

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS-UNASUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MODALIDADE A DISTÂNCIA  
TURMA 9



**MELHORIA DA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO  
ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS NA UBS HENRIQUE OCTAVIO  
POOL, COARI/AM**

**JOSE SAEZ SOLER**

Pelotas, 2016

JOSE SAEZ SOLER

**MELHORIA DA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO  
ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS NA UBS HENRIQUE OCTAVIO  
POOL, COARI/AM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Cristina Dutra Ribeiro

Pelotas, 2016

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

S685m Soler, José Saez

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS Henrique Octavio Pool, Coari/AM / José Saez Soler; Cristina Dutra Ribeiro, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

73 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Ribeiro, Cristina Dutra, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

## Dedicatória

A todos aqueles que de alguma forma estiveram e estão próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

## **Agradecimentos**

Agradeço a minha professora orientadora que teve paciência e que me ajudou bastante a concluir este trabalho, agradeço também aos meus professores que durante muito tempo me ensinaram e que me mostraram o quanto estudar é bom.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte de nosso trabalho, o meu muito obrigado.

A população brasileira por todo seu carinho e respeito, o meu muito obrigado.

## Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na UBS Henrique Octavio Pool, Coari/AM, 2016.	53
Figura 2	Cobertura do programa de Atenção à Diabetes Mellitus na UBS Henrique Octavio Pool, Coari/AM, 2016.	53
Figura 3	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Henrique Octavio Pool, Coari/AM, 2016.	55
Figura 4	Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Henrique Octavio Pool, Coari/AM, 2016.	55
Figura 5	Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Henrique Octavio Pool, Coari/AM, 2016.	57
Figura 6	Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Henrique Octavio Pool, Coari/AM, 2016.	59

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

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CAP	Cadernos de Ações Programáticas
CLS	Conselho Local de Saúde
DCNT	Doença Crônica não Transmissível
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PMMB	Programa Mais Médico do Brasil
SAMU	Sistema de Atenção Médica de Urgência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UFPel	Universidade Federal de Pelotas
VD	Visitas Domiciliares

## Sumário

Apresentação .....	9
1 Análise Situacional .....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2 Análise Estratégica .....	20
2.1 Justificativa .....	20
2.2 Objetivos e metas .....	21
2.3 Metodologia .....	23
2.3.1 Detalhamento das ações .....	24
2.3.2 Indicadores .....	38
2.3.3 Logística .....	44
2.3.4 Cronograma .....	47
3 Relatório da Intervenção .....	48
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	48
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	50
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	50
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	51
4 Avaliação da intervenção .....	52
4.1 Resultados .....	52
4.2 Discussão .....	61
5 Relatório da intervenção para gestores .....	63
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	65
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	67
8 Referências .....	68
Anexos .....	69



## Resumo

SOLER, Jose Saez. **Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS Henrique Octavio Pool, Coari/AM.** 74f. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Especialização em Saúde da Família. Universidade Aberta do SUS / Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

A diabetes mellitus e a hipertensão arterial sistêmica são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma objetivou-se realizar uma intervenção para a melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS Henrique Octavio Pool, Coari/AM. Foi realizada em doze semanas, de novembro de 2015 a fevereiro de 2016, e as ações foram organizadas nos quatro eixos pedagógicos do curso: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, qualificação da prática clínica e engajamento público. Foram cadastradas 144 (30,9%) pessoas que possuíam hipertensão e 37 (46,1%) que tinham diabetes, sendo que todos estes receberam avaliação clínica, prescrição de medicamentos da farmácia popular, avaliação à necessidade de atendimento odontológico, avaliação do risco cardiovascular pelo exame clínico, e orientação sobre nutrição, prática regular de exercício físico, os riscos do tabagismo e higiene bucal. Também podemos destacar que 142 (98,6%) hipertensos e 51 (96,2%) diabéticos conseguiram realizar seus exames complementares sendo este o único indicador que não atingiu 100% da meta estabelecida. Consideramos que nossa intervenção foi muito importante, pois permitiu que toda nossa equipe trabalhasse de forma integral e a comunidade mostrou-se satisfeita com a realização da intervenção, mas ainda temos muito que fazer para ampliar nossa cobertura e dar continuidade as nossas ações.

Palavras-Chave: atenção primária à saúde; saúde da família; doença crônica, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica

## **Apresentação**

O presente trabalho de conclusão de curso em Especialização em Saúde da Família modalidade à distância da Universidade Aberta do SUS (UNASUS)/ Universidade Federal de Pelotas (UFPel), é o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as Unidades de Ensino que integram o Projeto Pedagógico do curso. A intervenção desenvolvida no decorrer da Turma 9 foi realizada na unidade básica de saúde (UBS) Henrique Octavio Pool no município de Coari, estado do Amazonas.

A intervenção, que deu origem a este trabalho, visou melhorar a atenção em saúde dos usuários que possuíam HAS e DM. Este trabalho é o relato do processo, sendo composto pelo Relatório de Análise Situacional da UBS. Na segunda seção será descrita a Análise Estratégica, abordando a justificativa para a realização da intervenção, os objetivos e metas, a metodologia, as ações, indicadores, logística e cronograma do projeto de intervenção. A terceira seção traz o relatório da intervenção; na quarta seção será descrita a avaliação da intervenção, na qual serão apresentados os resultados, a discussão. Na quinta seção o relatório aos gestores, na sexta o relatório para a comunidade. E na última seção aborda a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Por fim, temos a bibliografia usada no trabalho, apêndice e os anexos.

## **1 Análise Situacional**

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

Coari é um município brasileiro do estado do Amazonas, é a quarta cidade mais rica do Norte brasileiro, superado apenas por Manaus, Belém e Porto Velho.

A cidade está localizada no Rio Solimões entre o Lago do Mamiá e o Lago de Coari, traz em sua herança e memória e força dos índios Catuxy, Jurimauas, Passés, Irijus, Jumas, Purus, Solimões, Uaiupis, Uamanis e Uaupés. O nome Coari também está ligado às raízes indígenas e há duas versões:

Em 1759 a aldeia é elevada a lugar com o nome de Alvelos. Em 2 de dezembro de 1874 foi elevada a Vila ,em 2 de agosto de 1932 é elevada a cidade pelo prefeito Alexandre Montoril.

No município a religião predominante é a católica de maior aceitação pelos fiéis, também existem os cultos Batista, Assembléia de Deus, Presbiteriana, Testemunho de Jeová e Adventista do Sétimo Dia.

O município possui um hospital que tem sala de parto, médico plantonista, pediatria entre outros, sendo que realizamos encaminhamento quando precisamos, também possui uma Policlínica que tem serviço de ginecologia oftalmologia ultrassonograma e eletrocardiograma onde fazemos inter consulta com ginecologista.

Temos uma clínica de medicina tropical onde as doenças infecciosas são avaliadas, e um Laboratório Central pra fazer exames bioquímicos.

Trabalho no Bairro Duque de Caxias na unidade básica de saúde (UBS) Henrique Octavio Pool, sendo que este bairro tem como vizinhos ao norte o Bairro Centro, a leste Itamarati e a oeste Santa Efigênia. Nossa UBS é pequena, e tem uma recepção com arquivo, 4 consultórios sendo que dois para médicos , uma de

enfermagem e o outro para o odontológico tem uma sala de vacina, uma de curativo e uma farmácia, também tem uma sala de triagem e uma cozinha.

Nossa equipe trabalha com uma enfermeira dois médicos e um odontólogo, uma vacinadora, duas técnicas de enfermagem, uma farmacêutica e 9 ACS.

A população de nossa área de abrangência é de 2688 habitantes com 566 famílias, sendo que temos 135 usuários com hipertensão, 32 com diabetes e 10 gestantes, sendo que dividimos a população entre cada médico.

Eu trabalho com uma população de 1458 usuários divididos em 312 famílias, o ideal para nossa equipe é de que tivéssemos 5 ACS, mas atualmente estamos com 4 ACS, sendo que trabalhamos com muito amor sempre tentando fazer as ações de maneira correta.

Atualmente estamos com uma nova secretaria de saúde que é bem receptiva e refere que vai trabalhar para que cada UBS tenha os recursos humanos suficientes bem como os recursos materiais.

Em nossa unidade realizamos consulta planejada de hipertensão e diabetes nas segundas-feiras e nas quartas-feiras são realizadas consultas com as gestantes, na quinta pela tarde visita domiciliar, e também temos duas tardes para a especialização, realizamos planejamento das atividades, mas também atendemos a demanda livre espontânea todos os dias. As visitas domiciliares são feitas para as gestantes, RN, lactantes, idosos acamados, pós operatórios. Também realizamos atividades educativas.

Atualmente estamos com problema em nosso município com a disponibilidade de medicamentos que não é suficiente e as pessoas que precisam de medicamento pra hipertensão e diabetes, não podem acessar a eles e tem que comprar estes nas farmácias privadas. Outra dificuldade é que o Laboratório Central não tem material pra fazer exames sendo que os usuários como gestantes e hipertensos e diabéticos tem que pagar pelos mesmos.

Mas, o importante é que realizamos muitos trabalhos preventivos em nossa unidade, e destaco que todo o trabalhador da atenção primária deve ter uma frase: a medicina não é a cura se não o precavera, sendo assim devemos fazer mais medicina preventiva do que curativa.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Coari é um município brasileiro do estado do Amazonas, e é a quarta cidade mais rica do norte brasileiro, superado apenas por Manaus, Belém, e Porto Velho. A cidade está localizada no Rio Solimões entre o Lago do Mamiá e o Lago de Coari, sendo que o nome do município está ligado às raízes indígenas.

