

**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 à Saúde de usuários com hipertensão arterial sistêmica  
e/ou diabetes mellitus na UBS/ESF Conceição Rosa Moita, Macapá/AP**

**Yurina Pupo Lahera**

**Pelotas 2015**

**Yurina Pupo Lahera**

**Melhoria da atenção à saúde de usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS/ESF Conceição Rosa Moita, Macapá/AP**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família Modalidade a Distância 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: Gisela Cataldi Flores

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

L183m Lahera, Yurina Pupo

Melhoria da atenção à saúde de usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS/ESF Conceição Rosa Moita, Macapá/AP / Yurina Pupo Lahera; Gisela Cataldi Flores, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

114 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. Flores, Gisela Cataldi, orient II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a meus filhos, que são o melhor presente que a vida me deu e meu tesouro mais valioso, meu esposo, pois sem seu apoio incondicional não poderia estar hoje trabalhando em terras distantes desenvolvendo este trabalho e cumprindo com meu dever como medico internacionalista, e em especial a meus sogros que cuidam cada dia dos meus filhos, da saúde e educação deles, para que amanhã possam ser homens de bem.

## **Agradecimentos**

Agradeço a todos os meus colegas de trabalho que de uma forma ou outra, seja direta ou indiretamente participaram no desenvolvimento deste trabalho de intervenção, a todos os usuários que participarem da intervenção, que entenderam a importância deste trabalho e colaboraram para poder cumprir com os objetivos e metas planejados, e às orientadoras que durante muitas semanas acompanharam-me no desenvolvimento de todas as tarefas do curso e no desenvolvimento do TCC. Obrigada pelo amor, carinho e dedicação de todos vocês.

## Resumo

PUPO Lahera Yurina. **Melhoria da atenção à saúde de usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS/ESF Conceição Rosa Moita, Macapá/AP.** 113f. 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.

No contexto da atenção básica, as ações programáticas voltadas a Hipertensão Arterial (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) fazem parte cotidianamente do processo de trabalho das equipes de saúde. Tal motivo se deve pelo aumento do DM com sua crescente prevalência e habitualmente associado à dislipidemia, à hipertensão arterial (BRASIL, 2013). Na UBS Conceição Rosa Moita as fragilidades se deve a baixa cobertura de hipertensos e diabéticos cadastrados e em acompanhamento. Em decorrência desta constatação, a proposta se dá em desenvolver estratégias para aumentar tais coberturas. Este projeto inicialmente foi estruturado para ser desenvolvido em 16 semanas, (mas no transcorrer da intervenção foi resumido em 12 semanas por adequações de tempo orientado pela universidade ao coincidir com nossas férias e ter o curso um período de tempo regulamentado) na Unidade de Saúde da Família (USF) Rosa Moita, no Município de Macapá/AP. Participaram da intervenção os hipertensos e diabéticos da área de abrangência tiveram ou não cadastrados antigamente, trabalhando na pesquisa da população maior de 18 anos para o diagnóstico precoce e tratamento oportuno, cumprindo com as orientações dos protocolos onde se garanta o controle adequado do programa. A intervenção objetivou melhorar a atenção à saúde de portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus inseridos na área de abrangência da UBS. Foram cadastrados 561(30,7%) hipertensos e 216(48,0%) diabéticos durante a intervenção. Embora não atínhamos nossa meta de 67% para hipertensão e 83% para diabetes mellitus, e ainda tenhamos ficado com indicadores muito baixos comparados com os iniciais antes da intervenção de 47% para hipertensão e 58% para Diabetes, os usuários cadastrados durante a intervenção alcançaram ter um atendimento em dia e com qualidade seguindo os protocolos da unidade, sendo as metas restantes atingidas na totalidade. O impacto da intervenção foi percebido por toda a comunidade e com muita boa aceitação, alcançando chegar a usuários que há muito tempo não recebiam atendimento médico e que moravam em áreas descobertas demonstrando satisfação com a prioridade nos atendimentos. Também para o serviço foi muito importante, antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas na médica. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. E para a equipe exigiu que se capacitassem para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado das equipes.

**Palavras-Chave:** Saúde da família; Atenção Primária à Saúde; Hipertensão Arterial; Diabetes.

## Lista de Figuras

Figura 1. Proporção de hipertensos cadastrados no programa de atenção aos hipertensos na UBS Rosa Moita do Município Macapá. Estado Amapá. ....79

Figura 2. Proporção de diabéticos cadastrados no programa de atenção aos diabéticos na UBS Rosa Moita do Município Macapá. Estado Amapá. ....80

Figura 3: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Rosa Moita do Município Macapá. Estado Amapá. ....82

## **Lista de abreviatura**

<b>ACS</b>	Agente comunitário da Saúde.
<b>DM</b>	Diabetes Mellitus.
<b>ESB</b>	Equipe de Saúde Bucal.
<b>ESF</b>	Equipe de Saúde da Família.
<b>HAS</b>	Hipertensão Arterial Sistêmica.
<b>HIPERDIA</b>	Hipertensão e Diabetes.
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio à saúde da Família.
<b>PNUD</b>	Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento.
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde.
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde.
<b>UFPEL</b>	Universidade Federal de Pelotas.
<b>TCC</b>	Trabalho de Conclusão de Curso.



## Sumário

Apresentação .....	10
1 Análise Situacional.....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	21
2 Análise Estratégica .....	23
2.1 Justificativa.....	23
2.2 Objetivos e metas.....	25
2.2.1 Objetivo geral:.....	25
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	25
2.3 Metodologia.....	27
2.3.1 Detalhamento das ações:.....	27
2.3.2 Indicadores.....	61
2.3.3 Logística.....	65
2.3.4 Cronograma .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
3 Relatório da Intervenção .....	74
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	74
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	76
3.3 Dificuldades na coleta e sistematização dos dados .....	76
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	76
4 Avaliação da intervenção .....	78
4.1 Resultados .....	78
4.2 Discussão.....	92
5 Relatório da intervenção para gestores .....	96
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	99
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	102
Referências.....	104
Anexos .....	1055
Apêndices.....	108

## **Apresentação**

O presente trabalho teve como objetivo geral Melhorar a atenção à saúde de portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus inseridos na área de abrangência da UBS Conceição Rosa Moita, cidade de Macapá em Amapá.

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

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

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

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

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

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

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

## **1 Análise Situacional**

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

A UBS Rosa Moita estruturalmente está muito envelhecida, com muitos anos de prestação de serviços, mas é notável não tem tido um adequado mantimento em quanto à pintura, reparação de espaços deteriorados pelos anos, assim como de instrumental, equipamento medico e demais. As condições de trabalho nela não são as melhores, a climatização não é ótima, a iluminação também não, já que não cumpre com os requisitos que tem por norma o manual, as amplitudes não são cumpridas em todos os locais, as dimensões não são uniformes, por exemplo, em minha consulta não tenho espaço para maca onde eu possa fazer um adequado exame físico aos usuários, não tenho uma mesa ginecológica, dificultando meu atuar como medico, além disso, dificulta que podamos cumprir com as regras de higiene. Em quanto às dimensões dos banheiros não são estender, e não todos funcionam por deterioro dos mesmos, ficam defeituosos e não tem boa coleta dos lixos. Em quanto aos locais de trabalho como já tinha falado antes, além de ser pequenos e não cumprir com as medidas estabelecidas são insuficientes em quantidade tendo que compartilhar o mesmo local para duas equipes. Além disso, o equipamento de instrumentais medico é deficiente, limitando um pouco nosso trabalho cotidiano, mas com todas essas dificuldades, não deixa de ser feito, compartilamos nossos locais com outros profissionais pela razão de poucos espaços disponível, por exemplo, compartilamos nossa consulta com a equipe do NASF já que a unidade não tem espaço disponível e compreendemos a importância das funções de cada um, dessa forma também logamos um bom engajamento entre todos.

Em relação às barreiras arquitetônicas também existem, além de existir rampa na entrada da UBS para facilitar o acesso aos usuários com deficiências motoras, visuais, cadeirantes, idosos, e outros, existem outras barreiras como são

iluminação deficiente em corredores, falta de corrimãos, falta de banheiros suficientes para os usuários e demais trabalhadores, e o deficiente estado que tem os que funcionam, nos corredores ficam cadeiras que dificultam o trânsito livre das pessoas, a sala de espera não cumpre com as dimensões citada pelo manual, o que faz ficar congestionada quando tem muita demanda de usuários. As ruas que ficam na frente da UBS e os arredores ficam defeituosos, com muitos buracos que dificulta o acesso aos usuários deficientes e descapacitados.

Nossa UBS também não tem espaço para almoxarifado, não temos escovaria, não tem banheiro com especificidade para descapacitado, os agentes comunitários não tem um local próprio para suas funções, usam outros espaços comuns para muitos profissionais, iguais acontece com a equipe do NASF.

Estruturalmente conta com os demais locais que deve ter como é descrito no manual, sala de vacinação, nebulização, esterilização, cozinha, arquivo, laboratório, farmácia, ultrassonografia, triagem, com dimensões não estender, mas existem e fazem suas funções, assim como as consultas onde trabalham nossos especialistas em obstetrícia e ginecologia, pediatria, e outros. É importante sinalar então que além das dificuldades todos os profissionais desempenham suas funções oferecendo uma assistência médica com a melhor qualidade possível.

Ainda temos muitas dificuldades, atendendo ao princípio de governabilidade, nosso trabalho está encaminhado na melhora da parte funcional do que a estrutural ou administrativa, fazendo o melhor que possamos em cada reunião, em cada cenário fazer referência às dificuldades que afetam nosso desempenho para conseguir minorar as mesmas contando com ajuda dos entes governamentais aos diferentes níveis. Além disso, em nosso dia a dia exigir pela limpeza dos locais de atendimento, ter poder de convencimento com cada membro da equipe que além de não ter os recursos necessários, o importante é que o trabalho seja feito, pode ser um agente comunitário não tenha uma balança para fazer a visita domiciliar, mas somente com fazer a visita o usuário fica agradecido, quando não temos um recurso orientar ao usuário aonde pode dar solução a seu problema.

Quanto aos equipamentos e instrumental existem muitas dificuldades, em minha consulta não tenho balança para criança, macas para examinar aos usuários mesas ginecológicas e outras seriam de instrumentais tão necessárias numa consulta. Depois de ler a variedade de remédios que deve ter uma farmácia numa

UBS, acho que a nossa não tem pelo menos a metade que deveria, somente tem alguns remédios básicos para oferecer o atendimento e às vezes são insuficientes. Também temos deficiência na disponibilidade de alguns dos materiais gastáveis e de oficina como são as modelagens básicas como receituários, fichas de atendimento e outros. Os ACS não têm uniformes, matérias de oficina, não tem meios de transporte para desempenhar suas funções, não tem balanças u outro equipamento, não tem sala própria para realizar suas reuniões.

Além disso, nossa UBS pelo momento não está prestando o serviço de odontologia tão necessário para nossa população, não temos internet, computador, não existem todos os materiais didáticos necessários para realizar as atividades de promoção e prevenção de saúde, temos um serviço de laboratório que não funciona por falta de recursos, igual que uma pequena sala de observação para atendimento de emergência que não funciona porque não tem equipamento básico para assistir um usuário grave. Todas essas situações provocam que nossos usuários acudam aos serviços privados para resolver suas necessidades, no melhor dos casos quando tem dinheiro para pagar, outras vezes infelizmente não voltam à consulta porque não fizeram o que foi indicado. Igual acontece quando precisam de atendimento odontológico, exames laboratoriais, consultas especializadas, ou outros.

Mas agora, posso dizer que além das dificuldades expostas fazemos de tudo para melhorar o estado de saúde das pessoas da nossa área, trabalhamos por melhorar os indicadores que hoje existem em muitos programas, trabalhamos com fatores de risco desencadeantes de doenças que afetam a nossa população, sejam crônicas não transmissíveis ou doenças transmissíveis, com o objetivo de diminuir as incidências das mesmas, oferecendo uma melhor qualidade de vida.

Eu acho que este é um tema onde ainda há muito por fazer, é preciso trabalhar em conjunto, desde a base com os diretores das UBS, secretarias de saúde municipal, estadual, e o governo para que a saúde alcance um melhor desenvolvimento em todos os níveis de atenção do SUS.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

Macapá é um município brasileiro, capital e maior cidade do estado do Amapá. Situa-se no sudeste do estado e é a única capital estadual brasileira que não possui interligação por rodovia a outras capitais. Além disso, é a única cortada pela linha do Equador e que se localiza as margens do rio Amazonas. Macapá pertence à mesorregião do sul do Amapá, à microrregião homônima e esta localizada no extremo norte do país a 1791 quilômetros de Brasília.

Os dados de 2013 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística revelam que a população da cidade é de 437 255 habitantes, sendo a 53ª cidade mais populosa do Brasil. É uma cidade em constante expansão, com área de 6 407, 123 km<sup>2</sup>. Sua expansão se define pela divisão da cidade pelo Delta do rio Amazonas. Estima-se que nesta cidade residam em torno de 407 022 habitantes, divididos em 195 497 homens e 202 416 mulheres de acordo com pesquisas do IBGE em 2011, porém o Ministério da Saúde aumenta esse número em 5% quanto são repassados recursos do SUS para a cidade, elevando-o para 417 809 moradores.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de Macapá é considerado médio pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, sendo seu valor de 0,772. Considerando apenas educação o valor do índice é de 0,904, enquanto o do Brasil é 0,849, o índice da longevidade é de 0,715 (o brasileiro é 0,638) e o de renda é de 0,697 (o do Brasil é 0,723). Macapá possui a maioria dos indicadores acima da média segundo o PNUD. A renda per capita é de 11.962,88 reais, a taxa de alfabetização é 97,78% e a expectativa de vida é de 72,45 anos. A população macapaense é composta de 41,9% de brancos, 48,9% de pardos, 6,4% de pretos e 2,8% de pessoas de outras etnias. (1)

Os serviços de saúde estão distribuídos em 25 UBS, 80 ESF, todas elas feitas nos modelos tradicionais, três delas oferecem atenção médica de 24 horas (Mara Baixo, Leio Silva e Marcelo Cante), dois trabalham 18 horas (Congos e Santa I) com disponibilidade de atendimento de algumas especialidades (pediatria, ginecologia e obstetrícia, gastroenterologia) e realização de exames complementares (exames laboratoriais de rotina: hematologia completa, urina, fezes, testes rápidos para HIV, VDRL, Hepatites). Tem um Hospital geral: Hospital Clínica Alberto Lima, uma Maternidade: Hospital Mulher Mãe Lucia, que pelo crescimento da população nos últimos anos não comporta a demanda de atendimento sendo esta a única

maternidade do município com mais de 50 anos de fundada. Um Hospital Pediátrico: Hospital da criança e adolescente e pronto atendimento infantil, além disso, conta com um pronto socorro (Hospital de Emergência).

A UBS é situada na zona sudeste da cidade, no bairro Nova Esperança em Macapá/Amapá, com mais de 15 anos de funcionamento e uma população total estimada de 12.000 habitantes distribuídas por idades e sexo, com uma estimativa de 4078 mulheres em idade fértil (10-49anos), mulheres entre 25 e 64 anos 2542, mulheres entre 50 e 69 anos 524, 180 gestantes, 253 menores de um ano, 506 menores de 5 anos, 10132 entre 5 e 59 anos, 614 maiores de 60 anos. Nela trabalham três Equipes da Saúde da Família (com uma estimativa populacional de 4000 usuários por ESF), compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (de cinco a seis por equipe), uma equipe do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) constituído por um nutricionista, um psicólogo, um fonoaudiólogo, um fisioterapeuta e um assistente social. Não temos odontólogos, nem técnicos da saúde bucal em nenhuma das ESF, mas temos um odontólogo e uma técnica de odontologia para os atendimentos da unidade, ou seja, atendem aos usuários das três equipes de forma geral. Temos áreas cobertas e descobertas de ACS, o qual interfere no trabalho de cadastramentos dos diferentes programas: Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, Pré-natal e Puericultura, Idosos, entre outros. Trabalhamos nos dois horários, de manhã e de tarde: de 8-12 horas, e de 14-18 horas. Planejamos as consultas de forma diária em todas as ações programáticas sendo as mesmas agendadas e por demanda espontânea, se realizam visitas domiciliares aos usuários idosos, acamados e cadeirantes, portadores de deficiências físicas impossibilitados de assistir à UBS. Fazemos as reuniões das equipes, palestras, atenção a grupos especiais, programa de saúde nas escolas (PSE), muitas delas em conjunto com a equipe do NASF.

Nossa UBS conta com recepção, sala de vacina, farmácia, consultas médicas, sala de emergência (deteriorada e não funciona), sala de curativo, de nebulização, cozinha, consultório odontológico, arquivo, sala de reabilitação, de USD, consultas de pediatria, ginecologia e clínico geral. Na mesma podemos dizer que neste momento fica muito deteriorada estruturalmente, temos dificuldades em relação ao numero de consultórios para atendimento medico, pois temos três equipes e somente dois consultórios, tendo em ocasiões que realizar as consultas

em locais adaptados que às vezes não tem a ventilação e iluminação adequada. O mobiliário é inadequado, as salas de vacina, nebulização, curativo não têm as estruturas estabelecidas pelo manual, nem todos os consultórios tem banheiros. Em relação às barreiras arquitetônicas também existem, além de existir rampa na entrada da UBS para facilitar o acesso aos usuários com deficiências motoras, visuais, cadeirantes, idosos, e outros, existem outras barreiras como são iluminação deficiente em corredores, falta de corrimãos, falta de banheiros suficientes para os usuários e demais trabalhadores, e o deficiente estado que tem os que funcionam, nos corredores ficam cadeiras que dificultam o trânsito livre das pessoas, a sala de espera não cumpre com as dimensões citada pelo manual, o que faz fique congestionada quando tem muita demanda de usuários. As ruas que ficam na frente da UBS e os arredores ficam defeituosos, com muitos buracos que dificulta o acesso aos usuários deficientes e descapacitados.