Sua população total é de 82.209 habitantes (67% urbana; 33% rural; e 52,07% mulheres e 47,93% homens); com densidade demográfica de 2,69 habitantes por km<sup>2</sup>.

O seu sistema de saúde é formado por 14 UBS com ESF integrado por 26 equipes, nossa UBS localiza-se na área urbana e realiza atendimento a população da zona rural que vem a UBS em demanda espontânea e tem duas equipes de trabalho nesta unidade, sendo que uma equipe vai a barco ou lanchas as comunidades e outra equipe faz atendimento na unidade de saúde. Todas as UBS tem disponibilidade de núcleo de apoio a saúde da família (NASF) já que existem três equipes que atende as 14 UBS, porém não se tem disponibilidade de centro de especialidades odontológicas (CEO). O município tem um hospital que oferece atendimento pediátrico, ginecológico e de clínico geral que está integrado à UBS, pois, são feitos encaminhamento sempre que necessário. Dispomos de serviço de mamografia pra fazer rastreamento de câncer de mama, uma policlínica de especialidades onde se tem atendimento de ginecologia, pediatria reumatologia e atualmente endocrinologia e neurologia, na policlínica também há serviço de ECG e ultrassonografia, temos um laboratório central onde se realiza todos os exames das UBS que são indicadas e também o Hospital se faz exame de urgência quando precisa. Há um instituto de medicina tropical onde se do atendimento com especialista em infectologia e se realiza os testes pra enfermidades tropicais e seguimento de pessoas com hanseníases, chagas e outras doenças.

Nossa UBS está situada no Bairro Duque de Caxias, seu nome é Henrique Octavio Pool, é uma UBS com ESF urbana que cumpre com os princípios básicos do SUS de universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde. Temos uma população 3067 habitantes e duas equipes de trabalho constituídas por sete ACS, duas técnicas em enfermagem, uma auxiliar de saúde bucal, uma enfermeira, dois médicos, um odontólogo, uma técnica em farmácia e uma vacinadora.

A estrutura da UBS foi construída em 2004 e esta ainda com bom estado geral, sendo um posto pequeno com boas condições de trabalho que tem uma área

de recepção com impressora, microcomputador e arquivos fichário de metal; sala de espera com bebedouro, televisão e vídeo, temos três consultórios, um pra cada médico e um pra enfermeira que possuem mesa tipo escritório, cadeiras, cesto de lixo. Há negatoscópio só pra um consultório, esfigmomanômetro e estetoscópio, um consultório odontológico muito bem equipado com cadeira odontológica, refletor e unidade auxiliar, compressor com válvula de segurança, filtro para o compressor, filtro para a cadeira, amalgamador, fotopolimerizador, aparelho de ultrassom com jato de bicarbonato, aparelho de RX odontológico e autoclave.

Dispomos de cozinha com mesa para refeições, sala de vacinas com caixa térmica, refrigerador para vacina, armário vitrine, arquivo de aço com gaveta, sala de curativo equipado com instrumentais cirúrgicos, lixeira porta detritos com pedal, escada de dois degraus, mesa auxiliar, suporte de soro, armário, nebulizador (para uso em visita domiciliar ou em caso de dano a central de nebulização), glicômetro; uma farmácia, sala dos ACS onde se efetua as reuniões, porque não temos sala de reuniões. A iluminação é boa e suas paredes todas são laváveis, os pisos também sua superfície firme estável e antiderrapante, em nossa UBS as janelas não tem telas mosquiteira e um de seus problemas estão nas barreiras arquitetônicas, como ausência de banheiros com portas adaptadas para manobra de cadeira de rodas, ausência de corrimão nos corredores, e ausência de rampas alternativas.

Dentre os materiais precisa-se de negatoscópio porque só tem um pra três consultórios do trabalho, otoscópios e balança antropométrica necessária pra realização de puericulturas, mas, em termos geral as condições do trabalho são boas e se faz um bom acolhimento a população agora se esta fazendo uma manutenção a UBS pra melhora das pequenos problemas que se presenta.

A população cadastrada da área abrangência é de 3067 habitantes, sendo 1547 do sexo feminino e 1520 do sexo masculino. Temos 7 ACS com aproximadamente de 80 famílias e 437 usuário por agente, quando um máximo estabelecido pelo MS é de 750 pessoas por ACS e uma equipe de saúde da família deve ser responsável no máximo 4000 pessoas sendo a média recomendada 3000 pessoas, assim consideramos que a equipe é suficiente para cobrir 100% da população e dar um atendimento de qualidade.

Faz-se um planejamento de atendimento para a população, sendo que na segunda-feira se faz atendimento de hipertensos e diabéticos a tarde e cadastramento de pré-natal que é feito pela enfermeira, na terça e quarta-feira se faz

coleta de PCCU, planejamento familiar e rastreamento de câncer de mama, na quarta-feira realizamos visita domiciliar pela manhã e retorno de pré-natal a tarde, quinta-feira é feita visita domiciliar pela manhã e puericultura a tarde. Também temos demanda livre toda a semana mas, nossa unidade de saúde não tem problema com o excesso de demanda espontânea e a todo paciente se faz um acolhimento na recepção e a todo paciente que precisa um atendimento de urgência imediatamente se faz encaminhamento para a consulta médica, e quando necessário encaminhar para o hospital ligamos e a ambulância vem a nossa UBS pra levar o usuário.

Precisamos fazer mais atividades com a comunidade e articular a comunidade a UBS. Também divulgar as informações e os resultados alcançados pela atenção básica, pois a população não conhece os resultados do nosso trabalho e o que temos que melhorar e para isto é preciso à integração da comunidade e dos profissionais para que possamos reconhecer as necessidades de saúde da população, para isto, precisamos identificar parceiros na comunidade que possam potencializar ações inter setoriais.

O atendimento relacionado com a saúde da criança em idade de 0 a 72 meses é feito desde a primeira semana, pois assim que sabemos do parto realizamos uma visita domiciliar ( ACS, enfermeira ou médico), onde é dado acolhimento à mãe e se explica os cuidados que tem que fazer os primeiros dias de vida de sua criança se faz uma informação de todo quanto acontece com a presença do um novo membro em a casa importância do aleitamento exclusivo, vacinação, orientação para prevenção de acidentes ou teste de pezinho sua importância. O teste do pezinho não é feito em nossa UBS mais temos uma UBS de referência que se faz pra todas as crianças, realizamos vacinação na UBS e temos duas técnicas vacinadoras que trabalham uma de manhã e a outra à tarde, e elas tem um controle com data específica do retorno. A partir desta visita fizemos o agendamento para a consulta na UBS; porém nós temos problemas com a puericultura já que a cobertura é baixa, pois as mães só comparecem a consulta quando a criança tem um, sendo que a estimativa é de que a unidade tenha 30 crianças menores de um ano, mas não sabemos quantas são acompanhadas. Depois de um ano de idade não se faz bom seguimento das crianças, pois não temos um registro para monitorar o seguimento a criança tem problemas com a aplicação de sulfato ferroso por falta de medicamento em nossa UBS, sendo que a

estimativa é de que se tenha 153 crianças entre 0 e 72 meses na área de abrangência da unidade, mas não foi possível preencher os dados, pois não temos registro das acompanhadas visto que os atendimentos são feitos por demanda espontânea. Precisamos trabalhar mais a puericultura, trocar pensamento antigo de que a criança só deve comparecer a UBS quando doente, para isto precisamos de muita atividade educativa e participação social para melhorar o programa.

A atenção pré-natal em nossa unidade se faz a primeira consulta nas segundas-feiras com a enfermeira e nas quartas-feiras é feito retorno com médico ou enfermeira. O planejamento é assim feito para que sempre na primeira consulta com a enfermeira seja realizado o cadastro e preenchimento da ficha de acompanhamento da gestante, pois é a partir desta ficha que é feito o monitoramento e avaliação, também há a ficha de registro diário do atendimento da gestante no SIS Pré-natal, nesta consulta são solicitados os principais exames pra avaliação e a consulta de retorno que é anotada no cartão da gestante.

Nas quartas feiras é feito o atendimento de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde (2013) "Atenção às Gestantes", temos como os principais objetivos a realização da primeira consulta no primeiro trimestre, temos 15 (48,3%) grávidas sendo acompanhadas sendo que a estimativa é de 31 para nossa área, das acompanhadas 14 (93%) possuem captação no primeiro trimestre da gestação. Uma vez feita a primeira consulta com enfermeira se faz consulta intercaladas entre médico e enfermeira e as consultas de retorno. O médico faz acolhimento, avaliação de risco, análise dos exames, temos uma policlínica onde se faz ultrassom obstétrico e consulta especializada com o obstetra quando se precisa uma melhor avaliação das gestantes, também é feita estratégia para a busca das faltosas às consultas, pois as consultas são anotadas na agenda da recepção e assim temos a relação e facilmente identificamos quem faltou. As terças-feiras se faz atividade com a fisioterapeuta pra melhorar as condições no momento do parto, o acompanhamento da saúde bucal das gestantes está sendo comprometido por falta de material. O laboratório também tem problemas de materiais e causa atraso em receber os exames, não há contra referências nas consultas com especialista, não há sulfato ferroso e ácido fólico disponível na UBS e as gestantes precisam comprar, geralmente conseguimos realizar o número mínimo de consultas estabelecido pelo Ministério da Saúde.



A consulta de puerpério é realizada em casa quando também é realizada a primeira consulta de puericultura. É feita avaliação de como foi o parto, se apresenta complicação, e é feito o agendamento para consulta na UBS. Temos três puérperas atualmente em acompanhamento e em todo o ano tivemos 64 puérperas, o que representa 100% de cobertura de acordo com a estimativa, e todas elas foram feitas a captação nas primeiras semanas. Temos um alto número de cesáreas, na UBS e um livro onde temos todas as puérperas e RN, o que permite o controle das faltosas, já que temos problema na atenção continuada, pois muitas delas faltam a consulta planejada na UBS, gostaria de melhorar o indicador do atendimento na UBS.

Na UBS são feitos exames citopatológico do colo de útero nas terças e quartas-feiras, este é feito somente pela enfermeira e os exames feitos são registrados em um livro de registro, mas não se tem um arquivo específico onde tenha uma informação detalhada das mulheres que fazem o exame e que permita um monitoramento facilitado, pois o livro onde fica as informações não é prático, consideramos ainda que precisamos de um profissional em nossa UBS que monitore como vai o trabalho do programa do câncer do colo do útero. Sabemos que na secretaria há um profissional que controla e monitora o programa, mas acreditamos que um controle interno também é muito importante.

Os profissionais de saúde de nossa UBS orientam as mulheres da área de cobertura para o uso de preservativo em todas as relações sexuais, sobre os malefícios do tabagismo, na realização da prevenção do câncer do útero e dos fatores de riscos. Em nossa UBS há vacinação para o HPV para meninas 9 -13 anos, e a vacina quadrivalente e bivalente para adolescentes com risco de 14 -26 anos para prevenção de câncer do colo do útero.

As usuárias com exame citopatológico alterado tem encaminhamento ao especialista em ginecologia, e após avaliação são encaminhadas ao CECON em Manaus. Para continuar o acompanhamento fazemos contato com a secretaria e a equipe faz atendimento e visita domiciliar planejada.

Utilizamos protocolo mais atual produzido pelo Ministério da Saúde em 2013, segundo as estimativas temos 797 mulheres entre 25 e 54 anos sendo temos 245 (50%) usuárias cadastradas, 132 (54%) que tem mais de seis meses de atraso no exame e consideramos que deve ser feito um programa mais organizado para que se tenha os dados que precisamos para monitorar as usuárias em idades 25 a 54 anos, pensamos em fazer uma tarjeta com os nome de cada uma de 548

usuárias que temos e estas podem ser distribuídos um cartão com a data do próximo exame.

Os exames do câncer de mama são feitos nas consultas planejadas segundas, terça e quarta-feira, são realizados quando se faz a primeira consulta pré-natal, nos retornos das gestantes e quando é feito exame citopatológico. Temos dificuldades com o programa porque faz pouco tempo que temos um mamógrafo no município e a demanda é muita, assim é preciso um planejamento para poder dar atendimento a toda à população de nosso município.

Não temos um arquivo específico para o controle dos resultados e temos que programar um método do trabalho para o controle e planejamento dos exames de mamografia, pois no momento temos 100 (39,2%) mulheres de 50 a 69 anos cadastradas, sendo que a estimativa é de 255, e apenas 3 (3%) com mamografia em dia.

O atendimento as pessoas com hipertensão e diabetes é feito às segundas-feiras, sendo que pela manhã é realizado atendimento odontológico e a tarde a consulta com enfermeira e médicos, mas também atendemos no resto da semana pela demanda livre. A enfermeira faz triagem, pesagem e afere pressão e HGT, pós há a interação usuário/médico onde são passadas orientações e medicações. Toda pessoa tem um cartão de acompanhamento do Hiperdia, onde tem os medicamentos que a pessoa toma e como precisa administrar e quando vai ser sua próxima consulta. Como o usuário pega medicação para um mês, todo mês ele volta pra consulta e continuar seu tratamento.

Não realizamos a classificação de risco por escore de Framingham e temos problemas com o retorno na consulta agendada mensal e com falta de medicamentos disponíveis na UBS. Temos um grupo de pessoas com hipertensão e diabetes que fazemos atividade física segunda, quarta e sexta-feira em que participam os agentes de saúde e educadora física. Incentivamos o consumo de açaí na dieta pelos benefícios que oferece na redução do colesterol ruim e regula o bom.

A população maior de 20 anos é de 1384 pessoas e só temos 135 pacientes com hipertensão cadastrados, sendo (9,7%) desta população e a estimativa é de 545, acredito que precisa ser feito uma pesquisa ativa na população a fim de encontrar casos não diagnosticados. Consideramos que temos uma boa qualidade de atendimento porque podemos atender a todos os usuários todo o mês

quando vem retirar os medicamentos e avaliamos a efetividade do tratamento, o que também é feito rotineiramente nas visitas domiciliares a este público.

Quanto a atenção aos diabéticos também trabalhamos com o protocolo do Ministério da Saúde de 2013, o número de diabéticos está muito abaixo da estimativa para a área que é de 156 e só temos 33 (21,1%) pessoas cadastradas como diabéticos, todos agentes de saúde tem um glicômetro pra as visitas domiciliares, assim podem fazer um controle de sua glicemia, como também em nossa UBS temos um glicômetro, mas atualmente temos problemas com as fitas.

Outro problema é a falta de materiais para atendimento odontológico, o que afeta a todos os programas da UBS já que faz mais de quatro meses que não temos material.

Em relação à saúde do idoso, não utilizamos protocolo nem a caderneta do idoso e fazemos atenção ao idoso por demanda livre ou espontânea todos os dias da semana. Trabalhamos com um grupo de idosos que fazemos atividades pra promover atividade física, mas se trabalha como parte do programa aos hipertensos e diabéticos e não como parte do programa de atenção aos idosos.

Acredito que a população idosa precisa de um atendimento melhor, com atendimento de acordo com protocolo, mas integralmente incorporando os critérios para avaliação de fragilidade e multidimensional rápida, com registros adequados em arquivo específico, caderneta e ainda dias de atendimento específico a este público. Podemos ainda, criar grupos para terceira idade em que se sintam úteis, como atividades recreativas, passeio de barco, entre outros que estimule seu estado físico e mental.

Consideramos que a especialização vem sendo muito útil, pois está permitindo identificar os problemas de nossa unidade e realizar um olhar integral a nossa população. Temos muito desafios como melhorar atenção ao idoso e ampliar a cobertura dos casos de hipertensão e diabetes, além da utilização arquivos que permitam um melhor monitoramento de nossas atividades. Para isto temos uma equipe que tem vontade de trabalhar que é o nosso melhor recurso, pessoas que amam o que fazem e muitos dos resultados do nosso trabalho já se pode observar no caderno das ações programáticas, mas também nossos indicadores mostram onde estão nossas fraquezas e a partir disto, traçamos um plano de ações para melhorar cada dia mais.

### **1.3 Comentários comparativos entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Realmente posso dizer que a especialização está permitindo fazer uma análise muito mais profunda da situação de nossa UBS, analisando cada um dos aspectos de trabalho, conhecendo nossas ferramentas para trabalhar. Hoje comparando o texto inicial com este relatório percebo diferente das primeiras semanas de ambientação, pois ao longo das semanas pude observar mais a fundo tanto os aspectos positivos quanto os negativos e pude fazer uma reflexão bem mais profunda.

Também penso que em meu relatório inicial não teve a profundidade que tem meu novo relatório que trabalha todos os aspectos quanto à estrutura, engajamento público e integração com a comunidade. Esta é uma análise muito mais organizada e percebo que tudo tem uma função que é atingir o objetivo final de melhorar cada dia atenção a população e assim melhorar nossos indicadores de saúde.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A HAS e o DM representam dois dos principais fatores de riscos que afetam a população mundial, e são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renais crônicas submetidas à diálise (Brasil, 2013 ). As complicações agudas e crônicas do diabetes causam alta morbimortalidade, acarretando altos custos para os sistemas de saúde, sendo que os gastos relacionados ao diabetes mundialmente, em 2010, foram estimados em 11,6% do total dos gastos com atenção em saúde (BRASIL, 2013).

A UBS Henrique Octavio Pool é uma UBS com ESF urbana temos uma população 3067 habitantes cadastrados e duas equipes de trabalho constituídas por sete ACS, duas técnicas em enfermagem, uma auxiliar de saúde bucal, uma enfermeira, dois médicos, um odontólogo, uma técnica em farmácia e uma vacinadora. Estruturalmente tem uma recepção, arquivo, sala de espera, sala curativo, farmácia, um consultório medico, consultório odontológico, consultório enfermagem, sala de agentes de saúde, cozinha, sala de triagem, dois banheiros e sala de vacinação.

Na área unidade básica de saúde tem pouca prevalência de casos de hipertensão e diabetes diagnosticados, nós temos uma população maior de 20 anos de 1384 pessoas e só temos 135 usuários com hipertensão cadastrados, representando 24% da estimativa que é de 545 hipertensos. Em relação aos diabéticos temos apenas 33 cadastrados, 21% da estimativa que é de 156. Assim, consideramos que precisamos melhorar a pesquisa ativa de casos novos rastreando a população acima de 20 anos.

Nossa equipe realiza atendimento para os usuários com hipertensão e diabetes todas segundas feiras onde se faz uma atenção integral de acordo com o protocolo de saúde “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica para paciente com hipertensão e diabetes mellitus”, realizamos palestra em a sala de espera e há um grupo de atividade física realizado três vezes na semana pela manhã onde se faz trabalhos educativos em promoção de saúde com respeito a fatores de risco e alimentação saudável. Porém, não dispomos de registros adequados e um arquivo específico a este grupo, além disto, nos temos 0% com avaliação odontológica por falta de material.