Em relação ao equipamento e instrumental, existem muitas dificuldades, não existe disponibilidade na farmácia da maioria dos medicamentos, existe deficiência na disponibilidade de insumos como modelagens, os ACS não têm uniformes, materiais de oficina, meios de transporte, para desenvolver suas atividades sendo de difícil acesso para eles quando as áreas ficam muito distantes, não tem balanças. Por mais de dois anos não foi oferecido o serviço de atenção odontológica por deterioro da estrutura do local e falta de recursos materiais, mas graças ao trabalho em conjunto no transcorrer da intervenção este serviço foi restabelecido, temos uma sala de laboratório clínico que não funciona há mais de um ano, além da pediatria, ginecologia e obstetrícia, e gastroenterologia. Não contamos com outras especialidades não básicas e os agendamentos são muito distantes.

As demandas espontâneas na nossa UBS tem uma programação de atendimento de consulta de forma diária, deixando sempre vagas para acolher aos usuários que não podem ser programados ou agendados, desta forma a demanda de urgência e emergência tem diminuído assim nossos usuários ficam satisfeitos pela atenção oferecida.

Os programas de atenção pré-natal e puerpério, crianças, idosos, são prioridades do SUS. Em relação à assistência ao pré-natal posso dizer que a equipe trabalha pelos protocolos estabelecidos: a primeira consulta é feita pelo enfermeiro o qual solicita os exames da captação: Hemograma, glicemia de jejum, Urina, Fezes, Grupo e RH, Test de sífilis e HIV, Hepatites, Toxoplasmoses, Secreção vaginal,



avalia a vacinação, calcula IMC, pressão arterial além de preencher o cartão da gestante. A segunda consulta é realizada pelo médico onde ele realiza novamente um exame físico completo, avalia o resultado dos exames solicitados na consulta anterior e toma conduta de ser preciso, e assim vamos alternando as consultas. Uma vez que as gestantes têm 36 semanas são avaliadas semanalmente até o parto, em cada consulta fazemos avaliação do peso, altura uterina, idade gestacional, apresentação, dorso fetal, batimentos cardíacos fetais, movimentos fetais, exames complementários, curva de peso, entre outros. Também fazemos visitas domiciliares a nossas gestantes, assim valoramos os riscos a que estão submetidas e podemos corrigir em tempo. As gestantes de risco são atendidas pelo obstetra da unidade, pois contamos com dois obstetras na nossa UBS. Fazemos palestras com as gestantes, as quais estão incorporadas ao círculo ou grupo de gestantes, onde são espartidos temas afines como cuidados gerais da gestação, alimentação, usam de antianêmicos orais para prevenção da anemia, prevenção das infecções vaginais, trabalho de parto, importância das vacinas, da higiene bucal, entre outras. Até agora temos em controle um total de 129 grávidas que corresponde a uma cobertura de 72%.

Em quanto à atenção das puérperas eu posso dizer que estamos trabalhando com o objetivo de fazer todas as captações na primeira semana após parto, mas não sempre podemos lográ-lo, as vezes conseguimos fazer nos primeiros 15 dias pelas razões antes expostas, como a presença de áreas descobertas e carência de ACS. Nossas puérperas são examinadas de forma adequada, fazemos o exame ginecológico, sobre todo para valorar estado das feridas se a puérpera tem, os loque-os, a involução uterina, qualquer signo de alarma de uma sepsias puerperal, se indica hemograma, orientamos sobre a importância do cuidado do puerpério assim como do aleitamento materno, seguimento por consulta medicas ou visitas domiciliares. Em quanto ao registro de puérperas tem sido muito difícil de preencher os dados, já que não existe um registro das mesmas, conhecemos nossas puérperas pelo controle das nossas crianças menores de 45 dias de nascido, e isto nos ensina e ajuda a conhecer nossas dificuldades e para onde deve ser encaminhado nosso trabalho, com o objetivo de diminuí-las. Independentemente não tenhamos registros das nossas puérperas, tendo uma estimativa de 253 crianças menores de um ano, e delas 189 cadastradas, foi à estimativa do controle das puérperas para um 75%.

O programa de saúde da criança na UBS também é levado pelos protocolos estabelecidos. Fazemos um cronograma de consultas, estabelecidas por idades, a primeira é a captação do recém-nascido nos primeiros sete dias, embora em ocasiões apresentássemos algumas dificuldades para fazer a primeira consulta nesse tempo pela quantidade de áreas descobertas que temos, e distantes do posto da saúde. As crianças devem ter sete controles no primeiro ano de vida: na primeira semana de nascido, ao mês, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses e 12 meses, além disso devem ter durante o segundo ano de vida duas consultas. Além de avaliar o médio ambiente onde é desenvolvida essa criança, os riscos as quais estão expostos, realizamos um exame físico cefálio-caudal, por sistemas e aparelhos, onde são plasmado peso, estatura, circunferências cefálicas, torácicas e abdominais, estadas nutricional seguem tabela de peso, estatura, circunferências, também é avaliada a dentição, vacinação, aleitamento materno ou alimentação, desenvolvimento psicomotor, orientamos as mães e aos pais sobre os cuidados das crianças, importância das vacinas, importância do aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida, sobre prevenção de doenças respiratórias, digestivas e outras transmissível, prevenção de acidentes, sobre uma correta ablactação e como devem ser incorporados os alimentos por meses de vida, entre outros temas que sejam de interesse e preocupação para os pais. Lembrando que a criança não sai da consulta sem conhecer a data da próxima consulta. Após o primeiro ano de vida, as consultas são feitas aos 18 e 24 meses, e posteriormente ao segundo ano serão feitas anualmente.

Já temos formados os grupos de lactantes em nossa UBS onde explicamos mediante audiência o palestras as diferentes temáticas antes expostas assim como as necessidades de assistir às consultas, fazemos também visitas domiciliares aonde valoramos as condições de cada criança, os riscos que tem, conhecemos aqueles que necessitem de maior atenção e recuperamos algumas crianças que são faltosas por diferentes motivos. Todas as semanas têm consultas de puericultura já seja por parte do enfermeiro como do médico, atendemos as demandas espontâneas dos casos que chegam.

Nossa UBS tem bem organizada a oferta da puericultura, onde existe uma grande interação nos envolvimento dos profissionais como enfermeira, técnico enfermagem, psicólogos, nutricionistas, médicos, entre outros, utilizando os protocolos estabelecidos para realizar as diferentes ações na puericultura, utilizamos

os critérios de classificação de crianças tendo presente os riscos, as idades e outros fatores. Em quanto aos indicadores de qualidade do programa ainda esta um pouco baixo com 189 crianças em controle para 75%, mas estamos trabalhando por melhorar esses resultados.

O programa de prevenção de câncer de colo de útero e de mama é um dos programas priorizados pelo SUS. À todas as mulheres nas idades compreendidas entre 25 a 64 anos se realiza exame de Papanicolau o Prevenção de Câncer de Colo de Útero, e o autoexame de mama, mamografia e ultrassom de mama na faixa etária de 30 a 69 anos de idade para prevenir o Câncer de Mama, tendo sempre presente os riscos, antecedentes familiares ou história de câncer da mama, entre outros parâmetros utilizados para medir predisposição destas doenças. Nossa UBS tem 1650 mulheres nas idades do 25-64 anos cadastrada o que representa um 65%, indicador de qualidade um pouco baixo ainda influenciando neste a falta de agentes comunitários de saúde e presença de áreas descobertas. Além de estar muito bem implementado o protocolo de prevenção do câncer do colo eu acho que na minha UBS temos que melhorar o trabalho de integração dos setores comunitários lidere formais e informais, profissionais da saúde com o objetivo de melhorar o funcionamento do programa, já que ainda temos algumas dificuldades na captação, cadastramentos das mulheres nas idades compreendidas entre 25 a 64 anos, as quais deve ter um seguimento a cada três anos. Não temos garantido o acesso e seguimento dos exames alterados (lesões precursoras, o câncer) para que as mesmas possam iniciar um tratamento cedo. Temos dificuldades com o rastreamento e confirmações diagnósticas do câncer da mama, obrigando a nossos usuários em ocasiões procurar clinicam privadas, o nos piores dos casos ficam sem fazer o exame ou tratamento pelas condições econômicas delas. Ainda existem algumas dificuldades na UBS de fácil resolução, mas estamos trabalhando na prevenção realizando exame de mamas, incentivamos as nossas mulheres, aproveitando qualquer espaço para orientar, ensinar, demonstrar o autoexame de mama para evitar as mortes por essas causas.

O programa de controle de doenças crônicas como a Hipertensão arterial e a Diabetes mellitus está sendo levado de uma forma mais controlada, trata-se de duas doenças muito frequentes, as quais constituem uns dos principais problemas de saúde que afeitam a população no Brasil e no mundo. Tendo um elevado índice de incidência e prevalência, e sendo uns das principais causas de morte por

complicações: Acidentes Vasculares Encefálicos, Infarto Miocárdico, Insuficiência Renal Crônica, entre outras. Todas elas levam a um incremento do número de hospitalizações nos serviços de saúde, afastamentos ao trabalho, incapacidades físico-motoras, visuais e outras.

Fazemos atendimento de segunda à sexta, já seja na UBS, nas escolas ou na comunidade, durante as visitas domiciliares e as ações de saúde na área. Lembrando sempre que nosso primer objetivo na atenção primária de saúde é a promoção e prevenção, daí que em cada um desses encontros orientamos a nossa população alvo, sejam aqueles usuários que já sofrem as doenças, como aqueles que têm altos fatores de riscos para desenvolver alguma delas num momento da vida, a importância de modificar hábitos e costumes, e estilos de vida nocivos que faz dano à saúde. Orientar acerca da importância de evitar o sedentarismo fazendo exercício físico de forma regular, conseguindo o controle adequado do peso corporal evitando o sobrepeso e a obesidade, levar uma dieta saudável evitando alimentos gordurosos, excesso de sal na comida e carboidratos, e aumentar o consumo de frutas e vegetais, diminuir e eliminar hábitos tóxicos como o café, o cigarro, o álcool, as drogas que tanto dano fazem, lembramos aos usuários que estas são doenças crônicas, que não tem cura, somente controle, daí a importância de fazer um tratamento direto para prevenir complicações, tratamento que pode ser farmacológico ou não farmacológico.

Existem muitas dificuldades pela existência de áreas descobertas, o que dificulta o cadastramento de Hipertensos e Diabéticos da nossa área de abrangência, existindo um sub-registro destas doenças crônicas. Na UBS, tem um número de 987 Hipertensos cadastrados, o que somente representa um 47% do que deveria ter, e 353 Diabéticos para um 58%. Temos plena certeza que com estes dados estamos falando de sub-registros dos indicadores, não concordo com os dados fornecidos, ainda existem usuários hipertensos e diabéticos que não tem sido cadastrado e ou diagnosticados.

O envelhecimento é um processo natural que se caracteriza pela diminuição das capacidades funcionais vitais tais como visual, auditiva, motora, do controle dos esfíncteres retal e vesical, diminuição ou perda da memória, da capacidade de deambulação, entre outras, como consequência dos anos que são sometidos a inumeráveis fatores de risco, ficando mais vulneráveis a adoecer, por isso nosso objetivo fundamental deve estar encaminhado a trabalhar na prevenção na

funcionalidade, na inclusão social, melhorar a qualidade de vida, melhorar a sua autoestima, as suas funções motoras promovendo a realização de exercício físico, controlar de forma direta as doenças crônicas associadas evitando complicações das mesmas, oferecer amor e compreensão, conseguir que a pessoa idosa sinta que ela é útil na vida, brindar neles uma atenção humanitária, adequada, com qualidade, garantida, baseada nos princípios de atendimento do SUS.

Na UBS trabalhamos na atenção dos idosos, não temos conformado grupos de idosos ainda, mas durante as consultas medicas, visitas domiciliares e outros cenários dão orientações e fazemos palestras sobre a importância de uma alimentação saudável, da realização de atividade física, a importância da prevenção do álcool e tabaquismo, e muito importante à prevenção de acidentes nesta etapa da vida, pois os ossos são mais frágeis, podendo fraturar e a pessoa cair com mais facilidade, levando ao encanamento, complicações às vezes graves ocasionando até a morte. Também na equipe junto com os profissionais do NASF, identificamos usuários frágeis utilizando os critérios de Avaliação Geriátrica Global estabelecida pelo ministério da saúde.

Além de tudo o que tem sido feito, falta muito por fazer ainda, temos muita dificuldade nos cadastramentos da nossa população toda, principalmente aquelas áreas não cobertas por ACS, existindo uma desatualização dos registros de idosos, daí que não todos possam receber a atenção que precisam às vezes porque não conhecemos da existência deles. Mas pelo menos, na equipe, nas áreas que temos cobertas, temos os ACS trabalhando nos cadastros atualizados das pessoas idosas, eles entregam nas sextas feiras, e uma das técnicas de enfermagem que fica na frente do programa faz as visitas dos usuários cadastrados e preenche a ficha da pessoa idosa, daqui a pouco acho vamos ter um melhor controle da realidade da nossa área. Na UBS temos mais de 70% da população idosa em acompanhamento, indicador de qualidade que ainda está muito baixo, todas as equipes não tem um registro atualizado do funcionamento deste programa daí a impossibilidade para preencher os dados no caderno de atenção programática, o que demonstra que ainda temos muito por fazer, buscar estratégias para conseguir cadastrar aquelas áreas descobertas, e poder ficar mais perto da realidade, assim poder fazer um melhor acompanhamento dos usuários idosos.

Infelizmente hoje não posso falar muito do funcionamento do serviço odontológico na minha UBS, pois por problemas de recursos e estruturais foi

fechado o serviço por um período aproximadamente de dois anos, e o recurso humano também deixou de trabalhar lá. Nenhuma equipe da nossa UBS tenham odontólogos ou técnicos odontológicos.

Pelo esforço de alguns profissionais e pela importância de oferecer este atendimento a nossa comunidade que é quem mais precisa, sobre aquelas pessoas de baixa renda que não tem como pagar uma consulta particular, foi reaberto o serviço, inicialmente oferecendo atendimento de segunda a sexta no horário da manhã com somente um odontólogo e uma técnica de saúde bucal da UBS. Estatisticamente neste momento não dá para falar de organização do serviço, de indicadores de qualidade, não posso preencher os dados do caderno de ação programática, mas pelo menos posso falar que este tem sido um logro, que um serviço que ficou fechado por tanto tempo, e hoje possa abrir as portas novamente e possa oferecer o atendimento às doenças odontológicas que mais afetam nossa comunidade, com a expectativa que a cada equipe possa contar com os técnicos da saúde bucal e odontólogo que precisa para que seja feito o trabalho não somente curativo sino também o trabalho de promoção e prevenção, poder fazer ações em conjunto na comunidade, principalmente nas escolas, pois na minha experiência as crianças estão muito necessitadas deste tipo de atendimento, a maioria delas já tem cáries e dentes com deformidades que precisam ser corrigidos cedo.

Esperamos com o decorrer do tempo todas as equipes possam contar com a equipe odontológica completa, e todos os programas da atenção básica possam ser atendidos. Como os controles a grávidas, usuários com doenças crônicas como diabetes e hipertensão, crianças, idosos e demais.

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

Quando realizamos uma análise comparativa entre o texto inicial sobre a situação da ESF/APS e o Relatório da Análise Situacional podemos perceber, que no início só conseguíamos enxergar uma unidade de saúde com muitos problemas estruturais, falta de recursos materiais e humanos, o que limitava o funcionamento das equipes, a maioria estavam incompletas, pois de três equipes de saúde só uma estava completa com médico, enfermeira, técnicos de enfermagem, ACS, pelo qual

não era possível levar um controle adequado dos programas priorizados pelo SUS, não podiam responder a demanda de consulta seja agendada ou espontânea, a falta de funcionamento de muitos serviços como o odontológico, a escassez de remédios na farmácia, entre muitas outras dificuldades relatadas no texto inicial. Com a nossa incorporação nas equipes de saúde da UBS como parte do programa mais médico, completamos as equipes que estavam sem pessoal médico há um tempo, e no transcorrer dos dias com a realização do Relatório da Análise Situacional começamos a enxergar outra realidade, ainda eram mantidas muitos dos problemas estruturais, pois as mudanças deles precisariam de muitas gestões institucionais e governamentais, mas dava para perceber as mudanças que já estavam começando no funcionamento da UBS. Permitia-nos falar de controle dos programas priorizados pelo SUS sendo o controle da Hipertensão uns deles, como também controle pré-natal e puerpério, puericultura, controle de idosos, programas de prevenção do câncer do colo uterino e de mama, entre outros. Permitia-nos falar também de um melhor engajamento entre os profissionais da saúde com a intenção de melhorar os indicadores de incidência e prevalência de muitas doenças, trabalhando mais na promoção e prevenção de saúde assim como no controle das doenças crônicas prevendo o desenvolvimento de complicações e incapacidades. Serviços como os odontológicos que por um longo período de tempo estiveram sem funcionamento e começaram a funcionar abrindo as portas e atendendo as doenças odontológicas que mais afetam nossa comunidade, com a expectativa que cada equipe possa contar com os técnicos de saúde bucal e odontólogos que precisarem para que possa ser feito o trabalho não somente curativo sino também o preventivo, poder fazer ações em conjunto na comunidade, nas escolas, com a certeza que no decorrer do tempo todos os programas da atenção básica possam ser atendidos.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

No contexto da atenção básica, as ações programáticas voltadas a Hipertensão Arterial (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) fazem parte cotidianamente do processo de trabalho das equipes de saúde. (BRASIL, 2013). Sendo assim, com o aumento atual das doenças crônicas é necessário que as equipes de saúde reorganizem seus processos de trabalho a fim de desenvolver estratégias de enfrentamento em prol de uma vida saudável e ativa da população adstrita. Neste sentido, cabe aos profissionais de saúde o controle da HAS e da DM, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar por meio de ações de educação em saúde (BRASIL, 2006).

No caso específico da UBS Conceição Rosa Moita as fragilidades se devem à baixa cobertura de hipertensos e diabéticos cadastrados e em acompanhamento, diante da gravidade deste fato e por serem de alta incidência e prevalência mundial e com um elevado índice de morbimortalidade se justifica a necessidade de intervenção. Em decorrência desta constatação, a proposta se dá em desenvolver estratégias para aumentar tais coberturas na UBS, além de modificar estilos de vida nocivos relacionados com dieta inadequada, inatividade física, hábitos como tabagismo e álcool, importância do controle farmacológico e não farmacológico, periodicidade das consultas, saúde bucal, trabalhando na pesquisa da população maior de 18 anos para o diagnóstico precoce e tratamento oportuno, entre outras, cumprindo com as orientações dos protocolos onde se garanta o controle adequado do programa.