Desta maneira, consideramos muito importante nossa intervenção em prol da melhora da qualidade de vida desta população focando nos aspectos em que apresentamos mais problemas como organização do trabalho, implementação de arquivo específico, avaliação odontológica e ampliação da cobertura. A nossa maior dificuldade será a falta de funcionários em alguns lugares que precisamos como recepção e triagem, o que acaba sendo feito pelos agentes de saúde e os desviando de sua função, mas acreditamos que conseguiremos atingir nossos objetivos, e com a intervenção a população terá elevado seu nível de conhecimento sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, conseguindo assim um maior controle e prevenção das complicações, modificando hábitos e estilos de vida da população.

## **2.2 Objetivos e metas**

### Objetivo geral

Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus da UBS Henrique Octavio Pool, Coari/AM.

### Objetivos específicos e metas

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

## Metas

### Metas referentes ao objetivo 1

1.1 Cadastrar 50% dos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

1.2 Cadastrar 50% dos usuários diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

### Metas referentes ao objetivo 2

2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

2.3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

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

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

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

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

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

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

### Metas referentes ao objetivo 3

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

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

#### Metas referentes ao objetivo 4

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

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

#### Metas referentes ao objetivo 5

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

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

#### Metas referentes ao objetivo 6

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

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

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

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

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

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

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

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

### **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Henrique Octavio Pool, no Município de Coari, estado do Amazonas. Participarão da intervenção todos os usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus da área de abrangência.



### **2.3.1 Detalhamento das ações**

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

Metas:

1.1 Cadastrar 50% dos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

1.2 Cadastrar 50% dos usuários diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS

Detalhamento: Semanalmente equipe do trabalho ACS enfermeiras e médicos monitorarão quantos casos novos tivemos, por meio da planilha eletrônica.

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

- Garantir o registro de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa.

- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.

- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na UBS.

- Garantir o registro das pessoas com diabetes cadastradas no Programa.

- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes.

- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na UBS.

Detalhamento: Solicitação dos materiais necessários aos gestores. Será feita uma capacitação sobre acolhimento e registros a serem utilizados.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus na UBS.

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

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

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

Detalhamento: Fazer orientação a comunidade durante a consulta médica, visitas domiciliares, sala de espera e outros espaços públicos da área, além de envolver os líderes da comunidade em nosso trabalho.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

- Capacitar os ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS.

- Capacitar a equipe da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

- Capacitar os ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS.

- Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Capacitaremos um total de toda a equipe durante as reuniões semanais da equipe, esta capacitação ficará a cargo da enfermeira e médico.

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

Metas:

2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

2.2 Realizar exame clínico apropriado a 100% Diabéticos.

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão.

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com diabetes.

Detalhamento: Realizar exame conforme o protocolo. A ficha espelho irá servir de check list e roteiro do exame clínico apropriado, devendo estar adequadamente preenchida.

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com hipertensão.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na UBS.
- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com diabetes.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na UBS.

Detalhamento: Fazer um planejamento de capacitação semanal onde se trabalhará com os protocolos de saúde para hipertensão e diabetes do MS; na sala de reuniões das ACS no horário estabelecido para reuniões de equipe. Todos os ACS vão expor o que aprendeu e suas dúvidas. A enfermeira vai expor como fazer a avaliação de risco e sua interação com os médicos, as técnicas de enfermagem nas visitas domiciliares são as encarregadas de verificar os sinais vitais e a pressão os usuários, sendo que a enfermeira vai expor como realizar a correta verificação da pressão conforme o protocolo do MS.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

- Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão.
- Orientara comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes

Detalhamento: As orientações serão dadas no dia a dia, fazendo parte da rotina das consultas, das visitas domiciliares, na sala de espera ou outros espaços públicos.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: O médico capacitará a equipe do trabalho com protocolo da atenção a diabético e hipertenso e semanalmente precisa expor sua aprendizagem e dúvidas os integrantes do nossa equipe.

Meta 2.3: Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

- Monitorar a realização de exame dos pés das pessoas com diabetes.

Detalhamento: Semanalmente vamos a fazer um monitoramento por meio dos registros os usuários diabéticos que tiveram seus pés examinados.

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame dos pés das pessoas diabéticas.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.
- Providenciar junto a gestão o monofilamento 10g para exame dos pés.
- Organizar a agenda para acolher as pessoas diabéticas provenientes das buscas domiciliares.
- Solicitar a referência e contra referência (realizar a coordenação do cuidado) para pessoas com diabetes que necessitem de consulta especializada.

Detalhamento: Após a capacitação os membros da equipe estarão aptos a realizar o exame dos pés da pessoa diabética, podendo ser feito em visitas ou na UBS. Quando for feita na UBS vai ser feita na sala de curativo com glicômetro pela técnica de enfermagem e ACS, sendo que a gerente da UBS ficará a cargo de ver a necessidade de fitas e sua solicitação. Caso necessário o usuário vai ser encaminhado ao especialista solicitando a contra referencia para melhor acompanhamento.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

- Orientar 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.

Detalhamento: As orientações serão dadas no dia a dia, fazendo parte da rotina das consultas, das visitas domiciliares, na sala de espera, grupos ou outros espaços públicos.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

- Capacitar a equipe para a realização de exame apropriado dos pés.

Detalhamento: A capacitação do protocolo da atenção a diabético será feita pelo médico da unidade de saúde.

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

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS.
- Monitorar o número de pessoas com hipertensão com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Durante todas as consultas o médico estará atento a solicitação dos exames conforme o protocolo e registrará as solicitações na ficha, e semanalmente será feito o monitoramento dos exames solicitados.

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Com a apresentação de nosso trabalho a secretária de saúde garantiu que os exames serão feitos adequadamente e haverá um sistema de alerta na solicitação dos exames para que laboratório central reconheça que é uma solicitação que deve ser priorizada.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

- Orientar as pessoas com hipertensão e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar as pessoas com hipertensão e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: As orientações serão dadas no dia a dia, fazendo parte da rotina das consultas, das visitas domiciliares, na sala de espera, grupos ou outros espaços públicos.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Uma vez feita a capacitação semanalmente a equipe vai discutir e expor os conhecimentos aprendidos e como vai ser feito na prática.

Meta 2.5: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

- Monitorar o número de pessoas com diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS.
- Monitorar o número de pessoas com diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Semanalmente medico enfermeira por meio do registro específico irão verificar os exames solicitados e se estão de acordo com a periodicidade recomendada.

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Com a apresentação de nosso trabalho a secretária de saúde garantiu que os exames serão feitos adequadamente e haverá um sistema de alerta na solicitação dos exames para que laboratório central reconheça que é uma solicitação que deve ser priorizada.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

- Orientar as pessoas com diabetes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar as pessoas com diabetes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: As orientações serão dadas no dia a dia, fazendo parte da rotina das consultas, das visitas domiciliares, na sala de espera, grupos ou outros espaços públicos.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Uma vez feita a capacitação, semanalmente o equipe vai discutir e expor os conhecimentos aprendidos e como vai ser feito na prática.

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

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Semanalmente a técnica em farmácia irá apresentar a listagem de medicamentos disponíveis na UBS e o que estiver em falta vamos avaliar a possibilidade de pegar seu remédio na farmácia popular e elaborar um relatório do que está faltando a secretária de saúde.

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão cadastrada na UBS.

Detalhamento: Semanalmente a técnica em farmácia apresentar um relatório dos remédios distribuídos aos pacientes de nossa área e avaliar o estoque identificando as necessidades dos medicamentos.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

- Orientar as pessoas com hipertensão e diabetes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Equipe de trabalho comunicar nas consultas médica, visitas domiciliares, sala de espera, grupos ou outro espaço público o direito dos pacientes de adquirir seu remédio na UBS e na farmácia popular.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: A técnica em farmácia vai realizar uma atualização para a equipe sobre os meios para acesso as medicações para que possam orientar corretamente a população.

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

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

- Monitorar as pessoas hipertensas e diabéticas que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Após a avaliação bucal feita por qualquer membro da equipe capacitado será monitorado os que necessitam de atendimento odontológico.

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão;
- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento das pessoas com hipertensão proveniente da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: O médico e enfermeira farão a avaliação quantas pessoas precisam de atendimento odontológico e em conjunto com odontólogo farão um planejamento de atendimento organizando a agenda conforme a demanda e prioridades.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes.

Detalhamento: Orientar a comunidades em visitas domiciliares, consulta médica e outros espaços públicos a importância a realização da avaliação da saúde bucal.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão.

Detalhamento: Em uma reunião semanal da equipe o dentista irá capacitar a equipe sobre a avaliação a saúde bucal em paciente hipertensos e diabéticos.



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

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

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

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

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

Detalhamento: Semanalmente os registros específicos e a agenda serão revisados por ACS para identificar os pacientes faltosos.

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
- Organizar a agenda para acolher as pessoas com hipertensão provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Semanalmente os ACS irão fazer planejamento das visitas domiciliares aos faltosos identificados reagendando uma nova consulta.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer as pessoas com hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Informar a comunidade nas visitas domiciliares, nas consultas, sala de espera e outros espaços públicos a importância da assistência a consulta planejada. Além disto, vamos vincular os líderes da comunidade a UBS para garantir a participação da comunidade em envolvimento do nosso trabalho.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

- Capacitar os ACS para a orientação de pessoas com hipertensão quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: O médico e enfermeira vão ministrar essa capacitação à equipe.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

- Monitorar a qualidade dos registros de pessoas com hipertensão acompanhadas na UBS.

Detalhamento: Semanalmente em a reunião que vamos a fazer pra análise dos nossos registros, para ver se estão adequados.

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

- Manter as informações do SIAB/e-SUS atualizadas.
- Implantar a ficha de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: Semanalmente será feito o monitoramento dos dados registrados nas fichas espelhos adotadas. E mensalmente iremos alimentar o SIAB/e-SUS. Para identificação dos atrasos a ficha espelho servirá com um check list, onde veremos a data da próxima consulta, se houve retorno dos exames, se foi feita a realização da estratificação de risco.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

- Orientar as pessoas com hipertensão e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Informar e orientar por equipe de saúde a comunidades dia a dia sobre os direito em relação a manutenção de seu registro de saúde que vai ser feito em recepção sala de espera visitas domiciliares e consultas medicas.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento das pessoas hipertensa

- Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Capacitar a equipe de saúde sobre preenchimento de todos os registros e avaliar semanalmente seu adequado utilização.

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

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

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

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: Semanalmente será feito o monitoramento em que já foi feito a verificação por meio do registro específico.

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

- Priorizar o atendimento das pessoas com hipertensão avaliadas como de alto risco
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Todo o paciente que tenha em sua avaliação de risco cardiovascular identificado alto risco cardiovascular precisa um atendimento priorizado e com periodicidade mais frequente.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer as pessoas com hipertensão e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis como alimentação.

Detalhamento: Faremos uma atividade educativa em grupo abordando os fatores de risco e como pode ser modificáveis pra uma vida saudável. Além disto, para os usuários que não puderem comparecer faremos orientações rotineiramente nas consultas e visitas domiciliares.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: O médico e enfermeira vão capacitar a equipe de saúde para fazer a estratificação de risco e sua importância, bem como os fatores de risco modificáveis. Semanalmente a equipe vai expor em reunião os casos que foram identificados com um risco alto e o que podem fazer em sua prática diária pra melhorar a qualidade dos usuários.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Monitorar a realização de orientação nutricional as pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Será feito uma lista de presença para atividades educativas e anotado também no registro específico as orientações recebidas.

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: A equipe de trabalho vai fazer orientação nutricional dia a dia na visita domiciliar, em consulta médica e nos espaços público e solicitar acompanhamento dos profissionais do NASF.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

- Orientar pessoas com hipertensão, diabetes e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: As orientações serão feitas no dia a dia, por todos os membros da equipe, em visitas domiciliares, atendimentos na UBS, sala de espera e outros espaços públicos a importância de uma alimentação saudável.

## **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

- Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: O médico, a enfermeira e a nutricionista do NASF vão capacitar a equipe de trabalho sobre a orientação nutricional para usuários com hipertensão e diabetes de acordo a protocolo.

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

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

## **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular às pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Será feita uma lista de presença para atividades educativas e anotado também no registro específico as orientações repassadas.

## **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: Organizar as práticas coletivas que são realizadas três vezes na semana com os pacientes hipertensos e diabéticos com acompanhamento com educador físico ACS e médicos

## **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

- Orientar pessoas com hipertensão e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da hipertensão.

Detalhamento: A equipe vai aproveitar os dias de atividade física para realizar as orientações. Além disso, todos os membros da equipe farão orientações rotineiramente em visitas domiciliares, consultas, e outros espaços públicos sobre a importância de fazer atividade física.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

- Capacitar a equipe da UBS sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: O médico e enfermeira vão capacitar à equipe de trabalho sobre a importância de fazer promoção de atividade física a comunidade.

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

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

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo as pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Monitorar por meio do registro específico em quantos pacientes com hipertensão ou diabetes se fez orientação.

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

- Demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.

Detalhamento: Será apresentado o projeto de intervenção à gestão e abordado a importância de adesão a este programa.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

- Orientar as pessoas com hipertensão tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: As orientações serão feitas no dia a dia, por todos os membros da equipe, em visitas domiciliares, atendimentos na UBS, sala de espera e outros espaços públicos.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

- Capacitar a equipe para o tratamento de pessoas tabagistas.
- Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: O médico e enfermeira vão capacitar a equipe do trabalho sobre atividade de promoção de saúde incluindo sobre o tratamento de pessoas tabagistas

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

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

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal as pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Monitorar por meio do registro específico a realização por parte da equipe de trabalho sobre a orientação sobre a higiene bucal.

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

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

Detalhamento: A agenda será organizada com um paciente a cada 20 minutos para que seja garantida uma consulta integral incluindo orientações individuais.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

- Orientar as pessoas com hipertensão, diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Orientar aos usuários nas consultas, visitas domiciliares, sala de espera e em outras oportunidades a importância da higiene bucal.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: O dentista vai capacitar a equipe de trabalho sobre a importância e métodos de higiene bucal.

## **2.3.2 Indicadores**

### Objetivo 1. Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

1.1 Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS.

1.2 Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Numerador: Número de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS.

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

2.1. Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

2.2. Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

2.3. Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

2.4. Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.



Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

2.5. Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes.

2.6. Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

2.7. Proporção de pessoas com diabetes com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Denominador: Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

2.8. Proporção de pessoas hipertensas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

2.9. Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

### Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

3.1. Proporção de pessoas com hipertensão faltosa às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas na UBS com busca ativa

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus

3.2. Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

4.1. Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas hipertensas com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas hipertensas cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

4.2. Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Objetivo 5. Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

5.1. Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e às pessoas com diabetes Mellitus.

5.2. Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

6.1. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação nutricional.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

6.2. Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação nutricional.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

6.3. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

6.4. Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

6.5. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

6.6. Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

6.7. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

6.8. Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus

### **2.3.3 Logística**

Pra a realização da intervenção trabalharemos com ao protocolo de atenção ao diabético e hipertenso produzido pelo Ministério da Saúde em 2013, sendo os cadernos de atenção básica nº 36 e 37, sendo que estes já estão disponíveis na UBS.

Adotamos como ferramenta de trabalho a ficha-espelho que permitirá um monitoramento frequente dos **usuários** com hipertensão e diabetes, há uma população maior de 20 anos 1384 pessoas e a estimativa é 545 hipertensos e 156 diabéticos, assim precisamos garantir que sejam impressas fichas espelhos suficientes.

Primeiramente pretendemos dar conhecimento do projeto de intervenção a nossa coordenadora e secretária de saúde para expor o que pretendemos fazer em nossa intervenção, e assim solicitar apoio e recursos necessários como para a impressão de material para nosso trabalho, agilidade nos exames.

Uma vez feita nossa apresentação do projeto, a capacitação será feita com toda a equipe em a sala de reuniões e acontecerá ao longo de toda a intervenção semanalmente. Inicialmente será abordado sobre os protocolos de atendimento; capacitar em aprendizagem da verificação da pressão arterial os cuidado com o pé do diabético, fatores de risco, registros e busca ativa. Além disso, semanalmente cada membro vai trazer um assunto como alimentação, realização de estratificação de risco e expor o quanto aprendeu e a dúvidas que possam apresentar.

As consultas a hipertensos e diabéticos acontecerão todos os dias em todos os turnos, já que nosso objetivo é cadastrar 50% dela população com hipertensão e diabetes e ao término dos 3 meses de intervenção precisamos cadastrar 272 pessoas com hipertensão e 78 com diabetes, sendo necessário cerca de 30 consultas semanais. Para ampliar a cobertura, todo usuário acima de 20 anos será rastreado. As visitas domiciliares serão realizadas 2 vezes na semana para busca de

faltosos e para atendimento em domicílio em caso de acamados ou com dificuldades de locomoção.

Haverá um arquivo específico com as fichas espelhos dividido por micro área. Médico, enfermeira e ACS vão revisar os prontuários e fichas espelhos identificando todos hipertensos e diabéticos dos usuários que compareceram ao serviço nos últimos meses, será localizado os prontuários destes usuários e serão transcritos todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho, já fazendo o primeiro monitoramento com anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso.

Para que o engajamento público aconteça, procuraremos envolver os líderes da comunidade e organizaremos atividades em sala de espera, nos grupos de atividade física. A equipe de trabalho vai fazer promoção de saúde a hipertenso e diabético em cada consulta e visita domiciliar e contaremos com o apoio da nutricionista NASF toda a terça feira e a realização de atividades físicas três vezes a semana com a participação de educador físico, ACS e médico.

Para fazer um bom acolhimento toda equipe deve saber bem suas atribuições, sendo que já na recepção os usuários serão informados quanto aos dias de atendimento, prioridades, tendo escuta a todos os casos e casos agudos serão atendidos no mesmo dia. Todos usuários identificados hipertensos ou diabéticos farão o cadastro e atendimento clínico, assim como serão agendadas a data da próxima consulta.

Toda sexta feira o médico e a enfermeira vão realizar o monitoramento da intervenção, avaliando a completude dos registros, identificando faltosos e fazendo a consolidação dos dados na planilha eletrônica.

Médico e enfermeira em sua consulta tem que fazer a avaliação cardiovascular de seus **usuários** e fazer uma estratificação de risco marcar com uma tarja vermelha os prontuários dos usuários de risco para que os funcionários da recepção e ACS possam reconhecer quais precisam priorizar o atendimento e em visitas.

Em relação à saúde bucal, os profissionais da equipe estão capacitados a fazer avaliação de saúde bucal e as orientações. Os casos com necessidade de atendimento com o dentista serão encaminhados sendo reservadas 12 fichas semanais. Também o dentista deve incorporar a sua rotina visita domiciliar aos usuários que tenham alguma incapacidade pra ser avaliados na UBS.

Ao final de cada semana precisamos as informações coletadas na ficha espelho e serão consolidadas na planilha eletrônica e a final de mês analisar os indicadores que proporciono a planilha de coleta de dado e olhar quanto vamos avançando e que precisamos melhorar.