A UBS é situada na zona sudeste da cidade, no bairro Nova Esperança em Macapá/Amapá, com mais de 15 anos de funcionamento e uma população total de 12.000 habitantes, e três equipes da saúde da família (ESF). Em todas há áreas cobertas e descobertas as quais interferem no trabalho de cadastramento dos diferentes programas. Trabalha-se nos dois horários, se planejam as consultas de forma diária em todas as ações programáticas, sejam agendadas ou por demanda espontânea. A UBS tem uma recepção, sala de vacina, farmácia, consultório médico, sala de emergência, (a qual não funciona), sala de curativo, de nebulização, cozinha, consultório odontológico, sala de espera, arquivo, sala de reabilitação, consultório pediátrico, de ginecologia e clínico geral. Quanto à estrutura, a mesma está um pouco deteriorada, espaço restrito para atuação de três equipes da saúde da família, que não tem a ventilação e iluminação adequada. A população é envelhecida, similar às outras áreas e a demografia do município, com um índice educacional médio, com uma renda média ou baixa, além de ter um pequeno percentual com bom desenvolvimento econômico. Boa parte da população mora em área de ponte e com condições de higiene inadequadas. Alguns fatores ajudam para o desenvolvimento de doenças como são a HAS e DM, especialmente os culturais e hábitos alimentares pouco saudáveis os quais exigem um trabalho de promoção e prevenção de saúde.

No Caderno de Ações Programáticas o comportamento das mesmas na área de abrangência é possível observar indicadores muito baixos, a cobertura do programa é de 47% da população hipertensa cadastrada (987) e 58% da população diabética cadastrada (353), dados que não concordam com a realidade da área, pelo sub-registros existentes, sejam pela falta de ACS nas equipes, pela quantidade de áreas descobertas, entre outros fatores, como a baixa percepção de risco que tem a população sobre as complicações irreversíveis destas doenças.

Por isso nosso empenho de trabalhar com tais temáticas, tendo como o primeiro objetivo incrementar a cobertura para 67% da população hipertensa cadastrada e 83% da população diabética. Tendo em vista atender esta proposta, a equipe discutiu uma série de ações e foram distribuídas aos membros das equipes, bem como pactuar como será a coleta e o seguimento dos dados obtidos. Os ACS serão responsável pelos cadastros, os técnicos de enfermagem pelo preenchimento e atualização dos dados coletados, e a equipe toda pelas consultas e visitas domiciliares para atualização dos prontuários, com a periodicidade estabelecida nas

reuniões de equipe. Para o cumprimento dos objetivos será realizado monitoramento semanal. Nas ações de saúde informaremos sobre a existência do programa, assim como a importância de realizar todas as ações previstas. São estas fragilidades de cuidado que o projeto se justifica, além da necessidade discutida junto à equipe de avanço na ampliação das coberturas e indicadores de qualidade aos usuários vinculados à UBS e na perspectiva de melhoria da atenção aos acometidos de HAS e DM.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus inseridos na área de abrangência da UBS Conceição Rosa Moita, cidade de Macapá em Amapá.

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

**- Relativas ao objetivo 1** “Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos”:

Meta 1.1: Cadastrar 67% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 83% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**- Relativas ao 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.

**Relativas ao 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.

**- Relativas ao 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.

**- Relativas ao objetivo 5** “Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças 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.

**- Relativas ao 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**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Rosa Moita, no Município de Macapá/AP. Participarão da intervenção todos os usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência estejam ou não cadastrados antigamente, trabalhando na pesquisa da população maior de 18 anos para o diagnóstico precoce e tratamento oportuno, cumprindo com as orientações dos protocolos onde se garanta o controle adequado do programa.

### **2.3.1 Detalhamento das ações:**

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

**Meta 1.1:** Cadastrar 67% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

#### **Monitoramento e avaliação:**

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

Semanalmente todos os ACS deverão entregar nas reuniões de equipe cinco cadastros dos hipertensos da área de abrangência cadastrados no Programa de Atenção a Hipertensão e Diabetes Mellitus. A cada dez ACS um total de 50 cadastros semanalmente.

O técnico de enfermagem será responsável pelo monitoramento dos cadastros utilizando a planilha de coleta de dados fornecida pelo curso UFPEL e formulário dos cadastros.

#### **Organização e gestão do serviço:**

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

O técnico de enfermagem que atua com o programa voltado aos hipertensos e diabéticos deverão preencher no caderno de registro da Hiperdia os dados oferecidos pelos ACS dos hipertensos cadastrados no programa com uma frequência semanal.

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

Os hipertensos serão acolhidos durante todos os dias da semana pelos técnicos de enfermagem e nos horários de atendimento, seja em consulta ou durante as visitas domiciliares pelos ACS, técnicos de enfermagem, enfermeiros e os médicos da equipe.

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

Cada técnico de enfermagem, enfermeiro e médico tem seu esfigmomanômetro, manguito e fita métrica na unidade de saúde em ótimas condições para garantir a tomada da pressão arterial.

**Engajamento público:**

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

Os ACS durante o processo de cadastro diário, os técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos durante os atendimentos nas consultas na unidade, ações de saúde e nas visitas domiciliares na área, informarão sobre a existência do programa de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde. Na UBS será realizada a divulgação do programa mediante pôster ou murais acessível a toda a população da área de abrangência, dialogando nas palestras organizadas de forma diária durante o processo de acolhimento dos que procuram atendimento na UBS, além das informações fornecidas durante as consultas.

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

Os ACS durante o processo de cadastro diário, os técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos durante os atendimentos nas consultas na unidade, ações de saúde e nas visitas domiciliares na área, informarão sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos uma vez por ano. Na UBS será realizada divulgação mediante pôster ou murais acessível a toda a população da área de abrangência, dialogando ou palestras organizadas de forma diária durante o

processo de acolhimento dos usuários que procuram atendimento na UBS, além das informações fornecidas durante as consultas.

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

Os ACS durante o processo de cadastro diário, os técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos durante os atendimentos nas consultas na unidade, ações de saúde e nas visitas domiciliares na área, informarão sobre a importância do rastreamento para Diabetes Mellitus em adultos com pressão arterial maior a 135/80 mmHg. Na UBS será realizada divulgação mediante pôster ou murais acessível a toda a população da área de abrangência, dialogando ou palestras organizadas de forma diária durante o processo de acolhimento dos que procuram atendimento na UBS, além das informações fornecidas durante as consultas.

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

Os ACS durante o processo de cadastro diário, os técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos durante os atendimentos nas consultas na unidade, ações de saúde e nas visitas domiciliares na área, informarão sobre a importância do conhecimento dos fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e DM. Na UBS será realizada divulgação do programa mediante pôster ou murais acessível a toda a população da área de abrangência, dialogando ou palestras organizadas de forma diária durante o processo de acolhimento dos que procuram atendimento na UBS, além das informações fornecidas durante as consultas.

#### **Qualificação da prática clínica:**

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

Inicialmente na primeira semana de encontro à reunião com os ACS e a equipe toda ocorrerá capacitação inicial sobre o programa, onde o médico e na sua ausência o enfermeiro será responsável pela capacitação sobre como realizar o cadastro dos usuários hipertensos, quais são os usuários a cadastrar, critérios a ter em conta para um adequado cadastro seguindo protocolos da unidade, entrega semanal na reunião da equipe dos cadastrados com ao menos cinco casos cada um.

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

Inicialmente na primeira semana de encontro à reunião com equipe ocorrerá capacitação dos técnicos de enfermagem e enfermeiros sobre os critérios em conta para uma boa medida da pressão arterial, sobre a importância de ter o esfigmomanômetro calibrado e em ótimas condições, sobre o diagnóstico da doença seguindo os protocolos da UBS. Tal capacitação será realizada pelos médicos.

**Meta 1.2:** Cadastrar 83% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Monitoramento e avaliação:**

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

Semanalmente todos os ACS deverão entregar nas reuniões de equipe cinco cadastros dos usuários diabéticos da nossa área de abrangência cadastrados no Programa de Atenção a Hipertensão e Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde. A cada dez ACS um total de 50 cadastros semanalmente. O técnico de enfermagem será responsável pelo monitoramento dos cadastros utilizando a planilha de coleta de dados fornecida pelo curso UFPEL e formulário dos cadastros.

**Organização e gestão do serviço:**

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

O técnico de enfermagem que atua com o programa voltado a hipertensos e diabéticos deverão preencher no caderno de registro da Hiperdia os dados oferecidos pelos ACS dos hipertensos cadastrados no programa com uma frequência semanal.

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

Os diabéticos serão acolhidos durante todos os dias da semana e nos horários de atendimento, seja em consulta ou durante as visitas domiciliares, pelos ACS, técnicos de enfermagem, enfermeiros e os médicos.

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

Já há disponível o aparelho para a realização do hemoglicoteste em ótimas condições o qual poderá ser utilizado durante o processo de acolhimento.

**Engajamento público:**

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

Os ACS durante o processo de cadastro diário, os técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos durante os atendimentos nas consultas na unidade, ações de saúde e nas visitas domiciliares na área, informarão sobre a existência do programa de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde. Na UBS será realizada a divulgação do programa mediante pôster ou murais acessível a toda a população da área de abrangência, dialogando nas palestras organizadas de forma diária durante o processo de acolhimento dos que procuram atendimento na UBS, além das informações fornecidas durante as consultas.

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

Os ACS durante o processo de cadastro diário, os técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos durante os atendimentos nas consultas na unidade, ações de saúde e nas visitas domiciliares na área, informarão sobre a importância do rastreamento para Diabetes Mellitus em adultos com pressão arterial maior a 135/80 mmHg. Na UBS será realizada divulgação mediante pôster ou murais acessível a toda a população da área de abrangência, dialogando ou palestras organizadas de forma diária durante o processo de acolhimento dos usuários que procuram atendimento na UBS, além das informações fornecidas durante as consultas.

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

Os ACS durante o processo de cadastro diário, os técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos durante os atendimentos nas consultas na unidade, ações de saúde e nas visitas domiciliares na área, informarão sobre a importância do conhecimento dos fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e DM. Na UBS será realizada divulgação do programa mediante pôster ou murais acessível a toda a população da área de abrangência, dialogando ou palestras organizadas de forma diária durante o processo de acolhimento dos usuários que procuram atendimento na UBS, além das informações fornecidas durante as consultas.

#### **Qualificação da prática clínica:**

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

Inicialmente na primeira semana de encontro à reunião com os ACS e a equipe toda será capacitada inicialmente sobre o programa, onde o médico e na sua ausência o enfermeiro será responsável pela capacitação sobre como realizarão o



cadastro dos diabéticos, quais são os usuários a cadastrar, critérios a ter em conta para um adequado cadastro seguindo protocolos da unidade, entrega semanal na reunião da equipe dos usuários cadastrados com no menos de cinco casos cada um.

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

Inicialmente na primeira semana de encontro, à reunião com a equipe ocorrerá capacitação dos técnicos de enfermagem e enfermeiros, conduzida pelo médico, sobre os critérios a ter em conta para a realização adequada do hemoglicoteste, sobre os usuários com critério de rastreamento de diabetes seguindo protocolos da unidade, sobre a importância de ter o aparelho em ótimas condições garantindo a pesquisa ativa dos casos ocultos que não tem sido diagnosticado até agora.

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

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

**Monitoramento e avaliação:**

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

O monitoramento será realizado de forma diária durante os atendimentos dos hipertensos nas consultas pelos médicos, os quais são responsáveis pela qualidade do acompanhamento, seguindo os protocolos da unidade, preenchendo todos os dados nos prontuários, realizando um exame físico cefálio caudal completo, enfatizando no aparelho cardiovascular.

**Organização e gestão do serviço:**

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

Os técnicos de enfermagem serão responsáveis pela triagem diária dos hipertensos, garantindo o registro no prontuário e preenchimento dos dados gerais, avaliando peso, altura, circunferência abdominal, pressão arterial, hemoglicoteste nos usuários que tenham critério para ele, e o médico pela realização do exame físico por aparelhos e sistemas para identificar alterações os riscos a saúde e tomar a conduta adequada independente para cada usuário.

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

Semanalmente nas reuniões (primeira e segunda semana da intervenção) os médicos da equipe junto com a nutricionista da área, educadores sociais, odontólogos e outro pessoal da saúde realizarão a capacitação dos ACS, técnicos de enfermagem, enfermeiros sobre os protocolos da unidade para os atendimentos da personas portadoras de hipertensão arterial com atendimento na nossa unidade.

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

Semanalmente nas reuniões da equipe será realizada pelo médico a atualização dos técnicos de enfermagem, ACS, enfermeiros que trabalharam na intervenção, priorizando a primeira e segunda semana para estas atualizações.

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

Os enfermeiros entregarão por escrito ao gestor da UBS a solicitação dos protocolos da unidade sobre o manejo da HAS e DM para garantir a versão atualizada do mesmo para o processo de capacitação dos profissionais.

#### **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.

Diariamente nos atendimentos, seja nas consultas na UBS, nas visitas domiciliares, nas ações de saúde na área, nos círculos de hipertensos, nas palestras antes dos atendimentos, os médicos, técnicos de enfermagem, enfermeiros e ACS orientarão aos usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão, assim como da importância da avaliação periódica dos pés, pulsos e sensibilidade de extremidades.

#### **Qualificação da prática clínica:**

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

Semanalmente nas reuniões da equipe ocorrerá a capacitação da equipe para a realização de um exame clínico apropriado, priorizando para ela a primeira e segunda semana da intervenção. Tal capacitação será conduzida pelos médicos.

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

#### **Monitoramento e avaliação:**

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

O monitoramento será realizado de forma diária durante os atendimentos dos diabéticos, nas consultas pelos médicos da equipe, o qual é responsável pela qualidade do acompanhamento seguindo os protocolos da unidade, preenchendo todos os dados no prontuário, realizando um exame físico cefálio caudal completo, enfatizando no aparelho cardiovascular, neurológico e arterial periférico.

**Organização e gestão do serviço:**

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

Os técnicos de enfermagem serão responsáveis pela triagem diária dos diabéticos, garantindo o registro no prontuário e preenchimento dos dados gerais, avaliando o peso, altura, circunferência abdominal, pressão arterial, hemoglicoteste nos que tenham critério para realização. Os médicos são responsáveis pelo exame físico para identificar alterações e riscos à saúde, bem como tomar a conduta adequada.

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

Semanalmente nas reuniões (primeira e segunda semana da intervenção) os médicos junto a nutricionista da área, educadores sociais, odontólogos e outro pessoal da saúde realizarão a capacitação dos ACS, técnicos de enfermagem, enfermeiros sobre os protocolos da unidade para os atendimentos aos portadores de DM da área da UBS.

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

Semanalmente nas reuniões será realizada pelo médico a atualização dos técnicos de enfermagem, ACS, enfermeiros que trabalharam na intervenção, priorizando a primeira e segunda semana para estas atualizações.

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

Os enfermeiros entregarão por escrito ao gestor da UBS a solicitação dos protocolos da unidade sobre o manejo da HAS e DM para garantir a versão atualizada do mesmo para o processo de capacitação dos profissionais.

**Engajamento público:**

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

Diariamente nos atendimentos seja nas consultas na UBS, nas visitas domiciliares (pelos médicos, técnico de enfermagem, enfermeiros, ACS), nas ações de saúde na área, nos círculos de diabéticos, nas palestras antes de começar os atendimentos, os usuários e a comunidade serão orientados quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da diabetes, assim como da importância da avaliação periódica dos pés, pulsos e sensibilidade de extremidades.

**Qualificação da prática clínica:**

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

Semanalmente nas reuniões ocorrerá capacitação da equipe para a realização de um exame clínico apropriado, priorizando para ela a primeira e segunda semana da intervenção. Tal capacitação será oferecida pelo médico.

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

**Monitoramento e avaliação:**

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

Diariamente nos atendimentos dos hipertensos os médicos serão responsáveis pelo monitoramento da realização dos exames laboratoriais de acordo com o protocolo da unidade e, semanalmente, nas reuniões de equipe entregar aos ACS aqueles que não têm realizado para recuperar os faltosos.

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

Diariamente nos atendimentos dos hipertensos os médicos serão responsáveis pelo monitoramento da realização dos exames laboratoriais com a periodicidade recomendada de acordo com o protocolo da unidade e, semanalmente, nas reuniões de equipe entregará aos ACS aqueles que não têm realizado para recuperar os faltosos.

**Organização e gestão do serviço:**

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

Diariamente nos atendimentos dos hipertensos os médicos serão responsáveis de garantir a todos eles a solicitação dos exames complementares seguindo a metodologia dos protocolos da unidade.

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

Os enfermeiros entregarão por escrito ao gestor da unidade a necessidade de realização dos exames complementares dos hipertensos do programa para que possa ser acordada com outra UBS a recepção de 100% dos encaminhados, garantindo a realização deles de forma rápida, já que nossa unidade não garante a realização de exames.

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

Os hipertensos serão avaliados diariamente na UBS (exceto nas quintas feiras pelos atendimentos nas escolas) onde os médicos serão responsáveis pela avaliação do resultado dos exames e de tomar conduta imediata no caso de precisar medicação ou encaminhamento as especialidades. Os ACS serão responsáveis pela recuperação daqueles faltosos aos atendimentos para avaliação dos exames.

#### **Engajamento público:**

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

Diariamente nos atendimentos, nas consultas na UBS, nas visitas domiciliares (pelos médicos, técnico de enfermagem, enfermeiros, ACS), nas ações de saúde na área, nos círculos de hipertensos, nas palestras antes de começarem os atendimentos serão orientados os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

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

Diariamente nos atendimentos dos usuários sejam nas consultas na UBS, nas visitas domiciliares (pelos médicos, técnicos de enfermagem, enfermeiros, ACS), nas ações de saúde na área, nos círculos de hipertensos, nas palestras antes de começar os atendimentos serão orientados os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados os exames complementares.

#### **Qualificação da prática clínica:**

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

Semanalmente nas reuniões será realizada pelo médico a capacitação da equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames, priorizando para ela a primeira e segunda semana da intervenção.

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

#### **Monitoramento e avaliação:**

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

Diariamente nos atendimentos dos diabéticos os médicos serão responsáveis pelo monitoramento da realização dos exames laboratoriais de acordo com o protocolo da unidade e, semanalmente, nas reuniões de equipe entregará aos ACS aqueles que não têm realizado para recuperar os faltosos.

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

Diariamente nos atendimentos dos diabéticos os médicos serão responsáveis pelo monitoramento da realização dos exames laboratoriais com a periodicidade recomendada, de acordo com o protocolo da UBS. Semanalmente nas reuniões de equipe entregará aos ACS aqueles que não têm realizado para recuperar os faltosos.

#### **Organização e gestão do serviço**

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

Diariamente nos atendimentos dos diabéticos os médicos serão responsáveis de garantir a todos a solicitação dos exames complementares seguindo a metodologia dos protocolos da unidade.

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

Os enfermeiros entregarão por escrito ao gestor da unidade a necessidade de realização dos exames complementares dos hipertensos do programa para que possa ser coordenada com outra unidade de saúde a recepção de 100% dos usuários encaminhados garantindo a realização deles de forma rápida já que nossa unidade não garante a realização de exames.

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

Os diabéticos serão avaliados de forma diária na unidade (exceto nas quintas feiras pelos atendimentos nas escolas) onde os médicos serão responsáveis pela avaliação do resultado dos exames e tomar conduta imediata no caso de precisar medicação o encaminhamento as especialidades, os ACS serão responsáveis pela recuperação daqueles faltosos aos atendimentos para avaliação dos exames.

**Engajamento público:**

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

Diariamente nos atendimentos, nas consultas na UBS, nas visitas domiciliares (pelos médicos, técnico de enfermagem, enfermeiros, ACS), nas ações de saúde, nos círculos de diabéticos, nas palestras antes de começar os atendimentos, serão orientados usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

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

Diariamente nos atendimentos, nas consultas na UBS, nas visitas domiciliares (pelos médicos, técnico de enfermagem, enfermeiros, ACS), nas ações de saúde, nos círculos de diabéticos, nas palestras antes de começar os atendimentos, serão orientados usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados os exames complementares.

**Qualificação da prática clínica:**

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

Semanalmente nas reuniões ocorrerá a capacitação da equipe pelo médico para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames, priorizando para ela a primeira e segunda semana da intervenção.

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

**Monitoramento e avaliação:**

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

Para o monitoramento do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular serão realizados registros no prontuário clínico, no caderno do Programa e na

planilha de coleta de dados com uma periodicidade quinzenal. Juntamente com o pessoal da Farmácia serão disponibilizados os registros quanto às necessidades de medicamento, dosagem, apresentação para garantir oferta-demanda de acordo com a realidade. Um dos técnicos de enfermagem e o técnico de farmácia da UBS serão responsáveis pelo monitoramento.

**Organização e gestão do serviço:**

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

O técnico de farmácia de forma quinzenal será responsável pelo controle de estoque dos medicamentos incluindo validade.

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

Os técnicos de enfermagem serão responsáveis pelo preenchimento do Caderno do Programa, bem como da planilha mantendo assim atualizadas as necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados.

**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.

Diariamente nos atendimentos sejam nas consultas na UBS, nas visitas domiciliares (pelos médicos, técnico de enfermagem, enfermeiros, ACS), nas ações de saúde, nos círculos de hipertensos, nas palestras antes de começar os atendimentos, serão orientados os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter acesso.

**Qualificação da prática clínica:**

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

Semanalmente nas reuniões ocorrerá a capacitação pelo médico sobre o tratamento da hipertensão seguindo o protocolo adotado, priorizando para ela a primeira e segunda semana da intervenção.

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

Semanalmente nas reuniões ocorrerá a capacitação pelo médico e técnico de farmácia sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos priorizando para ela a primeira e segunda semana da intervenção.



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

**Monitoramento e avaliação:**

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

Para o monitoramento do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular serão realizados registros no prontuário clínico, no caderno do Programa e na planilha de coleta de dados com uma periodicidade quinzenal. Juntamente com o pessoal da Farmácia serão disponibilizados os registros quanto às necessidades de medicamento, dosagem, apresentação para garantir oferta-demanda de acordo com a realidade. Um dos técnicos de enfermagem e o técnico de farmácia da UBS serão responsáveis pelo monitoramento.

**Organização e gestão do serviço:**

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

O técnico de farmácia de forma quinzenal será o responsável pelo controle de estoque dos medicamentos incluindo validade.

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

Os técnicos de enfermagem serão responsáveis pelo preenchimento do Caderno do Programa, bem como da planilha mantendo assim atualizadas as necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados.

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.

Diariamente nos atendimentos sejam nas consultas na UBS, nas visitas domiciliares (pelos médicos, técnico de enfermagem, enfermeiros, ACS), nas ações de saúde, nos círculos de diabéticos, nas palestras antes de começar os atendimentos, serão orientados os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter acesso.

**Qualificação da prática clínica:**

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

Semanalmente nas reuniões ocorrerá a capacitação pelo médico sobre o tratamento da diabetes seguindo o protocolo adotado, priorizando para ela a primeira e segunda semana da intervenção.

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

Semanalmente nas reuniões ocorrerá a capacitação pelo médico e técnico de farmácia sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos priorizando para ela a primeira e segunda semana da intervenção.

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

**Monitoramento e avaliação:**

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

Durante as consultas médicas dos hipertensos será avaliada a boca como parte de um exame clínico completo e apropriado para diagnosticar aqueles com necessidade odontológica e poder encaminhar para o serviço odontológico de nossa UBS. Tal ação será acordada junto aos odontólogos para garantir o atendimento priorizado, pelo menos duas vezes na semana, já que não temos equipes odontológicas em nenhuma das equipes.

**Organização e gestão do serviço:**

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

Os médicos juntamente aos odontólogos acordarão os fluxos de encaminhamento ao serviço odontológico

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

Os técnicos de enfermagem organizarão a agenda de atendimento dos hipertensos com necessidade de saúde bucal que serão encaminhados ao serviço odontológico minimamente duas vezes na semana.

**Engajamento público:**

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

Os ACS durante seu trabalho na comunidade realizarão orientações aos hipertensos, diabéticos e familiares sobre a importância de manter adequada saúde

bucal, serão utilizados ainda os círculos de hipertensos e os atendimentos médicos e de enfermagem individuais. Além de colocar murais informativos sobre promoção e prevenção de saúde com esses temas.

**Qualificação da prática clínica:**

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

Nas reuniões semanais da equipe ocorrerá capacitação sobre saúde bucal em hipertensos com prévia participação dos odontólogos e técnicos em saúde bucal nesta atividade.

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

**Monitoramento e avaliação:**

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

Durante as consultas médicas dos diabéticos será avaliada a boca como parte de um exame clínico completo e apropriado para diagnosticar aqueles com necessidade odontológica e poder encaminhar para o serviço odontológico de nossa UBS. Tal ação será acordada junto aos odontólogos para garantir o atendimento priorizado, pelo menos duas vezes na semana, já que não temos equipes odontológicas em nenhuma das equipes.

**Organização e gestão do serviço:**

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

Os médicos juntamente aos odontólogos acordarão os fluxos de encaminhamento ao serviço odontológico.

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

Os técnicos de enfermagem organizarão a agenda de atendimento dos diabéticos com necessidade de saúde bucal que serão encaminhados ao serviço odontológico minimamente duas vezes na semana.

**Engajamento público:**

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

Os ACS durante seu trabalho na comunidade realizarão orientações aos hipertensos, diabéticos e familiares sobre a importância de manter adequada saúde bucal, serão utilizados ainda os círculos de hipertensos e os atendimentos médicos e de enfermagem individuais. Além de colocar murais informativos sobre promoção e prevenção de saúde com esses temas.

**Qualificação da prática clínica:**

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

Nas reuniões semanais ocorrerá capacitação sobre saúde bucal em diabéticos com prévia participação dos odontólogos e técnicos em saúde bucal nesta atividade.

**Objetivo 3** – Melhorar a adesão de hipertenso-diabéticos ao programa.

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

**Monitoramento e avaliação:**

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

O monitoramento será feito semanalmente nas reuniões através do Caderno do Programa, dos registros dos cadastros e das planilhas de coleta de dados e ficha espelho. Tal monitoramento será realizado pelos enfermeiros e médicos.

**Organização e gestão do serviço:**

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

Os ACS realizarão suas visitas domiciliares de forma diária para recuperar os faltosos, comunicando esta ação semanalmente nas reuniões de equipe. Os técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos visitarão nas sextas feiras de forma agendada aqueles que não têm a capacidade de ir até UBS (acamados, cadeirantes, idosos), já nas terças e quartas feiras pela tarde serão realizadas visitas domiciliares aleatórias e as ações de saúde na comunidade.

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

Os hipertensos provenientes da busca ativa serão avaliados de segunda a quarta feira no turno da manhã, menos na quinta feira devido ao atendimento das crianças nas escolas. Como informado anteriormente será garantindo agendamento nas sextas feiras dos que precisam de atendimento no domicílio.

**Engajamento público:**

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

Durante as visitas na área, nos atendimentos durante as consultas, dialogando durante o processo de acolhimento, mediante murais informativos na UBS como parte do processo de divulgação do programa, palestras nas ações de saúde desenvolvidas na comunidade, será informada a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

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

Durante as visitas na área, nos atendimentos durante as consultas, dialogando durante o processo de acolhimento, mediante murais informativos na UBS como parte do processo de divulgação do programa, palestras nas ações de saúde desenvolvidas na comunidade, será escutada a comunidade sobre estratégias de minimizar evasão de hipertensos, sendo que tais serão discutidas semanalmente nas reuniões de equipe.

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

Durante as visitas na área, nos atendimentos durante as consultas, dialogando durante o processo de acolhimento, mediante murais informativos na UBS como parte do processo de divulgação do programa, palestras nas ações de saúde desenvolvidas na comunidade serão realizadas orientações sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas seguindo os protocolos da unidade.

**Qualificação da prática clínica:**

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

Semanalmente os ACS serão capacitados pelo médico nas reuniões da equipe sobre os protocolos de atendimento aos hipertensos quanto a realização das consultas e sua periodicidade.

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

**Monitoramento e avaliação:**

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

O monitoramento será feito semanalmente nas reuniões através do Caderno do Programa, dos registros dos cadastros e das planilhas de coleta de dados e ficha espelho. Tal monitoramento será realizado pelos médicos e enfermeiros.

**Organização e gestão do serviço:**

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

Os ACS realizarão suas visitas domiciliares de forma diária para recuperar os faltosos, comunicando esta ação semanalmente nas reuniões. Os técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos visitarão nas sextas feiras de forma agendada aqueles que não têm a capacidade de ir até UBS (acamados, cadeirantes, idosos), já nas terças e quartas feiras pela tarde serão realizadas visitas domiciliares aleatórias e as ações de saúde na comunidade.

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

Os diabéticos provenientes da busca ativa serão avaliados de segunda a quarta feira no turno da manhã, menos na quinta feira devido ao atendimento das crianças nas escolas. Como informado anteriormente será garantindo agendamento nas sextas feiras dos que precisam de atendimento no domicílio.

**Engajamento público:**

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

Durante as visitas na área, nos atendimentos durante as consultas, dialogando durante o processo de acolhimento, mediante murais informativos na UBS como parte do processo de divulgação do programa, palestras nas ações de saúde desenvolvidas na comunidade, será informada a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

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

Durante as visitas na área, nos atendimentos durante as consultas, dialogando durante o processo de acolhimento, mediante murais informativos na UBS como parte do processo de divulgação do programa, palestras nas ações de saúde desenvolvidas na comunidade, será escutada a comunidade sobre

estratégias de minimizar evasão de diabéticos, sendo que tais serão discutidas semanalmente nas reuniões de equipe.

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

Durante as visitas na área, nos atendimentos durante as consultas, dialogando durante o processo de acolhimento, mediante murais informativos na UBS como parte do processo de divulgação do programa, palestras nas ações de saúde desenvolvidas na comunidade serão realizadas orientações sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas seguindo os protocolos da unidade.

#### **Qualificação da prática clínica:**

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

Semanalmente os ACS serão capacitados pelo médico nas reuniões sobre os protocolos de atendimento aos diabéticos quanto a realização das consultas e sua periodicidade.

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

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

#### **Monitoramento e avaliação:**

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

O médico semanalmente fará uma revisão dos registros de hipertensos, assim como, se necessário, dos prontuários avaliados na semana para monitorar o registro dos acompanhamentos realizados aos hipertensos.

#### **Organização e gestão do serviço:**

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

Os enfermeiros mensalmente realizarão retroalimentação ao SIAB dos hipertensos avaliados para manter a atualização do mesmo.

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

A cada hipertenso avaliado diariamente se preencherá a ficha de acompanhamento a qual será realizada pelo técnico de enfermagem no momento da triagem e acolhimento. A mesma permanecerá no local de atendimento para revisão periódica do registro.

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

Na primeira semana de intervenção durante a reunião os médicos informarão como serão coletadas as informações e os responsáveis pelo monitoramento dos registros.

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

Os ACS serão responsáveis pelos cadastros e entrega semanalmente de cinco cadastros novos nas reuniões de equipe. Um dos técnicos de enfermagem será responsável de manter atualizado de forma semanal todos os hipertensos novos, os demais técnicos de enfermagem serão responsáveis pelo preenchimento do prontuário, da ficha de acompanhamento, agendamento das consultas. Os médicos serão responsáveis pela qualidade dos prontuários, pelo seguimento e controle dos exames complementares com a periodicidade estabelecida. Os enfermeiros manterão atualizadas as informações do SIAB e participará junto aos médicos na análise dos registros.

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

Além dos registros já informados de controle e dados, o médico terá em paralelo um registro pessoal o qual possa analisar de forma diária e de fácil revisão dos dados gerais e sinais de alerta no acompanhamento, os mesmos poderão ser ajustados semanalmente na reunião da equipe visando melhorar o acompanhamento.

**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.

Os usuários serão orientados durante o processo de acolhimento da primeira consulta pelos médicos sobre seus direitos em relação aos seus registros de saúde e acesso a segunda via, se necessário. Assim como a comunidade durante as visitas na área e ações de saúde realizadas de forma semanal, mediante as reuniões dos círculos de hipertensos e diabéticos da área.

**Qualificação da prática clínica:**



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

Conforme o monitoramento realizado dos registros, semanalmente os médicos e enfermeiros abordarão na reunião de equipe sobre os preenchimentos dos registros de acompanhamento.

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

Conforme o monitoramento realizado dos registros, semanalmente os médicos e enfermeiros abordarão na reunião de equipe sobre os preenchimentos dos registros dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

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

#### **Monitoramento e avaliação:**

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

O médico semanalmente fará uma revisão dos registros de diabéticos, assim como, se necessário, dos prontuários avaliados na semana para monitorar o registro dos acompanhamentos realizados aos hipertensos.

#### **Organização e gestão do serviço:**

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

Os enfermeiros mensalmente realizarão retroalimentação ao SIAB dos diabéticos avaliados para manter a atualização do mesmo.

**Ação:** Implantar ficha de acompanhamento.

A cada diabético avaliado diariamente se preencherá a ficha de acompanhamento a qual será realizada pelo técnico de enfermagem no momento da triagem e acolhimento. A mesma permanecerá no local de atendimento para revisão periódica do registro.

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

Na primeira semana de intervenção durante a reunião os médicos informarão como serão coletadas as informações e os responsáveis pelo monitoramento dos registros.

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

Os ACS serão responsáveis pelos cadastros e entrega semanalmente de cinco cadastros novos nas reuniões de equipe. Um dos técnicos de enfermagem

será responsável de manter atualizado de forma semanal todos os diabéticos novos, os demais técnicos de enfermagem serão responsáveis pelo preenchimento do prontuário, da ficha de acompanhamento, agendamento das consultas. Os médicos serão responsáveis pela qualidade dos prontuários, pelo seguimento e controle dos exames complementares com a periodicidade estabelecida. Os enfermeiros manterão atualizadas as informações do SIAB e participará junto aos médicos na análise dos registros.

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

Além dos registros já informados de controle e dados, o médico terá em paralelo um registro pessoal o qual possa analisar de forma diária e de fácil revisão dos dados gerais e sinais de alerta no acompanhamento, os mesmos poderão ser ajustados semanalmente na reunião da equipe visando melhorar o acompanhamento.

#### **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.

Os usuários serão orientados durante o processo de acolhimento da primeira consulta pelos médicos sobre seus direitos em relação aos seus registros de saúde e acesso a segunda via, se necessário. Assim como a comunidade durante as visitas na área e ações de saúde realizadas de forma semanal, mediante as reuniões dos círculos de hipertensos e diabéticos da área.

#### **Qualificação da prática clínica:**

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

Conforme o monitoramento realizado dos registros, semanalmente os médicos e enfermeiros abordarão na reunião de equipe sobre os preenchimentos dos registros de acompanhamento.

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

Conforme o monitoramento realizado dos registros, semanalmente os médicos e enfermeiros abordarão na reunião de equipe sobre os preenchimentos dos registros dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

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

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

**Monitoramento e avaliação:**

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

Semanalmente os médicos e enfermeiros revisarão os registros dos hipertensos avaliados na semana com o objetivo de que 100% tenham feito à verificação de risco cardiovascular e em casos de não terem realizados que sejam recuperados para tal avaliação, informando a cada um dos ACS as pendências.

**Organização e gestão do serviço:**

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

Os hipertensos avaliados como de alto risco terão prioridade e serão acompanhados pelos médicos os quais avaliarão seguindo os protocolos e encaminhará se for realmente necessário aos serviços mais complexos. O técnico de enfermagem realizará os registros, identificando a data do próximo atendimento podendo ser agendado de segunda a quarta nos dos horários de atendimento.

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

A agenda será organizada pelos técnicos de enfermagem, sendo que terão prioridades na agenda dos médicos os hipertensos identificados como de alto risco cardiovascular.

**Engajamento público:**

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

Nos diferentes cenários de atendimento, nas consultas, nas visitas domiciliares, nas ações de saúde na área, nos círculos de hipertensos e diabéticos, os usuários serão orientados sobre seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular. Tais orientações serão realizadas pelos ACS, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos da equipe.

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

Nos diferentes cenários de atendimento, nas consultas, nas visitas domiciliares, nas ações de saúde na área, nos círculos de hipertensos e diabéticos, os usuários serão orientados sobre seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular. Tais orientações serão realizadas pelos ACS, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos da equipe. Além disto, juntamente a nutricionista do NASF, quinzenalmente, será realizada palestras sobre alimentação saudável e sua relação com a HAS.