### **3 Relatório da Intervenção**

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

Após a realização de doze semanas de intervenção, apresento meu relatório a respeito das ações realizadas a fim de melhorar a atenção as pessoas que possuem hipertensão e diabetes na área da UBS. Mesmo após a finalização da intervenção ainda continuamos dando ênfase e continuidade as ações propostas.

Neste período de realização da intervenção cadastramos 144 (30,9%) pessoas que possuíam hipertensão e 37 (46,1%) que tinham diabetes.

Para que isso ocorresse fizemos monitoramento do número de pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) conjuntamente com os ACS com a avaliação dos prontuários e a ficha espelho semanalmente, sendo que o dia para que estas ações ocorressem era nas sextas feiras dia de nossas reuniões onde é feita a análise de tudo o que aconteceu durante a semana e as estratégias que temos que fazer para as semanas seguintes.

Nestas reuniões também realizamos capacitações para toda a equipe onde apresentamos os materiais necessários para um bom acolhimento do nosso usuário e demais ações que devem ser realizadas para uma atenção integral dessas pessoas conforme o Caderno de Atenção Básica para Hipertensos e Diabéticos do MS.

Neste aspecto tivemos dificuldades devido as trocas de ACS e enfermeiros que aconteceram em nossa UBS durante a realização da intervenção, sendo que nos três meses tivemos flutuação desses integrantes da equipe, em dezembro tivemos a saída de três ACS e enfermeira, depois em janeiro todos os ACS que haviam permanecidos foram trocados e novamente foi trocada a enfermeira, o que dificultava a capacitação e muitas vezes o segmento das atividades.

Nestas reuniões/capacitações também analisamos como foi o comportamento das consultas e a necessidades de realização de busca ativa que era feita pelos ACS e enfermeira, os ACS iam até as casas dos usuários para informar o dia da próxima consulta e/ou a enfermeira entrava em contato por meio telefônico com estes usuários a fim de fazer o agendamento.

Outro aspecto que facilitou a intervenção foi a disponibilidade de materiais, pois possuímos todos os materiais necessários, sendo que apenas tivemos dificuldade para aquisição de fitas pra a glicose capilar que não foi garantido pela gestão de saúde devido a falta de recursos da mesma.

Também tivemos uma boa adesão da população na intervenção devido as informações prestadas pela equipe na UBS a respeito da realização da mesma, nas visitas domiciliares e outros espaços públicos a fim de incentivar que as pessoas comparecessem na unidade de saúde para acompanhamento e atividades em grupo.

Já os exames clínicos foram realizados sem maiores dificuldades, pois tínhamos as consultas planejadas nas segundas e terças-feiras, mas também realizávamos atendimentos por demanda livre todos os dias da semana. Constatamos que os agendamentos tornaram as consultas mais organizadas e os usuários ficaram satisfeitos por poderem se programar para irem até a UBS.

Também era realizada na consulta a avaliação de risco cardiovascular pelo escore de Framingham, esta avaliação era feita pela enfermeira que foi capacitada para realizar esta atividade.

Quanto aos exames complementares tivemos muitas dificuldades devido a demora no agendamento dos exames pacientes, também tivemos alguns casos de usuários que fizeram seus exames em laboratórios particulares com recursos próprios para ter um retorno mais rápido dos mesmos. Quanto ao registro desses era feita uma análise semanal da indicação e retorno dos mesmos.

Semanalmente era realizado um mapeamento das medicações, sendo que ao início da intervenção a secretaria de saúde garantiu os medicamentos na nossa unidade, mas mesmo assim tivemos com alguns em falta, então foi liberado pela SMS que nosso usuário pudesse retirar a medicação faltante na farmácia central do município.

Pra monitorar a qualidade dos registros confeccionamos um livro a fim de colocar todos os usuários com hipertensão e diabetes cadastrados na intervenção

com seus dados a fim de melhor monitorá-los quanto ao uso e retirada de medicação, necessidade de realização de busca ativa.

As atividades de promoção da saúde foram feitas por toda nossa equipe nos grupos de educação em saúde, visitas domiciliares, consultas e sala de espera. Também contamos para estas atividades com o apoio de um educador físico, sendo que nosso usuário mostrou-se muito receptivo e satisfeito com este tipo de ação.

Elaboramos um folder com os dez passos de uma alimentação saudável e a importância da realização da consulta planejada, e com o apoio da rádio local, fizemos a divulgação dessas ações, sendo que também eram anunciados pelo locutor os dias que eram realizados as consultas para hipertensos e diabéticos que foram estabelecidas nas segundas e terças-feiras, mas também fazíamos atendimento por demanda espontânea para todos nossos usuários com hipertensão e diabetes pra dar um maior atendimento.

No início na intervenção nossa equipe não estava capacitada pelo dentista, sendo assim tivemos baixos percentuais para este indicador, depois houve a capacitação de toda a equipe conseguimos avaliar todos os usuários nas visitas domiciliares, nas consultas de enfermagem e médicas, onde todos os usuários que precisam de atendimento odontológico foi encaminhado pra avaliação com dentista, sendo que contamos com 12 fichas semanais para estes usuários.

Outra dificuldade foram os feriados de final de ano, de aniversário do município e carnaval. E, como já mencionado anteriormente houve a falta de estabilidade dos nossos ACS e funcionários que foram trocados no decorrer da intervenção.

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

Todas as ações previstas foram desenvolvidas durante a intervenção, apesar de algumas com mais dificuldade que outras desenvolvemos todas elas.

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

Quanto a planilha de coleta de dados considero um material muito bem elaborado que permitiu conhecer e trabalhar adequadamente em todo nosso processo da intervenção e olhar como foi comportando-se nossos indicadores e como superar nossas dificuldades, sendo que no início da intervenção tive algumas

dificuldades em preenche-la, mas com o apoio da orientadora estes problemas foram resolvidos. Também gostaria de destacar que as fichas espelho e PCD permitiu um melhor trabalho da equipe e monitoração dos dados, pensamos que melhoraria ainda mais nossas atividades de registro se na unidade de saúde tivesse um sistema informatizado.

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

A intervenção já faz parte da nossa rotina diária de trabalho, sendo que ainda estamos realizando capacitações como forma de educação continuada com a equipe, e semanalmente realizamos uma análise de quantos usuários ainda precisam ser cadastrados e checagem dos registros.

A equipe encontra-se muito entusiasmada o que é um bom sinal para a continuidade da intervenção e também neste momento com as ferramentas que temos conseguimos fluir melhor nossos atendimentos, também continuamos nosso cadastramento com ajuda dos ACS nas visitas domiciliares, temos o apoio da secretaria de saúde que estão nos fornecendo o material necessário para a continuidade da intervenção.

Dessa forma podemos elucidar novamente que a intervenção é algo viável de ser feita na rotina do serviço e vai a continuar como forma de trabalho para seguimento e avaliação de nossos usuários a fim de cumprir nosso principal objetivo que é melhorar as condições de vida e saúde de nossa população.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Nossa intervenção tratou da melhoria da atenção a usuários com hipertensão arterial e a diabetes mellitus da unidade de saúde Henrique Octavio Pool, Coari AM que fica situada no Barrio Duque de Caxias que tem uma população 3.067 usuários, sendo que nossa intervenção foi voltada para as pessoas que possuíam hipertensão e diabetes de nossa comunidade.

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

**Meta 1.1 e 1.2:** Cadastrar 50% dos hipertensos e cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

As estimativas do CAP para pessoas com hipertensão foi de 545 superior à estimativa do PCD que foi dos 466, sendo assim adotamos a PCD por estar mais perto de nossa. No primeiro mês de intervenção cadastramos 56 (12%) usuários hipertensos, no segundo mês 87 (18,7%) e o último mês 144 (30,9%).

Quanto às pessoas com diabetes, segundo as estimativas da PCD temos 115 pessoas com diabetes. Sendo que no primeiro mês cadastramos 22 (19,1%) diabéticos, no segundo mês 30 (26,1%) e último mês 53(46,1%).

Nossa intervenção não teve os resultados esperados neste indicador, pois tivemos algumas dificuldades como troca de unidade na primeira semana de intervenção para reformas, depois voltamos para a mesma, mas tivemos que alterar nossos horários de capacitações visto que a secretaria de saúde solicitou que

realizássemos uma outra capacitação na universidade do nosso município. Outro fato que afetou o desenvolvimento das nossas atividades foi o fato de iniciarmos a intervenção em novembro e coincidir com os feriados de final de ano e férias da equipe, primeiramente os ACS, logo a técnica de enfermagem e enfermeira.

Mas contamos com o apoio da comunidade e ajuda da rádio local para divulgar a intervenção, já ultimo mês tivemos maiores estabilidade de nossa equipe com as atividades programadas como as educativas.