#### **Qualificação da prática clínica:**

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

Durante as reuniões semanais os médicos realizarão capacitação dos técnicos de enfermagem e enfermeiros para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham e de lesões de órgãos alvo.

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

Nas reuniões semanais os médicos capacitarão a equipe sobre a importância do registro da avaliação realizada quanto a estratificação de risco.

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

Nas reuniões semanais serão capacitados quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Para isso juntamente com a Nutricionista do NASF o médicos e enfermeiros abordarão os temas sobre alimentação saudável, obesidade, sedentarismo ou atividade física.

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

#### **Monitoramento e avaliação:**

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

Semanalmente os médicos e enfermeiros revisarão os registros dos diabéticos avaliados na semana com o objetivo de que 100% tenham feito a verificação de risco cardiovascular e em casos de não terem realizados que sejam recuperados para tal avaliação, informando a cada um dos ACS as pendências.

**Organização e gestão do serviço:**

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

Os diabéticos avaliados como de alto risco terão prioridade e serão acompanhados pelos médicos os quais avaliarão seguindo os protocolos e encaminhará se for realmente necessário aos serviços mais complexos. O técnico de enfermagem realizará os registros, identificando a data do próximo atendimento podendo ser agendado de segunda a quarta nos dos horários de atendimento.

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

A agenda será organizada pelos técnicos de enfermagem, sendo que terão prioridades na agenda dos médicos os hipertensos identificados como de alto risco cardiovascular.

**Engajamento público:**

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

Nos diferentes cenários de atendimento, nas consultas, nas visitas domiciliares, nas ações de saúde na área, nos círculos de hipertensos e diabéticos, os usuários serão orientados sobre seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular. Tais orientações serão realizadas pelos ACS, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos da equipe.

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

Nos diferentes cenários de atendimento, nas consultas, nas visitas domiciliares, nas ações de saúde na área, nos círculos de hipertensos e diabéticos, os usuários serão orientados sobre seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular. Tais orientações serão realizadas pelos ACS, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos da equipe. Além disto, juntamente a nutricionista do NASF, quinzenalmente, será realizada palestras sobre alimentação saudável e sua relação com a HAS.

**Qualificação da prática clínica:**

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

Durante as reuniões semanais os médicos realizarão capacitação dos técnicos de enfermagem e enfermeiros para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham e de lesões de órgãos alvo.

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

Nas reuniões semanais os médicos capacitarão a equipe sobre a importância do registro da avaliação realizada quanto a estratificação de risco.

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

Nas reuniões semanais serão capacitados quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Para isso juntamente com a Nutricionista do NASF o médicos e enfermeiros abordarão os temas sobre alimentação saudável, obesidade, sedentarismo ou atividade física.

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

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

**Monitoramento e avaliação:**

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

Nas reuniões da equipe semanais se avaliará a realização de orientação nutricional aos hipertensos, sendo que tal monitoramento dos registros será realizado pelos médicos e enfermeiros.

**Organização e gestão do serviço:**

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

Os médicos, os enfermeiros e nutricionista do NASF trabalharão junto aos grupos de hipertensos, semanalmente, sobre práticas de alimentação saudável. Poderão participar desta atividade outros profissionais da equipe.

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

Os médicos e/ou enfermeiros entregarão, por escrito, à coordenação da UBS solicitação para o apoio da nutricionista da área nas atividades de orientação sobre alimentação saudável aos hipertensos.

**Engajamento público:**

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

Nos diferentes cenários de atendimento, nas consultas, nas visitas domiciliares, nas ações de saúde na área, nos círculos de hipertensos e diabéticos, os usuários serão orientados sobre a importância do acompanhamento da alimentação saudável. Tais orientações serão realizadas pelos ACS, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos. Além disto, juntamente a nutricionista do NASF, quinzenalmente, será realizada palestras sobre alimentação saudável e sua relação com a HAS.

**Qualificação da prática clínica:**

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

Nas reuniões semanais com prévia combinação junto a nutricionista do NASF será realizado capacitação da equipe sobre as práticas de alimentação saudável.

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

Nas reuniões semanais com prévia participação dos profissionais da equipe do NASF (nutricionista, assistente social e psicóloga), será realizada capacitação da equipe sobre metodologias de educação em saúde.

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

**Monitoramento e avaliação:**

**Ação:** Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos

Nas reuniões semanais se avaliará a realização de orientação nutricional aos diabéticos, sendo que tal monitoramento dos registros será realizado pelos médicos e enfermeiros.

**Organização e gestão do serviço:**

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

Os médicos, os enfermeiros e nutricionista do NASF trabalharão junto aos grupos de diabéticos, semanalmente, sobre práticas de alimentação saudável. Poderão participar desta atividade outros profissionais da equipe.

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

Os médicos e/ou enfermeiros entregarão, por escrito, à coordenação da UBS solicitação para o apoio da nutricionista da área nas atividades de orientação sobre alimentação saudável aos diabéticos.

**Engajamento público:**

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

Nos diferentes cenários de atendimento, nas consultas, nas visitas domiciliares, nas ações de saúde na área, nos círculos de hipertensos e diabéticos, os usuários serão orientados sobre a importância do acompanhamento da alimentação saudável. Tais orientações serão realizadas pelos ACS, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos. Além disto, juntamente a nutricionista do NASF, quinzenalmente, será realizada palestras sobre alimentação saudável e sua relação com a HAS.

**Qualificação da prática clínica:**

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

Nas reuniões semanais com prévia combinação junto a nutricionista do NASF será realizado capacitação da equipe sobre as práticas de alimentação saudável.

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

Nas reuniões semanais com prévia participação dos profissionais da equipe do NASF (nutricionista, assistente social e psicóloga), será capacitada a equipe sobre metodologias de educação em saúde.

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

**Monitoramento e avaliação:**

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

Nas reuniões da equipe se avaliará a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos, sendo que tal monitoramento dos registros será realizado pelos médicos e enfermeiros.

**Organização e gestão do serviço:**

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

Os médicos, os enfermeiros e educador físico do NASF trabalharão junto aos grupos de hipertensos, semanalmente, sobre práticas de atividade física. Poderão participar desta atividade outros profissionais da equipe, sendo que tal orientação poderá ser realizada também nas consultas e atendimentos.



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

Os médicos e/ou enfermeiros entregarão, por escrito, à coordenação da UBS solicitação para o apoio do educador físico da área nas atividades de orientação sobre práticas de atividade física aos hipertensos.

**Engajamento público:**

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

Nos diferentes cenários de atendimento, nas consultas, nas visitas domiciliares, nas ações de saúde na área, nos círculos de hipertensos e diabéticos, os usuários serão orientados sobre a importância da prática de atividade física regular. Tais orientações serão realizadas pelos ACS, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos. Além disto, juntamente com o educador físico, quinzenalmente, serão realizadas palestras sobre prática de exercício físico e sua relação com a HAS.

**Qualificação da prática clínica:**

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

Nas reuniões semanais com prévia combinação junto ao educador físico será realizado capacitação da equipe sobre a prática de exercício físico.

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

Nas reuniões semanais com prévia participação dos profissionais da equipe do NASF (nutricionista, assistente social e psicóloga), será capacitada a equipe sobre metodologias de educação em saúde.

**Meta 4:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

**Monitoramento e avaliação:**

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

Nas reuniões semanais se avaliará a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos, sendo que tal monitoramento dos registros será realizado pelos médicos e enfermeiros.

**Organização e gestão do serviço:**

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

Os médicos, os enfermeiros e educador físico do NASF trabalharão junto aos grupos de diabéticos, semanalmente, sobre práticas de atividade física. Poderão participar desta atividade outros profissionais da equipe, sendo que tal orientação poderá ser realizada também nas consultas e atendimentos.

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

Os médicos e/ou enfermeiros entregarão, por escrito, à coordenação da UBS solicitação para o apoio do educador físico da área nas atividades de orientação sobre práticas de atividade física aos diabéticos.

#### **Engajamento público:**

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

Nos diferentes cenários de atendimento, nas consultas, nas visitas domiciliares, nas ações de saúde na área, nos círculos de hipertensos e diabéticos, os usuários serão orientados sobre a importância da prática de atividade física regular. Tais orientações serão realizadas pelos ACS, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos. Além disto, juntamente com o educador físico, quinzenalmente, será realizada palestras sobre prática de exercício físico e sua relação com a HAS.

#### **Qualificação da prática clínica:**

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

Nas reuniões semanais de saúde com prévia combinação junto ao educador físico será realizado capacitação da equipe sobre a prática de exercício físico.

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

Nas reuniões semanais com prévia participação dos profissionais da equipe do NASF (nutricionista, assistente social e psicóloga), será capacitada a equipe sobre metodologias de educação em saúde.

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

#### **Monitoramento e avaliação:**

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

Nas reuniões da equipe se avaliará a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos, sendo que tal monitoramento dos registros será realizado pelos médicos e enfermeiros.

**Organização e gestão do serviço:**

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

Os médicos e/ou enfermeiros entregarão, por escrito, à coordenação da UBS o qual encaminhará ao gestor a solicitação para aquisição de medicamentos para tratamento do "abandono ao tabagismo".

**Engajamento público:**

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

Nos diferentes cenários de atendimento, nas consultas, nas visitas domiciliares, nas ações de saúde na área, nos círculos de hipertensos e diabéticos, os usuários serão orientados sobre a existência do tratamento de abandono ao tabagismo. Tais orientações serão realizadas pelos ACS, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos. Além de colocar murais informativos sobre promoção e prevenção de saúde com esses temas, serão informados durante as consultas e atendimentos.

**Qualificação da prática clínica:**

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

Nas reuniões semanais os médicos e enfermeiros realizarão a capacitação sobre o tratamento para tabagismo.

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

Nas reuniões semanais com prévia participação dos profissionais da equipe do NASF (nutricionista, assistente social e psicóloga), será capacitada a equipe sobre metodologias de educação em saúde.

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

**Monitoramento e avaliação:**

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

Nas reuniões semanais se avaliará a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos, sendo que tal monitoramento dos registros será realizado pelos médicos e enfermeiros.

**Organização e gestão do serviço:**

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

Os médicos e/ou enfermeiros entregarão, por escrito, à coordenação da UBS o qual encaminhará ao gestor a solicitação para aquisição de medicamentos para tratamento do "abandono ao tabagismo".

**Engajamento público:**

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

Nos diferentes cenários de atendimento, nas consultas, nas visitas domiciliares, nas ações de saúde na área, nos círculos de hipertensos e diabéticos, os usuários serão orientados sobre a existência do tratamento de abandono ao tabagismo. Tais orientações serão realizadas pelos ACS, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos. Além de colocar murais informativos sobre promoção e prevenção de saúde com esses temas, serão informados durante as consultas e atendimentos.

**Qualificação da prática clínica:**

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

Nas reuniões semanais os médicos e enfermeiros realizarão a capacitação sobre o tratamento para tabagismo.

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

Nas reuniões semanais com prévia participação dos profissionais da equipe do NASF (nutricionista, assistente social e psicóloga), será capacitada a equipe sobre metodologias de educação em saúde.

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

**Monitoramento e avaliação:**

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

Nas reuniões semanais se avaliará a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos, sendo que tal monitoramento dos registros será realizado pelos médicos e enfermeiros.

**Organização e gestão do serviço:**

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

Os técnicos de enfermagem organizarão o número de agendas diárias para os atendimentos aos hipertensos, tendo como média de dez usuários por semana nos diferentes horários com a finalidade de garantir as orientações a nível individual.

**Engajamento público:**

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

Nos diferentes cenários de atendimento, nas consultas, nas visitas domiciliares, nas ações de saúde na área, nos círculos de hipertensos e diabéticos, os usuários serão orientados sobre a importância da higiene bucal. Tais orientações serão realizadas pelos ACS, técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, odontólogo e técnico de saúde bucal. Além de colocar murais informativos sobre promoção e prevenção de saúde com esses temas, serão informados durante as consultas e atendimentos.

**Qualificação da prática clínica:**

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

Nas reuniões semanais com prévia combinação junto aos odontólogos e técnicos de saúde bucal será realizada capacitação sobre saúde bucal aos hipertensos.

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

**Monitoramento e avaliação:**

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

Nas reuniões semanais se avaliará a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos, sendo que tal monitoramento dos registros será realizado pelos médicos e enfermeiros.

**Organização e gestão do serviço:**

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

Os técnicos de enfermagem organizarão o número de agendas diárias para os atendimentos aos diabéticos, tendo como média de dez usuários por semana nos diferentes horários com a finalidade de garantir as orientações a nível individual.

**Engajamento público:**

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

Nos diferentes cenários de atendimento, nas consultas, nas visitas domiciliares, nas ações de saúde na área, nos círculos de hipertensos e diabéticos, os usuários serão orientados sobre a importância da higiene bucal. Tais orientações serão realizadas pelos ACS, técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, odontólogo e técnico de saúde bucal. Além de colocar murais informativos sobre promoção e prevenção de saúde com esses temas, serão informados durante as consultas e atendimentos.

**Qualificação da prática clínica:**

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

Nas reuniões semanais com prévia combinação junto aos odontólogos e técnicos de saúde bucal será realizada capacitação sobre saúde bucal aos diabéticos.

**2.3.2 Indicadores.****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

**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

**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

**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

**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

**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

**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

**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

**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

**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

**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

**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

**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

**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

**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

**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

**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

**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

**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

**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

**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

**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

**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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

**2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção no programa de atenção a pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus será adotado os materiais do Ministério da Saúde, Caderno de Estratégia para o cuidado das pessoas com Doença Crônica Diabetes Mellitus, 2013 e Caderno de Estratégia para o cuidado das pessoas com Hipertensão Arterial, 2013.

Serão utilizadas as fichas dos hipertensos e diabéticos disponíveis no Programa, onde permite coletar os dados relacionados à doença que apresenta (Diabetes, Hipertensão Arterial ou ambas), data das consultas por mês, medicamentos que o usuário toma regularmente para o controle da doença, realização de exames complementares e a periodicidade, além da ficha de coleta de dados, planilha eletrônica e ficha espelho fornecida pela UFPEL.

Na intervenção estimamos alcançar um aumento da cobertura do atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos, já que na atualidade são indicadores muito baixos na área, incrementando a cobertura de hipertensão para 67% e a diabetes mellitus para 83%.

Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha de coleta de dados e instrumentos já usados no acompanhamento da atenção à hipertensos e diabéticos (Anexos B e C). Para organizar o registro do programa os enfermeiros revisarão os registros, os técnicos de enfermagem localizarão os prontuários, se necessário, e os enfermeiros transcreverão todas as informações disponíveis para a planilha eletrônica.

Serão realizados ainda os monitoramentos pelos médicos e enfermeiros dos com consultas em atraso (periodicidade das consultas), realização e avaliação dos exames complementares com a periodicidade estabelecida, avaliação de risco cardiovascular, avaliação de complicações de órgãos alvo, uso de medicação da farmácia popular.

Para o monitoramento do número dos cadastrados como contamos com dez ACS, os quais serão responsáveis pelos cadastramentos dos usuários da área de abrangência, durante cada reunião da equipe, na sexta feira, na sala de consulta da UBS terão que entregar cinco cadastros, totalizando semanalmente um total de 50 cadastros. Esta estratégia é para garantir o registro das informações, sendo que o técnico de enfermagem responsável pelo programa preencherá todos os dados.

O acolhimento diário dos que procuram atendimento na UBS será feito pelo técnico de enfermagem do dia, que terá garantido o material adequado para a medida da pressão arterial a todos os usuários maiores de 18 anos e a realização do hemoglicoteste a todos os usuários com tensão arterial maior que 135/80mmHg.

Para que a comunidade tenha pleno conhecimento sobre a existência do programa na UBS à equipe toda terá a responsabilidade de forma diária nas consultas na UBS, nas visitas na área, informar a comunidade sobre a existência e funcionamento e caberá aos técnicos de enfermagem a responsabilidade pela divulgação no local de atendimento e de recepção na UBS, de colocar nos murais que ajudam a divulgação.

Para isso na primeira reunião da equipe os médicos serão os responsáveis de oferecer a capacitação a todos ACS, técnicos de enfermagem e enfermeiros sobre como realizar os cadastros, quais são os usuários a cadastrar, critérios seguindo os protocolos da UBS.

Para melhorar a qualidade de atenção os médicos serão responsáveis pela realização do exame clínico apropriado a 100% dos hipertensos e diabéticos, pela avaliação dos exames complementares e solicitação com a periodicidade

estabelecida, garantir o tratamento da farmácia popular e avaliação dos com necessidade de atendimento odontológico, para isto realizará os atendimentos de segunda a sexta feira, exceto as quintas que é atendimento nas escolas.

É responsável ainda pela qualidade do exame físico, pelo preenchimento do prontuário com todos os dados clínicos, enfatizando nos aparelhos cardiovascular, neurológico, sistema vascular periférico e retina. Indicará os exames complementares com a periodicidade estabelecida pelo manual e avaliação dos resultados no caso dos diagnosticados com risco de órgãos alvos. Avaliará o tratamento para garantir o 100% tenham acesso aos medicamentos.

Além disso, como parte do exame físico fará avaliação bucal para identificação dos com necessidade odontológica e o técnico de enfermagem será o responsável do agendamento das consultas destes para o atendimento odontológico, duas vezes por semana, com prévia combinação junto ao odontólogo.

O monitoramento da periodicidade das consultas será feito semanalmente nas reuniões de equipe nas sextas feiras na UBS, sendo que tal monitoramento será realizado pelos médicos e enfermeiros.

Os técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos da equipe serão responsáveis pelas visitas na área nas sextas feiras no turno da manhã e na terça e quarta feira no turno da tarde para recuperar aqueles que o ACS identifica com dificuldades de locomoção até a UBS (acamados, cadeirantes, idosos).

Os demais provenientes da busca ativa serão agendados pelos técnicos de enfermagem para avaliação de segunda a quarta feira nos turnos em que não ocorrem as visitas domiciliares.

A equipe toda será responsável durante cada consulta, visita, ação de saúde de ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão, além de esclarecer as periodicidades das consultas, importância das mesmas, sendo que as estratégias serão discutidas durante as reuniões semanais da equipe.