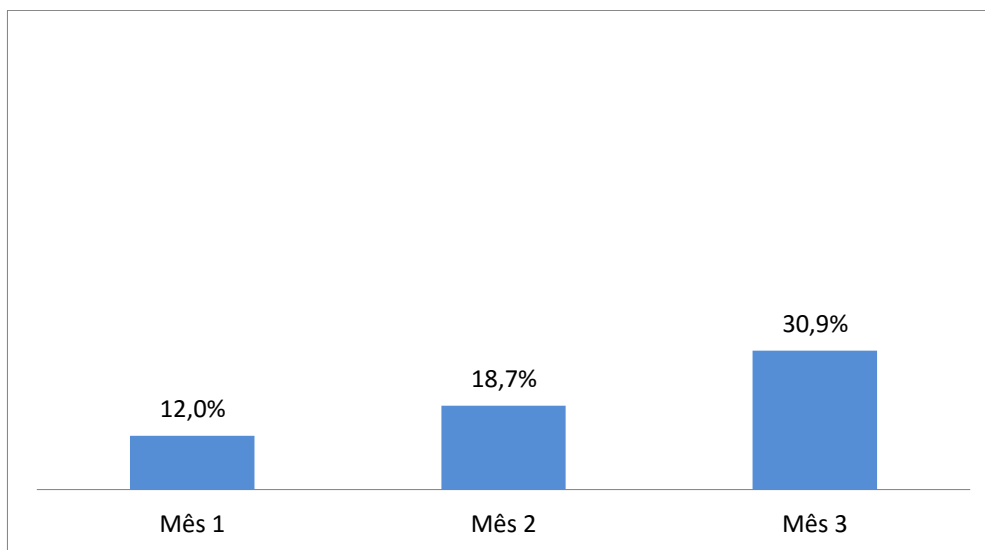


Figura 1: Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na UBS Henrique Octavio Pool, Coari/AM, 2016.

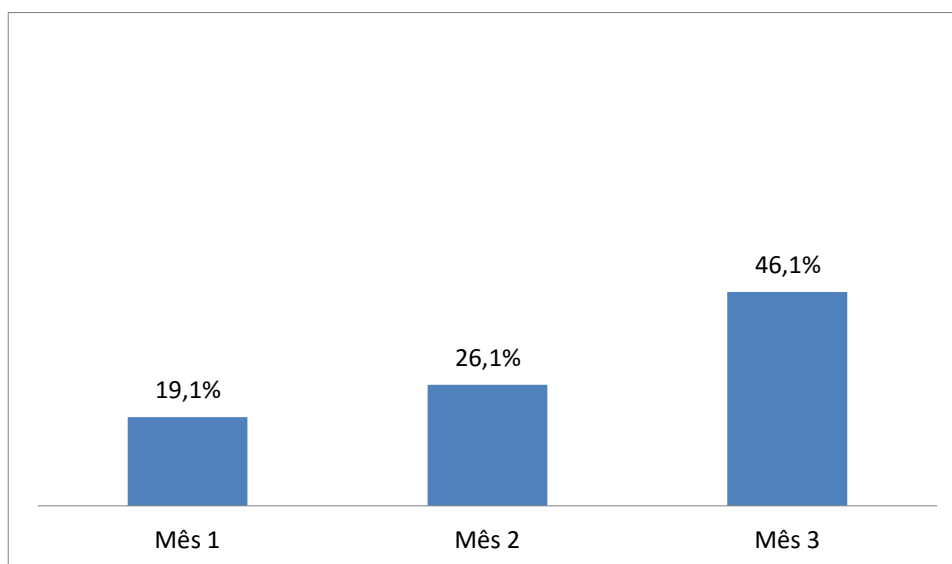


Figura 2: Cobertura do programa de Atenção à Diabetes Mellitus na UBS Henrique Octavio Pool, Coari/AM, 2016.

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

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

**Indicador:** Número total de pessoas com hipertensão e com diabetes com exame clínico apropriado.

No primeiro mês realizamos exame clínico em 56 (100%) hipertensos, no segundo mês em 87 (100%), e no terceiro em 144 (100%).

Quanto às pessoas com diabetes, no primeiro mês foi realizado exame clínico em 22 (100%) cadastrado, no segundo mês em 30 (100%) usuários e no último mês em 53 (100%).

**Meta 2.3:** Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

**Indicador:** Número de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia

No primeiro mês foi realizado exame dos pés em 22 (100%) diabéticos cadastrados, no segundo mês em 30 (100%) usuários e no último mês em 53 (100%).

**Meta 2.4 e 2.5:** Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador:** Número total de pessoas com hipertensão e com diabetes com exames complementares em dia.

Quanto a este indicador não conseguimos alcançar 100%, pois no primeiro mês tivemos 55 (98,2%) cadastrados com exames complementares em dia, no segundo mês 87 (100%) e o último mês 142 (98,2%) com exames em dia.

Já os diabéticos no primeiro mês 22 (100%) estavam com exames complementares em dia, no segundo mês 30 (100%) e o no último mês 51 (96,2%) dos cadastrados tinham exames em dia. Não alcançamos 100% no último mês pois, dois cadastrados não trouxeram seus exames até o encerramento da intervenção, mas neste momento já estamos com os exames em dia.

Consideramos que o resultado fica perto de nossas metas, pois foi realizado um trabalho de sensibilização em equipe para solicitação dos exames, nas consultas

era avaliado a necessidades de acordo a protocolo do caderno de atenção básica, nas visitas domiciliares perguntávamos a respeito da marcação do exame e nas palestras também enfatizávamos a importância da realização dos exames.

Também antes da intervenção conversamos com os gestores a respeito da importância da liberação dos exames complementares.

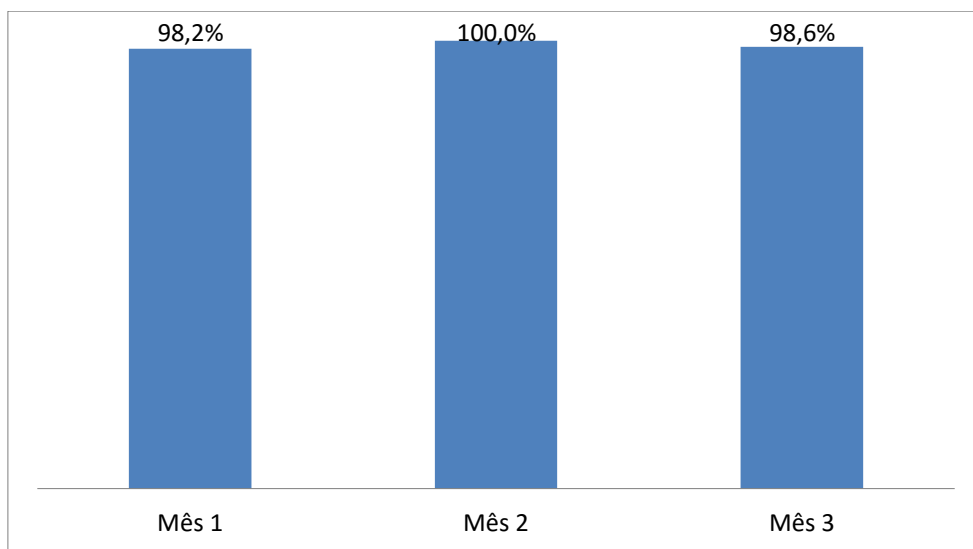


Figura 3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Henrique Octavio Pool, Coari/AM, 2016.

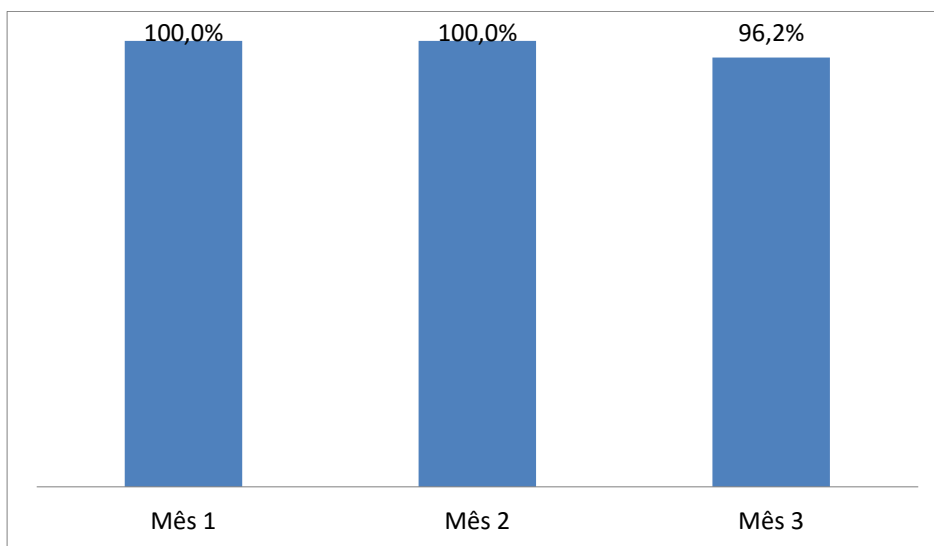


Figura 4: Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Henrique Octavio Pool, Coari/AM, 2016.

**Meta 2.6 e 2.7:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.



**Indicador:** Número de pessoas com hipertensão e com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

No primeiro mês 56 (100%) pessoas com hipertensão tiveram prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, no segundo mês em 87 (100%), e no terceiro em 144 (100%).

Quanto as pessoas com diabetes, no primeiro mês 22 (100%) cadastrados tiveram prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, no segundo mês em 30 (100%) usuários e no último mês em 53 (100%).

Pra garantir que todo nosso usuário tivesse prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia toda a semana foi feito pelo médico uma análise das medicações prescritas aos usuários realizando um mapeamento das medicações, e também pactuamos junto a secretaria de saúde a garantia de medicamentos em nossa unidade e das medicações que não possuíamos poderiam ser retiradas na farmácia central de nosso município.

**Meta 2.8 e 2.9:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos dos diabéticos.

**Indicador:** Número de pessoas com hipertensão e com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

No primeiro mês realizamos avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 41 (73,2%) hipertensos, no segundo mês em 87 (100%), e no terceiro em 144 (100%).

Quanto as pessoas com diabetes, no primeiro mês foi realizado avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 22 (100%) cadastrados, no segundo mês em 30 (100%) usuários e no último mês em 53 (100%).