Os médicos fornecerão, na reunião semanal, capacitação dos ACS, técnicos de enfermagem e enfermeiros quanto ao preenchimento de todos os registros (ficha dos usuários de forma diária na UBS ou na área, caderno da Hiperdia e planilha eletrônica) e os procedimentos clínicos feitos diariamente em cada consulta.

Para mapear os diabéticos e hipertensos para doença cardiovascular se realizara a estratificação do risco cardiovascular aos 100% dos usuários portadores destas doenças, o monitoramento semanal dará conta.

Toda a equipe será responsável pela orientação nos diferentes cenários de atendimento (consultas, visitas domiciliares, ações de saúde, círculos de hipertensos e diabéticos) quanto a seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular, importância da modificação os fatores de risco relacionados com a alimentação, inatividade física, tabagismo e outros.

Os médicos serão responsáveis pela capacitação sobre a estratificação de risco o escore de Framingham o de lesões de órgãos alvo.

Para promover a saúde, depois da prévia capacitação dos ACS os mesmos serão responsáveis pela orientação durante seu trabalho diário na área, sendo que com frequência semanal os ACS deverão relatar suas ações.

Os ACS organizarão o trabalho para oferecer práticas de saúde coletiva e para isso nos grupos de hipertensos e diabéticos a equipe participarão semanalmente, sendo que na 1ª semana: alimentação saudável; 2ª semana: atividade física; 3ª semana: tabagismo; 4ª semana: higiene bucal.

As capacitações ocorrerão na própria UBS, todas as sextas serão reservados duas horas ao término dos atendimentos, no horário estabelecido para a entrega de produção e a reunião da equipe.













### **3 Relatório da Intervenção**

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

As ações desenvolvidas, principalmente aquelas fora da unidade de saúde e dentro da nossa área de cobertura foram muito produtivas no resultado de nosso trabalho, tais foram às ações de saúde com participação ativa da equipe, fundamentalmente no monitoramento de PA e glicemia, levando a eles a possibilidade de atendimento médico, com previa coordenação da atividade a desenvolver com líderes da comunidade (exemplo nas escolas os gestores, professores, na área pessoas com alguma influência positiva dentro da comunidade, etc.), dessa forma eles garantiam a participação ativa do maior número de pessoas na ação, o melhor local para a realização, (uma casa, uma igreja, uma escola, um espaço ao ar livre), o importante era chegar a maior parte da população e possibilitar o aumento da cobertura dos hipertensos e diabéticos no programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS, melhorar adesão deles ao programa da UBS buscando os faltosos às consultas conforme a periodicidade recomendada, melhorar os registros das informações mantendo a ficha de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos cadastrados, mapeando hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular realizando a estratificação de risco cardiovascular dos cadastrados e promovendo a saúde garantindo orientação nutricional sobre alimentação saudável em relação a prática regular de atividade física, sobre os riscos de tabagismo e sobre a higiene bucal.

Todas as ações previstas foram desenvolvidas considerando que os usuários foram acolhidos todos os dias da semana e nos dois horários de atendimento nas consultas na UBS e nas visitas na área. Foram informados por todos os meios planejados (acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos assim como o resto dos usuários que acessavam a UBS por outra causa, palestras, círculos de

hipertensos e diabéticos, pôster e murais acessíveis) sobre o programa de controle de hipertensão arterial e diabetes mellitus e o trabalho que estava sendo realizado. Foram desenvolvidas as capacitações para os ACS, técnicos de enfermagem, enfermeiro, e a equipe toda sobre os cadastros dos usuários e critérios a ter presente, e sobre o diagnóstico seguindo os protocolos da UBS. Foi realizado o exame físico completo com qualidade preenchendo todos os dados nos prontuários clínicos, e cada membro da equipe assumiu com responsabilidade as tarefas a desenvolver durante a intervenção. Foram realizadas as reuniões da equipe aonde foram atualizadas e registradas as informações obtidas pelo trabalho desenvolvido cada semana, e para capacitação de todos os profissionais, tendo como guia a versão atualizada dos protocolos para o manejo da hipertensão arterial e diabetes mellitus na unidade. Foi garantido que todos os usuários cadastrados realizassem os exames complementares com a disposição de dois centros de saúde: o hospital geral e a UBS Leio Silva, sendo que inicialmente um deles não estava funcionando pela falta de recursos, mas pelas gestões de entes governamentais começou funcionar e prestar atendimento, diminuindo a espera dos usuários, monitorando semanalmente a realização deles com a intenção de recuperar os faltosos no menor tempo possível e identificar os ricos de forma precoce. Os usuários avaliados com alto risco de lesão de órgãos alvos foram encaminhados para especialidades com o objetivo de ter um controle mais especializado e um tratamento oportuno, orientando sobre a importância e periodicidade da realização dos mesmos, foi garantida a prescrição de medicamentos da farmácia popular, embora uma parte adquirisse os remédios em outras instituições governamentais onde estão cadastrados. Nas consultas médicas foi identificada a necessidade ou não de atendimento odontológico, e aqueles que apresentaram dificuldade foram encaminhados para o odontólogo com marcação de consulta agendada pelas técnicas de enfermagem e assistente odontológica organizando a agenda de atendimento. Inicialmente foi concordada a avaliação de quatro usuários semanais, mas durante o trajeto da intervenção a agenda foi interrompida pelas férias do odontólogo, daí que foi reorganizada a seis atendimentos semanais.

Todos os usuários foram orientados em relação a seu nível de risco e a importância de acompanhamento regular, a importância do adequado controle dos fatores de risco desencadeantes, sobre toda a alimentação inadequada e a inatividade física, aonde jogou um papel muito importante o trabalho feito pela

equipe do NASF da unidade, nas orientações e palestras organizadas durante a intervenção e nos encontros dos círculos de hipertensos e diabéticos realizados.

Desta forma foi garantida a promoção à saúde dos hipertensos e diabéticos oferecendo a eles orientações sobre alimentação saudável, sobre prática de atividade física, onde além de não ter educadores físicos para desenvolver este tema, contamos com o trabalho de dois dos agentes comunitários de saúde que tem conhecimento e experiência nessa área, assim uma das ações previstas no cronograma da intervenção não ficava sem cumprimento.

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

Não houve ações planejadas e não realizadas durante a intervenção.

### **3.3 Dificuldades na coleta e sistematização dos dados**

Não tivemos dificuldade com a coleta e sistematização de dados.

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

A intervenção está incorporada à rotina do serviço e tem sido muito produtiva, apesar da falta de recursos, principalmente humanos, (médicos e ACS). A realização da intervenção propicia diagnosticar precocemente muitos usuários portadores destas doenças que ainda não tenham sido diagnosticados, e outros que tenham sido diagnosticados, mas não levavam o controle adequado. Com a incorporação na rotina do nosso serviço estamos conseguindo controlar e acompanhá-los para que possam levar um estilo de vida mais saudável, além de ter o maior controle e organização do trabalho, demonstrando que é muito mais importante educar e prevenir do que ter que tratar as complicações desencadeantes das mesmas.

O fato de cada usuário ter o prontuário clínico em dia, os exames complementares, a marcação da próxima consulta estabelecida pelos protocolos, garantido os medicamentos para o seu controle mensal, de ter conseguido um bom engajamento entre todos os profissionais das equipes, assim como o trabalho em conjunto da equipe no NASF da unidade, o apoio da equipe odontológica e da comunidade, além de todas as palestras, trabalho com círculos de hipertensos e diabéticos, são mais as pessoas com maior educação sobre essas doenças e

ajudam a orientar a outros, a ter uma melhor qualidade de vida. Formar os círculos de hipertensos e manter eles funcionando tem sido outros dos logros do trabalho feito, e a melhor capacitação que hoje tem os nossos ACS e técnicos de enfermagem para o trabalho na área e na realização dos novos cadastros que possam surgir daqui para frente.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A UBS Rosa Moita tem uma população de 12000 habitantes, com estimativa de 8040 acima de 20 anos e destes 1821 hipertensos e 450 diabéticos para a área de cobertura. A intervenção objetivou melhorar a atenção à saúde de portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus inseridos na área de abrangência da UBS Conceição Rosa Moita, cidade de Macapá em Amapá.

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

**Meta 1.1** - Cadastrar 67% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial

**Indicador:** Proporção de hipertensos cadastrados no programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Cadastramos 168 (9,2%) hipertensos no primeiro mês, 361 (19,8%) no segundo mês e 561 (30,7%) hipertensos cadastrados durante o terceiro mês da intervenção. Foi cadastrado um total de 561 de 1821 estimados de hipertensos durante a intervenção, sendo a nossa meta não atingida.

Os aspectos que contribuíram para aumento da cobertura foram a capacitação da equipe nos protocolos de hipertensão garantindo o instrumental necessário (esfigmomanômetro, estetoscópio), imprescindível para realizar a busca ativa e diagnóstico dessa doença na população alvo, realizando a medição de pressão arterial a todas as pessoas com mais de 18 anos de idade tendo ou não fatores de risco associados para essa doença. A equipe trabalhou intensamente para garantir os resultados propostos, foi realizado o estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática, a capacitação dos profissionais de saúde sobre os diferentes aspectos do protocolo e aspectos gerais do acolhimento aos hipertensos e familiares. O recadastramento foi realizado aos usuários hipertensos

de nossa a área de abrangência pelos ACS, a seus familiares e a comunidade sobre a importância do programa de atenção à saúde dos usuários hipertensos. Mesmo assim como o vínculo criado com os líderes comunitários que ofereceram grande ajuda durante a intervenção.

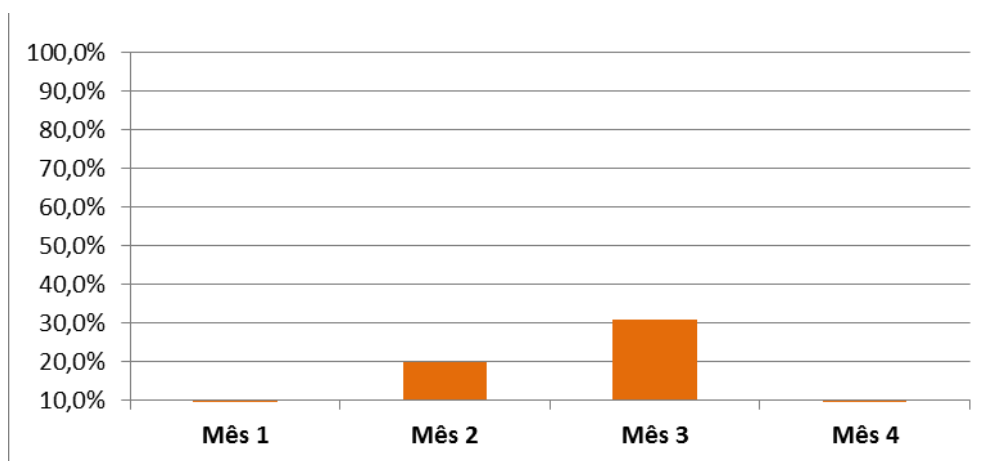


Figura 1. Proporção de hipertensos cadastrados no programa de atenção aos hipertensos na UBS Rosa Moita do Município Macapá. Estado Amapá.  
Fonte: Planilha Coleta de dados, UFPel, 2015

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura do programa de atenção aos diabéticos na unidade de saúde.

**Meta 1.2:** Cadastrar 83% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de atenção a Diabetes Mellitus.

**Indicador:** Proporção de diabéticos cadastrados no programa de atenção ao diabético.

Durante o primeiro mês foram cadastrados 76 diabéticos (10,6%), no segundo mês foram cadastrados 146 diabéticos (32,4%) e foram cadastrados durante o terceiro mês da intervenção 216 diabéticos (48%). Foi cadastrado um total de 216 de 450 estimados de diabéticos durante a intervenção, sendo a nossa meta não atingida.

Os aspectos que contribuíram para aumento da cobertura foram à capacitação da equipe nos protocolos de Diabetes Mellitus garantindo o instrumental necessário (glicômetro, cinta reativa), imprescindível para realizar a busca ativa e diagnostico dessa doença na população alvo, realizando a medição da glicemia a todas as pessoas com mais de 18 anos de idade tendo ou não fatores de risco



associados para essa doença, que tivessem valores de PA superior a 135/80mmhg, e valores de glicemia no momento da avaliação superior a 110mg/dl. A equipe trabalhou intensamente para garantir os resultados propostos, foi realizado o estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática, a capacitação dos profissionais de saúde sobre os diferentes aspectos do protocolo e aspectos gerais do acolhimento aos diabéticos e seus familiares. O recadastramento foi realizado aos usuários diabéticos de nossa área de abrangência pelos ACS, a familiares e comunidade em geral. Mesmo assim como o vínculo criado com os líderes comunitários que ofereceram grande ajuda durante a intervenção.

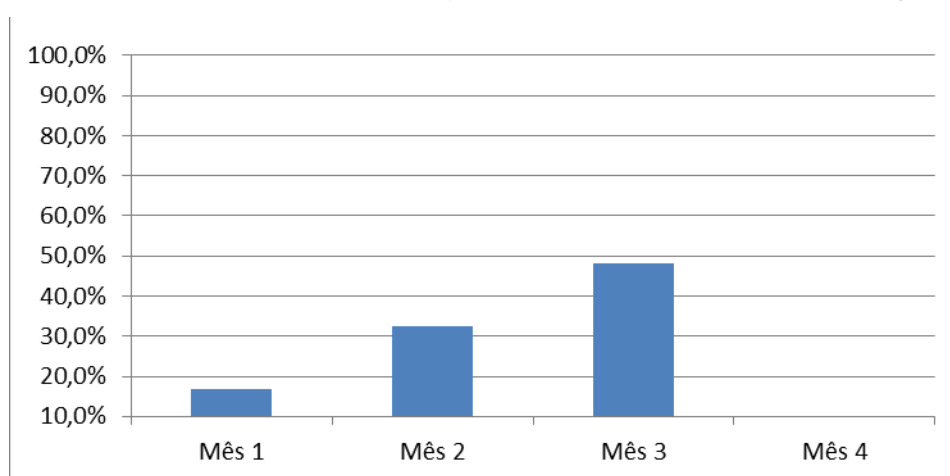


Figura 2. Proporção de diabéticos cadastrados no programa de atenção aos diabéticos na UBS Rosa Moita do Município Macapá. Estado Amapá. Fonte: Planilha Coleta de dados, UFPel, 2015.

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

**Meta 2.1:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos cadastrados no programa da unidade de saúde.

**Indicador:** Proporção de Hipertensos com os exames clínicos em dia de acordo com o protocolo.

Durante os três meses da intervenção a médica e a enfermeira realizaram os exames clínicos segundo o protocolo aos hipertensos totalizando 561 que participaram da intervenção. Durante o primeiro mês foram cadastrados 168 hipertensos e em todos foi realizado o exame clínico de acordo com o protocolo, no segundo mês foram examinados 361 e no terceiro mês foi realizado o exame clínico a 561 usuários hipertensos, com cumprimento da meta 100% o qual foi possível pela orientação realizada nas consultas e nas visitas domiciliares aos usuários, familiares

e comunidade quanto ao risco de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão arterial.

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

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

Durante os três meses da intervenção a médica e a enfermeira realizaram os exames clínicos segundo o protocolo aos diabéticos totalizando 216 que participaram da intervenção. Durante o primeiro mês foram cadastrados 76 diabéticos e com todos foi realizado o exame clínico de acordo com o protocolo, no segundo mês foram examinados 146 e no terceiro mês foi realizado o exame clínico 216 usuários diabéticos, com cumprimento da meta 100% o qual foi possível pela orientação realizada na consulta e nas visitas domiciliares aos usuários, familiares e comunidade quanto ao risco de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da diabetes mellitus.

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

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

Durante os três meses da intervenção a médica e a enfermeira garantiram a realização de exames complementares segundo o protocolo aos hipertensos totalizando 561 que participaram da intervenção. Durante o primeiro mês dos 168 hipertensos avaliados 164 realizaram os exames de acordo com o protocolo, no segundo mês foram 343 e no terceiro mês 560, ou seja, 99,8% dos usuários hipertensos, não atingindo a meta 100%, o qual não foi possível pelas condições físicas de uma usuária idosa, acamada, onde as condições de saúde não permitiram se locomover e não teve tudo o apoio familiar para realizar em tempo. Mas chegar a cumprir estes indicadores foi um logro de um trabalho conjunto, graças às orientações realizadas nas consulta e nas visitas domiciliares aos usuários, familiares e comunidade quanto ao risco de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão arterial, também ao engajamento com outras instituições de saúde, as coordenações feitas pelos diretivos do centro, pois nossa unidade de saúde não oferece esse serviço, e sim ter o apoio dessas instituições não tivesse sido possível.

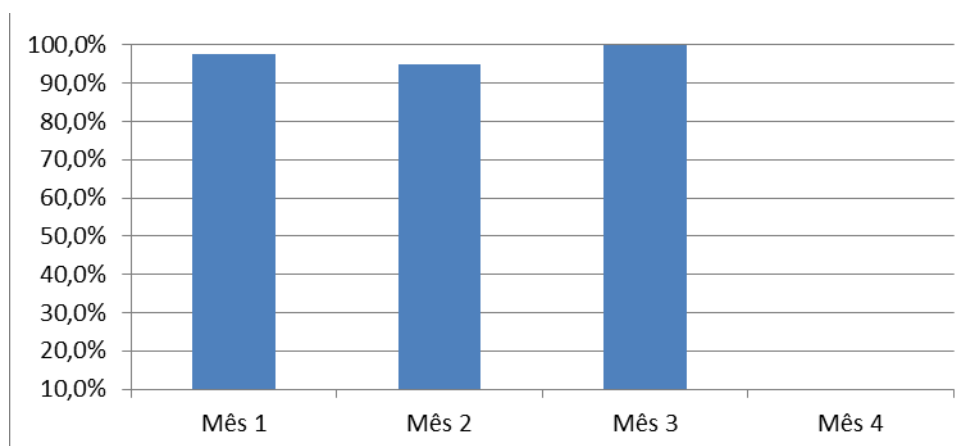


Figura 3: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Rosa Moita do Município Macapá, Estado Amapá.

Fonte: Planilha Coleta de dados, UFPel, 2015.

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

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

Durante os três meses da intervenção a médica e a enfermeira garantiram a realização de exames complementares segundo o protocolo aos diabéticos totalizando 216 que participaram da intervenção. Durante o primeiro mês dos diabéticos avaliados 76 realizaram os exames de acordo com o protocolo, no segundo mês foram 140 e no terceiro mês 216 usuários diabéticos, atingindo a meta 100%. Isso foi possível graças às orientações realizadas nas consultas e nas visitas domiciliares aos usuários, familiares e comunidade quanto ao risco de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão arterial, também ao engajamento com outras instituições de saúde, as coordenações feitas pelos diretivos do centro, pois nossa unidade de saúde não oferece esse serviço, e sem ter o apoio dessas instituições não tivesse sido possível.

**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.

Durante os três meses da intervenção a médica e enfermeira garantiram a prescrição de medicamentos da farmácia popular aos hipertensos cadastrados totalizando 561 que participaram da intervenção. Durante o primeiro mês foram 168 hipertensos os que tiveram garantido os medicamentos da farmácia popular, no segundo mês foram 361 e no terceiro mês foram 561 usuários hipertensos, com cumprimento da meta 100% o qual foi possível pela orientação realizada na consulta e nas visitas domiciliares aos usuários, familiares e comunidade sobre os direitos que eles têm de acesso aos remédios, e os benefícios para aqueles que têm menor renda. Atingir a meta foi possível pelo trabalho conjunto da equipe com os trabalhadores da farmácia, pela constante retroalimentação à farmácia das necessidades dos usuários e a retroalimentação da farmácia para nós da disponibilidade dos remédios para o controle da hipertensão. .

**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 priorizada.

Durante os três meses da intervenção a médica e enfermeira garantiram a prescrição de medicamentos da farmácia popular aos diabéticos cadastrados totalizando 216 que participaram da intervenção. Durante o primeiro mês foram 76 hipertensos os que tiveram garantido os medicamentos da farmácia popular, no segundo mês foram 146 e no terceiro mês foram 216 usuários diabéticos, com cumprimento da meta 100% o qual foi possível pela orientação realizada na consulta e nas visitas domiciliares aos usuários, familiares e comunidade sobre os direitos que eles tem de ter acesso aos remédios, e os benefícios para aqueles que têm menor renda. Atingir a meta foi possível pelo trabalho conjunto da equipe com os trabalhadores da farmácia, pela constante retroalimentação à farmácia das necessidades dos usuários e a retroalimentação da farmácia para nós da disponibilidade dos remédios para o controle da diabetes.

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

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

Durante os três meses da intervenção a médica e a enfermeira durante os atendimentos, fossem na unidade de saúde ou na área garantiram a avaliação da necessidade de atendimento odontológico aos hipertensos cadastrados totalizando 561 que participaram da intervenção. Durante o primeiro mês foram 168 hipertensos os que realizarem a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, no segundo mês foram 361 e no terceiro mês foram 561 usuários hipertensos, com cumprimento da meta 100% o qual foi possível pela orientação realizada na consulta e nas visitas domiciliares aos usuários, familiares e comunidade sobre a importância da saúde bucal e os benefícios na prevenção de outras doenças. Atingir a meta foi possível pelo trabalho conjunto da equipe com a equipe odontológica (técnicos e odontólogo da unidade). Todos os hipertensos com diagnóstico de necessidade de avaliação odontológica saíram da consulta com agendamento feito pelos técnicos de enfermagem e técnicos odontológicos da consulta especializada pelo odontologista da unidade.

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

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

Durante os três meses da intervenção a médica e a enfermeira durante os atendimentos, na unidade de saúde ou na área garantiram a avaliação da necessidade de atendimento odontológico aos diabéticos cadastrados totalizando 216 que participaram da intervenção. Durante o primeiro mês foram 76 diabéticos os que realizarem a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, no segundo mês foram 146 e no terceiro mês foram 261 usuários diabéticos, com cumprimento da meta 100% o qual foi possível pela orientação realizada na consulta e nas visitas domiciliares aos usuários, familiares e comunidade sobre a importância da saúde bucal para manter um bom controle metabólico da diabetes, e os benefícios na prevenção de outras doenças. Atingir a meta foi possível pelo trabalho conjunto da equipe com a equipe odontológica (técnicos e odontólogo da unidade). Todos os diabéticos com diagnóstico de necessidade de avaliação odontológica saíram da consulta com agendamento feito pelos técnicos de enfermagem e técnicos odontológicos da consulta especializada pelo odontologista da unidade.

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

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

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

Durante os três meses da intervenção a médica e a enfermeira realizaram o controle de todos os atendimentos semanais dos hipertensos cadastrados buscando os faltosos as consultas com a periodicidade recomendada, na unidade de saúde ou na área totalizando 561 que participaram da intervenção. Graças ao trabalho de equipe este foi um indicador que foi mantido em zero%, pois como parte do agendamento do trabalho semanal, tenhamos três horários de atendimento na área, mas as visitas diárias dos ACS e técnicos de enfermagem, daí que eram garantidos os atendimentos dos 100% dos cadastrados na semana e avaliados quando tenham retardo na realização de exames complementares, ou outras consultas agendadas, sejam consultas odontológicas ou consultas com outras especialidades pelos riscos diagnosticados.

**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 com busca ativa.

Pelas ações referidas acima também não houve diabéticos faltosos a consultas com busca ativa.

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

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

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

Durante os três meses da intervenção a médica, a enfermeira e técnicos de enfermagem durante os atendimentos garantiram a realização das fichas de acompanhamento dos hipertensos cadastrados totalizando 561 que participaram da intervenção. Durante o primeiro mês foram 168 fichas de acompanhamento feitas e atualizadas, no segundo mês foram 361 e no terceiro mês foram 561 usuários hipertensos, com cumprimento da meta 100% o qual foi possível pelo trabalho em conjunto da equipe no dia a dia, os técnicos de enfermagem foram responsável pelo preenchimento dos dados de cada uma nos dias de atendimento, além de atualizar o

caderno da hiperdia para melhor controle, e assim conseguir atualizar os dados do SIABS.

**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

Durante os três meses da intervenção a médica, a enfermeira e técnicos de enfermagem durante os atendimentos garantiram a realização das fichas de acompanhamento dos diabéticos cadastrados totalizando 216 que participaram da intervenção. Durante o primeiro mês foram 76 fichas de acompanhamento feitas e atualizadas, no segundo mês foram 146 e no terceiro mês foram 216 usuários diabéticos, com cumprimento da meta 100% o qual foi possível pelo trabalho em conjunto da equipe no dia a dia, os técnicos de enfermagem foram responsável pelo preenchimento dos dados de cada uma nos dias de atendimento, além de atualizar o caderno da hiperdia para melhor controle, e assim conseguir atualizar os dados do SIAB.

**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

Durante os três meses da intervenção a médica e a enfermeira realizaram a estratificação do risco cardiovascular nos usuários hipertensos cadastrados totalizando 561 que participaram da intervenção. Durante o primeiro mês foram examinados 168 hipertensos e em todos foi realizada a estratificação de risco para doença cardiovascular, no segundo mês foram examinados 361 e no terceiro mês foi realizado a 561 usuários hipertensos, com cumprimento da meta 100% o qual foi possível pela orientação realizada na consulta e nas visitas domiciliares aos usuários, familiares e comunidade quanto ao risco de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão arterial. Além disso, em todos os atendimentos lês foi realizado aos usuários hipertensos um exame físico completo cefálio-caudal priorizando nos sistemas cardiovascular e arterial periférico, assim que eram diagnosticados os riscos para doença cardiovascular eram encaminhados para avaliação especializada.

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

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

Durante os três meses da intervenção a médica e a enfermeira realizaram a estratificação do risco cardiovascular nos usuários diabéticos cadastrados totalizando 216 que participaram da intervenção. Durante o primeiro mês foram examinados 76 diabéticos e em todos foi realizada a estratificação de risco para doença cardiovascular, no segundo mês foram examinados 146 e no terceiro mês foi realizado a 216 usuários diabéticos, com cumprimento da meta 100% o qual foi possível pela orientação realizada na consulta e nas visitas domiciliares aos usuários, familiares e comunidade quanto ao risco de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da diabetes mellitus. Além disso, em todos os atendimentos foi realizado aos usuários diabéticos um exame físico completo cefálio-caudal priorizando nos sistemas cardiovascular e arterial periférico, assim que eram diagnosticados os riscos para doença cardiovascular eram encaminhados para avaliação especializada.

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

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

**Indicador:** Proporção de hipertensos com orientação nutricional saudável

Durante os três meses da intervenção a médica, a enfermeira, técnicos de enfermagem e ACS garantiram a orientação nutricional sobre alimentação saudável nos usuários hipertensos cadastrados totalizando 561 que participaram da intervenção. Durante o primeiro mês foram orientados 168 hipertensos e todos foram educados e orientados sobre alimentação saudável, no segundo mês foram orientados 361 e no terceiro mês 561 usuários hipertensos, com cumprimento da meta 100% o qual foi possível pela orientação realizada na consulta e nas visitas domiciliares aos usuários, familiares e comunidade quanto ao risco de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão arterial. Pelo trabalho em conjunto para conseguir formar e manter ativo os círculos de hipertensos programando atividades educativas relacionadas com alimentação saudável em



acompanhamento da nutricionista para esta atividade, além das palestras oferecidas pelos técnicos de enfermagem, enfermeiro, medica durante as consultas medicas e processo de acolhimento dos usuários, e pelo uso de mídias audiovisuais fazendo propaganda em função do controle do programa da hiperdia.

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

**Indicador:** Proporção de diabéticos com orientação nutricional saudável

Durante os três meses da intervenção a médica, a enfermeira, técnicos de enfermagem e ACS garantiram a orientação nutricional sobre alimentação saudável nos usuários diabéticos cadastrados totalizando 216 que participaram da intervenção. Durante o primeiro mês, 76 hipertensos e todos foram orientados sobre alimentação saudável, no segundo mês foram 146 e no terceiro mês 216 usuários diabéticos, com cumprimento da meta 100% que foi possível pela orientação realizada na consulta e nas visitas domiciliares aos usuários, familiares e comunidade quanto ao risco de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da diabetes mellitus. Pelo trabalho em conjunto para conseguir formar e manter ativo os círculos de diabéticos programando atividades educativas relacionadas com alimentação saudável em acompanhamento da nutricionista para esta atividade, além das palestras oferecidas pelos técnicos de enfermagem, o enfermeiro e a medica durante as consultas e processo de acolhimento dos usuários, e pelo uso de mídias audiovisuais fazendo propaganda em função do controle do programa da hiperdia.

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

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

Durante os três meses da intervenção a médica, a enfermeira, técnicos de enfermagem e ACS garantiram a orientação sobre a prática de atividade física nos hipertensos cadastrados totalizando 561 que participaram da intervenção. Durante o primeiro mês foram 168 hipertensos orientados sobre a importância da prática de atividade física, no segundo mês foram examinados 361 e no terceiro mês 561 usuários hipertensos, com cumprimento da meta 100% que foi possível pela orientação realizada na consulta e nas visitas domiciliares aos usuários, familiares e

comunidade quanto ao risco de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão arterial. Pelo trabalho em conjunto para conseguir formar e manter ativo os círculos de hipertensos programando atividades educativas relacionadas com a prática de atividade física em acompanhamento dos ACS pela falta de educadores sócias nas equipes da UBS para esta atividade, além das palestras oferecidas pelos técnicos de enfermagem, enfermeiro, medica durante as consultas medicas e processo de acolhimento dos usuários, e pelo uso de médios audiovisuais fazendo propaganda em função do controle do programa da hiperdia.

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

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

Durante os três meses da intervenção a médica, a enfermeira, técnicos de enfermagem e ACS garantiram a orientação sobre a prática de atividade física nos diabéticos cadastrados totalizando 216 que participaram da intervenção. Durante o primeiro mês foram 76 diabéticos orientados sobre a importância da prática de atividade física, no segundo mês 146 e no terceiro mês 216 usuários hipertensos, com cumprimento da meta 100%%, que foi possível pela orientação realizada na consulta e nas visitas domiciliares aos usuários, familiares e comunidade quanto ao risco de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da diabetes mellitus. Pelo trabalho em conjunto para conseguir formar e manter ativo os círculos de diabéticos programando atividades educativas relacionadas com a prática de atividade física em acompanhamento dos ACS pela falta de educador físico nas equipes da UBS para esta atividade, além das palestras oferecidas pelos técnicos de enfermagem, enfermeiro, medica durante as consultas medicas e processo de acolhimento dos usuários, e pelo uso de médios audiovisuais fazendo propaganda em função do controle do programa da hiperdia.

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

**Indicador:** Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre risco de tabagismo.

Durante os três meses da intervenção a médica, a enfermeira, técnicos de enfermagem e ACS garantiram a orientação sobre os riscos do tabaquismo nos

usuários hipertensos cadastrados totalizando 561 que participaram da intervenção. Durante o primeiro mês foram 168 hipertensos orientados sobre os riscos do tabaquismo, no segundo mês foram 361 e no terceiro mês 561 usuários hipertensos, com cumprimento da meta 100% que foi possível pela orientação realizada na consulta e nas visitas domiciliares aos usuários, familiares e comunidade quanto ao risco de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão arterial. Pelo trabalho em conjunto para conseguir formar e manter ativo os círculos de hipertensos programando atividades educativas relacionadas com os riscos do tabagismo em acompanhamento do assistente social, psicóloga da equipe do NASF, e outros profissionais da saúde, usuários que tem sofrido algum problema de saúde pelo uso e abuso do cigarro, e que oferecem falar sobre suas experiências para evitar que outros sofram as mesmas consequências, além das palestras oferecidas pelos técnicos de enfermagem, enfermeiro, médica durante as consultas médicas e processo de acolhimento dos usuários, e pelo uso de mídias audiovisuais fazendo propaganda em função do controle do programa da hiperdia.

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

**Indicador:** Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre risco de tabagismo.

Durante os três meses da intervenção a médica, a enfermeira, técnicos de enfermagem e ACS garantiram a orientação sobre os riscos do tabaquismo nos usuários diabéticos cadastrados totalizando 216 que participaram da intervenção. Durante o primeiro mês foram 76 diabéticos orientados sobre os riscos do tabagismo, no segundo mês foram 146 e no terceiro mês 216 usuários diabéticos, com cumprimento da meta 100%, que foi possível pela orientação realizada na consulta e nas visitas domiciliares aos usuários, familiares e comunidade quanto ao risco de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da diabetes mellitus. Pelo trabalho em conjunto para conseguir formar e manter ativo os círculos de diabéticos programando atividades educativas relacionadas com os riscos do tabaquismo em acompanhamento do assistente social, psicóloga da equipe do NASF, e outros profissionais da saúde, usuários que tem sofrido algum deterioro da saúde pelo uso e abuso do cigarro, e que oferecem falar sobre suas experiências

para evitar que outros sofram as mesmas consequências, além das palestras oferecidas pelos técnicos de enfermagem, enfermeiro, médica durante as consultas e processo de acolhimento dos usuários, e pelo uso de meios audiovisuais fazendo propaganda em função do controle do programa da hiperdia.

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

**Indicador:** Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Durante os três meses da intervenção a médica, a enfermeira, técnicos de enfermagem e ACS garantiram a orientação sobre a higiene bucal nos usuários hipertensos cadastrados totalizando 561 que participaram da intervenção (a ação do odontólogo e técnico foi reduzida ao atendimento medico e capacitação nas reuniões da equipe pela insuficiência de pessoal). Durante o primeiro mês foram 168 hipertensos orientados sobre a importância da higiene bucal, no segundo mês 361 e no terceiro mês 561 usuários hipertensos, com cumprimento da meta 100% que foi possível pela orientação realizada na consulta e nas visitas domiciliares aos usuários, familiares e comunidade quanto ao risco de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão arterial. Pelo trabalho em conjunto para conseguir formar e manter ativo os círculos de hipertensos programando atividades educativas relacionadas com a prática de higiene bucal em acompanhamento dos técnicos odontológicos e odontólogo da unidade, além das palestras oferecidas pelos técnicos de enfermagem, enfermeiro, médica durante as consultas medicas e processo de acolhimento dos usuários, e pelo uso de médios audiovisuais fazendo propaganda em função do controle do programa da hiperdia.

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

**Indicador:** Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Durante os três meses da intervenção a médica, a enfermeira, técnicos de enfermagem e ACS garantiram a orientação sobre a higiene bucal nos usuários diabéticos cadastrados totalizando 216 que participaram da intervenção. (a ação do odontólogo e técnico foram reduzidos ao atendimento medico e capacitação nas reuniões da equipe pela insuficiência de pessoal). Durante o primeiro mês foram

e76 diabéticos orientados sobre a importância da higiene bucal, no segundo mês 146 e no terceiro mês 216 usuários diabéticos, com cumprimento da meta 100%, que foi possível pela orientação realizada na consulta e nas visitas domiciliares aos usuários, familiares e comunidade quanto ao risco de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da diabetes mellitus. Pelo trabalho em conjunto para conseguir formar e manter ativo os círculos de hipertensos programando atividades educativas relacionadas com a prática de higiene bucal em acompanhamento dos técnicos odontológicos e odontólogo da unidade, além das palestras oferecidas pelos técnicos de enfermagem, enfermeiro, médica durante as consultas médicas e processo de acolhimento dos usuários, e pelo uso de mídias audiovisuais fazendo propaganda em função do controle do programa da hiperdia.

## **4.2 Discussão**

A intervenção propiciou melhorar a atenção à saúde de portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus inseridos na área de abrangência da UBS, e não somente dos usuários portadores da doença, também da comunidade familiares, usuários aparentemente saudáveis que acompanharam todas as atividades desenvolvidas ao longo da intervenção. Alcançamos melhorar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos realizando os cadastros dos usuários da área de abrangência e diagnosticando mediante a pesquisa ativa os casos novos que estavam ocultos ou não tenham sido diagnosticados por diversos motivos, pois antes da intervenção a cobertura do programa na área era muito baixa. Alcançamos melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos realizando um adequado exame físico a todos os usuários cadastrados durante a intervenção, avaliando os exames complementares solicitados e tomando a conduta adequada para cada um de forma individual, prescrevemos os remédios da farmácia popular para que todos tivessem acesso garantido aos remédios da farmácia da unidade ou de outras instituições governamentais onde são oferecidos de graça, e melhoramos a saúde bucal de nossos usuários avaliando a necessidade de atendimento odontológico e encaminhando para consulta especializada os que apresentaram alguma dificuldade. Alcançamos melhorar o registro das informações realizando e preenchendo todos os dados clínicos nos prontuários dos usuários, nas fichas de

acompanhamento individual, caderno da hiperdia para garantir o acompanhamento organizado e programado dos usuários seguindo o protocolo da unidade. Alcançamos identificar em todos os usuários hipertensos e diabéticos avaliados aqueles com riscos para doença cardiovascular, permitindo-nos encaminhar os que apresentaram riscos para uma melhor avaliação especializada, por exemplo, os usuários com cardiopatia associada à hipertensão e/ou diabetes foram encaminhados para o cardiologista, usuários com varizes e transtornos da circulação arterial periférica, com riscos de tromboembolismo, úlceras ou feridas com riscos de desenvolver um pé diabético foram encaminhados para o angiologista, para o nefrologista os que tenham algum grão de comprometimento da função renal e de não tratar poderiam chegar até uma insuficiência renal, entre outras complicações. Além de promover à saúde de hipertensos e diabéticos oferecendo a eles orientações nutricionais sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, higiene bucal, sobre os riscos de tabaquismo para tentar modificar estilos de vida nocivos que ajudam ao descontrole dessas doenças e ao desenvolvimento mais precoce de complicações de órgãos alvo.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem e da recepção. Aí a médica e enfermeira fomos responsáveis pela capacitação da equipe toda sobre o trabalho que seria feito, e o motivo pelo qual seria feito, os objetivos que ele perseguia, qual seria a população alvo para realizar a intervenção, sobre os protocolos a seguir para rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão arterial e diabetes mellitus na atenção básica de saúde. O que levou em primeiro lugar a ter imprimido os protocolos da unidade e em segundo lugar estudar eles e auto prepararmos para poder oferecer a nossos profissionais da saúde uma capacitação com qualidade. Hoje nossos ACS estão mais bem preparados para realizar os cadastros de usuários portadores destas doenças na área, conhecem os critérios para o diagnóstico e podem oferecer aos usuários e a comunidade em geral melhor orientação sobre o programa desenvolvido na unidade, podem avaliar os fatores de risco presentes na população alvo para estas doenças e encaminhar para nós fazer a avaliação necessária, orientar melhor aos usuários sobre fatores de risco para estas doenças para que possam levar um estilo de vida mais saudável tendo

uma alimentação adequada, evitando a obesidade, fazendo atividade física frequente para evitar o sedentarismo e manter um peso corporal adequado prevenindo a obesidade, orientando sobre os danos do uso e abuso do cigarro, álcool e outras drogas, entre outros. Nossos técnicos de enfermagem ganharam estar mais bem preparados para realizar o acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos, seja na UBS ou nos atendimentos na área durante as visitas domiciliares ou ações de saúde, tem garantido todo o material necessário para manter o funcionamento do programa, ganhando em conhecimento no manejo dele, sobre o rastreamento de hipertensão e diabetes na população alvo, da importância de ter presente todos os critérios para realizar uma adequada medição da PA a toda população maior de 18 anos, e glicoteste a todos aqueles que a sua PA fosse superior a 135/80mmhg, sobre o preenchimento dos registros das informações (fichas de acompanhamento individual, caderno da hiperdia, prontuários) tendo uma melhor organização e controle do programa, garantindo seguem protocolo os agendamentos das próximas consultas, incluindo os agendamentos para equipe do NASF, ou serviço odontológico, mantendo a retroalimentação à farmácia para garantir a disponibilidade de remédios. Também para nós foi importante, pois além de atualizarmos em temas tão importantes como hipertensão e diabetes, nos protocolos e manejo destas doenças na atenção básica e poder capacitar todos os profissionais que intervêm na intervenção, ganhamos em ter um melhor controle do programa da hiperdia, ter um cadastro mais atualizado dos usuários que temos na área de abrangência, criação e atenção dos círculos de hipertensos e diabéticos que há muito tempo não funcionavam, melhor conhecimento do estado das doenças e as necessidades reais e sentido da população, em lograr um bom engajamento entre os diversos setores da UBS, os usuários e a comunidade, em identificar o grau de complicação das doenças em todos os usuários cadastrados e avaliados e manter uma Intersecto alidade dos diversos níveis de atenção, primária, secundária e terciária.

Antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas na médica. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. Antes da intervenção só um pequeno número de usuários tinham controle na UBS, uns porém tem planos de saúde, outros pela instabilidade médica e de outros profissionais nas equipes de saúde, falta de agentes de saúde com muitas áreas descobertas nas equipes de

saúde. Agora com o trabalho planejado e em equipe é possível chegar a todos. A melhoria dos registros e os agendamentos dos hipertensos e diabéticos viabilizaram a aperfeiçoar a agenda para atenção à demanda espontânea. Ao realizar os atendimentos de segunda a sexta feira nas UBS e na comunidade, assim também as ações de saúde programadas melhora o nível de atenção e diminui o tempo de espera dos usuários para atendimento. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.



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

Conjuntamente com os integrantes da minha equipe foi feito um trabalho de intervenção durante 12 semanas, proposto pelo Ministério da Saúde, através da Universidade Federal de Pelotas, com o objetivo de melhorar a atenção dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da nossa área de abrangência obtendo o aprimoramento da gestão, organização dos serviços de Atenção Primária de Saúde e qualificação da prática clínica, resultando de uma avaliação contínua e monitoramento das ações alcançando a participação da comunidade.

Posterior à realização da análise situacional da UBS Rosa Moita identificou-se a baixa cobertura dos usuários hipertensos e diabéticos aderidos ao programa da Hiperdia do SUS, e decidimos fazer uma ação programática com o objetivo de melhorar a atenção à saúde de portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus e dessa forma contribuir ao cadastramento e atendimento deste grupo, desenvolvendo diferentes ações programadas previa realização de um cronograma de atuação, obtendo bons resultados nos indicadores propostos.

Desde o início da intervenção foram realizadas as ações planejadas no cronograma de trabalho começando pelo cadastramento dos usuários, ação que foi possível graças ao trabalho em equipe, ao bom engajamento entre todos os profissionais desde o planejamento do trabalho, ao empenho dos ACS na busca ativa dos usuários. Foi feito o atendimento clínico nas consultas na UBS, nas visitas domiciliares, nas ações de saúde na comunidade, onde o atendimento foi realizado de forma integral, com avaliação de risco para doenças cardiovasculares, solicitação de exames complementares laboratoriais preconizados pelos protocolos para cada caso e prescrição dos medicamentos da farmácia popular do programa da Hiperdia.

Realizamos ações de saúde em várias áreas de atuação com boa aceitação pela comunidade e ótimos resultados, foram feitas atividades educativas na

promoção e prevenção de saúde para modificar estilos de vida nocivos à saúde baseada na alimentação saudável, pratica de atividade física, os riscos do tabaquismo e a importância da higiene bucal, com a colaboração da equipe NASF para o desenvolvimento de estas ações (nutricionista, psicólogo, assistente social). Foi realizada a busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos as consultas médicas ou odontológicas, o que tenham atraso na realização dos exames laboratoriais recuperando os 100% deles.

No transcurso da intervenção apresentamos algumas dificuldades que dificultaram as ações fossem cumpridas seguem cronograma: as interrupções da agenda de atendimento odontológico pelas férias do odontologista da unidade, a demora na realização dos exames laboratoriais, pois no inicio somente o hospital geral estava assumindo a demanda dos usuários, mas com o apoio dos gestores foi restabelecido o serviço de laboratório clinico na UBS mais próxima a nossa área e abastecida com os recursos indispensáveis para assumir a demanda e realizar os exames padronizados pelos protocolos. Também foi recuperada a agenda odontológica incrementando o numero de agendamentos de 4 a 6 duas vezes por semana alcançando examinar aos 100% dos hipertensos e diabéticos com necessidade de avaliação odontológica, embora a equipe realizasse a avaliação da necessidade de atendimento odontológico a todos os usuários cadastrados na intervenção.

Ao finalizar nossa intervenção constata-se que o objetivo proposto de melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos foi cumprido, obtendo uma maior adesão destes usuários ao programa ainda não tivéssemos alcançado os indicadores desejados, sendo possível cadastrar 561 hipertensos para um 30,7% dos 67% desejados e 216 diabéticos para um 48% dos 83% desejados. Embora não conseguimos atingir a meta desejada de cobertura estamos satisfeitos pelo trabalho feito, pois os restantes indicadores de qualidade propostos foram alcançados nos 100%, e conseguimos incorporar nossa ação programática a rotina da equipe. Alcançamos também por em pratica o controle social, a participação comunitária, e ampliamos os conhecimentos dos usuários.

O impacto da intervenção tem sido percebido pela comunidade e tem tido muito boa aceitação. Durante as visitas domiciliares e ações de saúde foi possível chegar a essa parte da população que há muito tempo não recebiam atendimento. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade nos

atendimentos, agradecem as atividades de grupos feitas, as praticas de atividades físicas e a periodicidade nos atendimentos. Além da ampliação da cobertura do programa ainda temos muito hipertensos e diabéticos sim cadastrar, dai que a intervenção foi feita durante 12 semanas, mas o trabalho será mantido daqui para frente com o proposito de chegar a todos os usuários.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, manter os agendamentos de consulta dos usuários hipertensos e diabéticos deixando as vagas para a demanda espontânea ou qualquer emergência que pudesse chegar, desta forma evitamos queixas da população, mão tratos ou inconformidade, além de diminuir o tempo de espera na consulta. Vamos a adequar a ficha dos hipertensos e diabéticos para poder coletar e monitorar todos os indicadores que tenhamos previsto no projeto.

A partir de agora pretendemos investir na ampliação de coberturas de hipertensos e diabéticos chegando a todas as áreas descobertas de nossa área de abrangência. Não podemos contar com disponibilidade de novos ACS, mas com trabalho em equipe todo é possível, programaremos mais ações de saúde nas áreas descobertas para cadastrar os hipertensos e diabéticos que ainda não temos cadastrado. Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos trabalhar no programa de idoso, o programa de pré-natal e outros programas priorizados do SUS.

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

Durante o período de Abril a Júlio na UBS Rosa Moita foram desenvolvida uma serie de atividades como parte do trabalho de intervenção encaminhado na melhora da cobertura dos atendimentos aos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência.

Com a realização destas atividades o trabalho das equipes no controle dos usuários portadores destas doenças (Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus) foi feito de forma mais organizada o que garante a melhora na qualidade dos agendamentos das consultas e visitas domiciliares, e na prioridade nos atendimentos, tendo o proposito de alcançar cadastrar aos 100% dos usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus, e garantir uma melhor qualidade de vida.

Para isso recebemos um treinamento relativo a cadastramento, processo de acolhimento dos usuários portadores de hipertensão e diabéticos, registro das informações e atribuições dos profissionais, protocolos de diagnostico e controle destas doenças, promoção e prevenção de saúde identificando e controlando fatores de risco e educação a população sobre alimentação saudável, pratica de atividade física, higiene bucal, hábitos tóxicos (tabagismo e alcoolismo), entre outros utilizando murais, cartazes, palestras e formação dos círculos de hipertensos e diabéticos.

Durante esse período apresentamos poucas dificuldades para realizar as atividades planejadas graças ao grão de engajamento entre todos os profissionais. Inicialmente tivemos retraso na agenda de atendimento de atendimento odontológico, interrompida pelas férias do odontólogo, mas foi reestabelecida de forma imediata, também demora na realização dos exames complementares pela limitada acessibilidade aos centros de saúde que ofereciam este tipo de serviço, mas no transcorrer da intervenção foi reestabelecido este serviço em instituições

que há muito tempo não funcionavam pela falta de recursos. Outras vezes a demora na realização dos exames esteve relacionada pela existência de pessoas idosas ou com limitação física que precisavam do acompanhamento de um familiar para se locomover, mas felizmente ao finalizar a intervenção conseguimos atingir as metas propostas.

Nós vamos dar continuidade ao trabalho que foi inserido na rotina da UBS tentando cumprir todas as metas propostas que não foram alcançadas, e manter aquelas que foram cumpridas nos 100%.

Durante todo o período da intervenção foram realizadas, além das consultas e visitas domiciliares, varias ações de saúde chegando principalmente àquelas áreas descobertas por ACS e desprovetes de assistência medica, recatando usuários que tenham deixado o controle, e realizando rastreamento de casos novos que não conheciam estavam doentes, encaminhando eles para atendimento na UBS, identificando riscos para á saúde e priorizando os atendimentos pelo grão de comprometimento da saúde, encaminhando para avaliação especializada na atenção secundaria. Também orientamos aos usuários na importância de manter o acompanhamento regular, pois hipertensão arterial e diabetes mellitus são doenças crônicas e tem controle, e para conseguir um adequado controle é importante o acompanhamento pelo medico e enfermeiro com a periodicidade estabelecida pelos protocolos, ser disciplinado com á medicação orientada, manter uma alimentação saudável, a pratica de atividade física, diminuir riscos a saúde como cigarro e álcool, cuidar da higiene bucal e manter um acompanhamento regular com o odontologista, daí durante a intervenção todos os usuários foram monitorados em quanto ao uso das medicações e realização dos exames complementares a traves da fiscalização das fichas dos usuários. Foram realizadas as reuniões da equipe monitorando as fichas preenchidas e identificando os faltosos a consulta medica, atraso na realização dos exames solicitados e da consulta odontológica. Esses faltosos recebiam as visitas dos agentes comunitários, técnicos de enfermagem, ou medico e enfermeiros seguem precisarem, pois na semana tenhamos planejadas as visitas domiciliares e ações de saúde, além das visitas dos ACS.

Os atendimentos odontológicos foram realizados desde o inicio da intervenção, com agendamento daqueles com necessidade de avaliação odontológica, prévia coordenação do numero de usuários com capacidade para

avaliar. Inicialmente reduzida a 4 atendimentos duas vezes por semana e posteriormente incrementado a 6 para suprir a necessidade.

Hoje eu posso dizer que temos ganhado muito com a realização deste trabalho, temos uma equipe mais unida, um trabalho com mais qualidade, a participação ativa da comunidade no cumprimento das ações previstas, e com a incorporação deste projeto na rotina do serviço acredito poderemos alcançar metas muito positivas na melhora do atendimento na UBS.

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

Depois da realização deste Trabalho de Intervenção como parte do processo educativo do Curso de Especialização em Saúde da Família da UFPEL, posso dizer que o conhecimento adquirido tem sido muito gratificante na nossa superação como profissionais da saúde, seja na teoria como na prática, no controle do programa de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Atenção Básica dentro do SUS.

Com o desenvolvimento deste trabalho ganhamos em experiência que o trabalho organizado em equipe sempre vai levar a alcançar melhores resultados do que realizar de forma isolada. Ajudou-me a organizar uma equipe que estava funcionando sem médico conseguindo um bom engajamento entre todos tendo boas relações de trabalho e companheirismo, ajudou-me a ter maior conhecimento da área de abrangência na qual atua como médica, a ter um trabalho mais organizado onde possa dar continuidade ao estado de saúde-doença dos usuários acompanhados na UBS, ter um melhor controle dos programas priorizados incluindo o controle da hipertensão que foi o motivo de nossa intervenção ao perceber a baixa cobertura do programa sendo estas doenças com uma elevada incidência de morbimortalidade. Com o trabalho em equipe conseguimos melhorar o cadastro dos usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus assim como o registro das informações, realizar uma consulta médica com maior qualidade realizando avaliação de risco e tomando conduta em dependência de grande dano, melhoramos o nível de conhecimento da população em relação à promoção e prevenção de saúde com o trabalho de divulgação realizado e formação de grupos de hipertensos e diabéticos com participação ativa dos profissionais do NASF, ampliamos o nível de conhecimento e compreensão das necessidades reais e

sentidas dos usuários através da Análise situacional o que permitiu planejar as ações programáticas com a finalidade de melhorar os indicadores de qualidade.

Como resultado do trabalho feito ficou uma ótima relação entre equipe de saúde e a comunidade pelo qual fico muito feliz, a maior recompensa é receber a gratidão dos usuários satisfeitos pela assistência médica oferecida, pelas ações de saúde e visitas frequentes a suas vivendas, que antigamente não aconteciam com essa sistematicidade, pelo qual para mim é muito gratificante ter ajudado a melhorar a qualidade dos serviços de saúde.

O curso de Especialização em Saúde da Família da UFPEL também me ofereceu a oportunidade de ganhar em conhecimento, teria sido muito difícil realizar um projeto de intervenção sem não tivéssemos contado com ajuda dos orientadores que acompanharam nosso desenvolvimento durante todo o curso até a confecção final do TCC, com as práticas clínicas trocamos experiências muito importantes assim como também ganhamos em conhecimento no manejo de múltiplas doenças no Brasil, que em múltiplas ocasiões difere do manejo realizado em outros países, sobre todo dos protocolos seguidos em Cuba pelos quais fomos formados.



## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica nº 16** - Série A. Normas e Manuais Técnicos. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p.


BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, nº 36**. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, nº 37**. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série E. Legislação em Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

## **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;

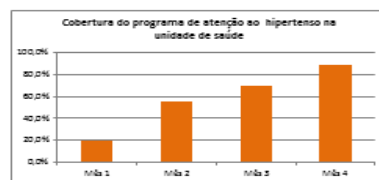
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

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



## INDICADORES

		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
1.1	<b>Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde</b>	19,8%	55,2%	69,7%	88,6%
	Numerador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da UBS	85	237	299	380
	Denominador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde	429	429	429	429



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
1.2	<b>Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde</b>	27,4%	80,2%	99,1%	100,0%
	Numerador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS	29	85	105	106
	Denominador: Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde	106	106	106	106



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.1	<b>Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo</b>	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Numerador: Número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo	85	237	299	380
	Denominador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS	85	237	299	380



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.2	<b>Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo</b>	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Numerador: Número de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo	29	85	105	106
	Denominador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS	29	85	105	106



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.3	<b>Proporção de hipertensos com o exame complementar em dia de acordo com o protocolo</b>	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Numerador: Número de hipertensos com exames complementares periódicos em dia	85	237	299	380
	Denominador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS	85	237	299	380



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.4	<b>Proporção de diabéticos com o exame complementar em dia de acordo com o protocolo</b>	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Numerador: Número de diabéticos com exames complementares periódicos em dia	29	85	105	106
	Denominador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS	29	85	105	106







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

Eu, Yurina Pupo Lahera, médica com RMS 1600102/Macapá-AP 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



## Apêndices

## Apêndice A – Fotografias