Para os usuários cadastrados com diabetes no primeiro mês não tivemos os resultados esperados pois, a avaliação era realizada apenas pelo médico, já no segundo mês foi realizada capacitação dos demais membros da equipe, sendo que nos próximos meses ficou garantida esta atenção a todos os usuários.

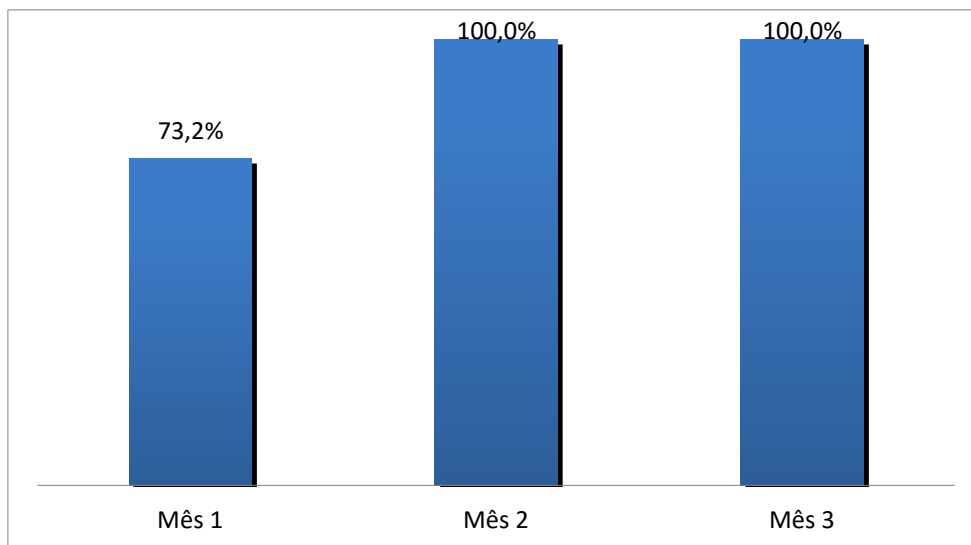


Figura 5: Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Henrique Octavio Pool, Coari/AM, 2016.

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

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

**Indicador:** Número de pessoas com hipertensão e diabéticos faltosos às consultas médicas na UBS com busca ativa.

No primeiro mês realizamos busca ativa em 6 (100%) hipertensos faltosos às consultas, no segundo mês em 13 (100%), e no terceiro em 21 (100%) dos faltosos as consultas.

Quanto as pessoas com diabetes, no primeiro mês foi realizado busca ativa em 2 (100%) cadastrados faltosos às consultas, no segundo mês em 2 (100%) usuários e no último mês em 5 (100%) faltosos as consultas.

Os três meses tivemos usuários faltosos as consultas, mas todos foi realizado busca ativa por meio das visitas domiciliares dos ACS e foi comunicado a comunidade a importância de ir a nossa consulta planejada

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

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

**Indicador:** Número de pessoas hipertensas e diabéticas com registro adequado na ficha de acompanhamento.

No primeiro mês realizamos registro adequado na ficha de acompanhamento em 56 (100%) hipertensos, no segundo mês em 87 (100%), e no terceiro em 144 (100%).

Quanto às pessoas com diabetes, no primeiro mês 22 (100%) cadastrados tinham registro adequado na ficha de acompanhamento, no segundo mês em 30 (100%) usuários e no último mês em 53 (100%).

Para garantir nossas metas foi feita uma ficha de acompanhamento que foi realizado ao começo de nossa intervenção que semanalmente foi analisada e preenchida por todos os membros da equipe.

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

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

**Indicador:** Número de pessoas com hipertensão e diabetes com estratificação do risco cardiovascular.

Para o indicador para estratificação do risco cardiovascular tivemos no primeiro mês 55 (98,2%) hipertensos com a estratificação, no segundo mês 87 (100%) e no último 144 (100%).

Quanto às pessoas com diabetes, no primeiro mês foi realizada estratificação do risco cardiovascular em 22 (100%) cadastrados, no segundo mês em 30 (100%) usuários e no último mês em 53 (100%).

No primeiro mês de nossa intervenção tivemos uma usuária hipertensa que não foi feita sua avaliação cardiovascular porque seu exame não ficou pronto antes da consulta, mas logo no próximo mês tivemos o retorno do exame na próxima consulta garantindo avaliação de seu exame.

Garantimos que a totalidade de nossos usuários tivessem sua avaliação cardiovascular devido a capacitação de nossa equipe para a aprendizagem da realização o escore de Framingham e o conhecimento os fatores de risco.

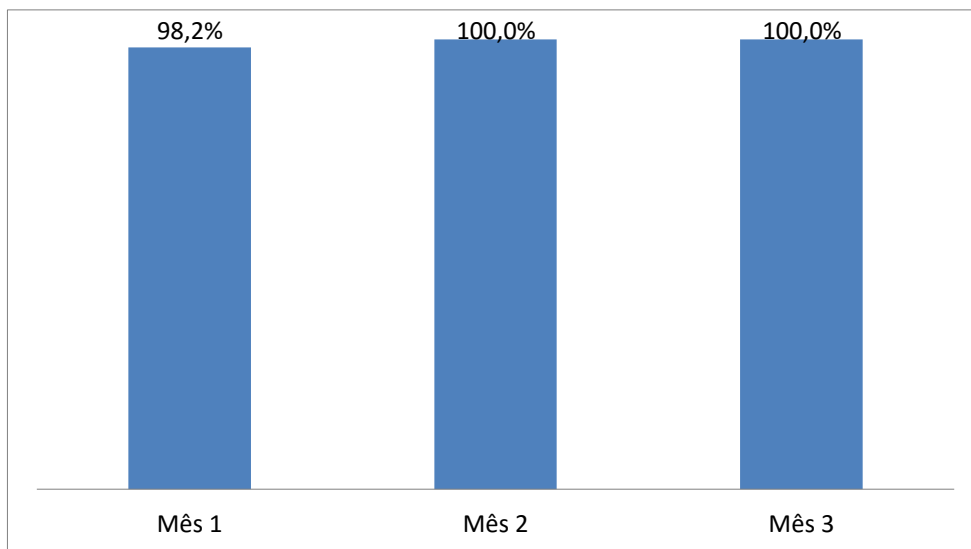


Figura 6: Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Henrique Octavio Pool, Coari/AM, 2016.

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

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

**Indicador:** Número de pessoas com hipertensão e diabéticos que receberam orientação nutricional.

No primeiro mês realizamos orientação nutricional em 56 (100%) hipertensos, no segundo mês em 87 (100%), e no terceiro em 144 (100%).

Quanto às pessoas com diabetes, no primeiro mês foi realizada orientação nutricional em 22 (100%) cadastrados, no segundo mês em 30 (100%) usuários e no último mês em 53 (100%).

Para cumprir essa meta foi capacitada toda a equipe para que dessem as orientações nas consultas, visitas domiciliares pelos médicos, enfermeira e ACS também nas atividades educativas. Nesta atividade também contamos com o apoio da rádio local para divulgar a população os dez passos para uma alimentação saudável.

**Metas 6.3 e 6.4:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

**Indicador:** Número de pessoas com hipertensão e diabetes que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

No primeiro mês realizamos orientação sobre prática regular de atividade física em 56 (100%) hipertensos, no segundo mês em 87 (100%), e no terceiro em 144 (100%).

Quanto as pessoas com diabetes, no primeiro mês foi realizado orientação sobre prática regular de atividade física em 22 (100%) cadastrados, no segundo mês em 30 (100%) usuários e no último mês em 53 (100%).

Para a realização deste indicador foi realizada capacitação da equipe realizamos atividades de promoção da saúde nos espaços públicos e em nossa unidade de saúde, orientamos nas consultas, visitas domiciliares e também realizamos atividade física com o grupo de hipertenso e diabético com a colaboração da educadora física do NASF.

**Metas 6.5 e 6.6:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

**Indicador:** Número de pessoas com hipertensão e diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

No primeiro mês realizamos orientação sobre os riscos do tabagismo em 56 (100%) hipertensos, no segundo mês em 87 (100%), e no terceiro em 144 (100%).

Quanto às pessoas com diabetes, no primeiro mês foi realizado orientação sobre os riscos do tabagismo em 22 (100%) cadastrados, no segundo mês em 30 (100%) usuários e no último mês em 53 (100%).

Para garantir essa meta foi capacitada toda nossa equipe e foi feita atividade de promoção da saúde em palestras na comunidade, em visitas domiciliares, nas consultas e atividades educativas na sala de espera de nossa unidade de saúde.

**Metas 6.7 e 6.8:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos e diabéticos.

**Indicador:** Número de pessoas com hipertensão e diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

No primeiro mês realizamos orientação sobre higiene bucal em 56 (100%) hipertensos, no segundo mês em 87 (100%), e no terceiro em 144 (100%).

Quanto às pessoas com diabetes, no primeiro mês foi realizado orientação sobre higiene bucal em 22 (100%) cadastrados, no segundo mês em 30 (100%) usuários e no último mês em 53 (100%).

Esta meta também foi garantida pelas capacitações da equipe, e posteriormente realizadas atividades de promoção da saúde na comunidade, visitas domiciliares e consultas.

#### **4.2 Discussão**

A intervenção feita em minha Unidade Básica de Saúde (UBS) Henrique Octavio Poll, propiciou melhorar os registros, cadastramento e a qualidade da atenção a todos nossos usuários com hipertensão e diabetes mellitus sendo que os cadastrados foram avaliados clinicamente na sua integralidade permitindo que eles conhecessem a importância deste tipo de atenção melhorando sua participação nas consultas programadas.

Já as atividades educativas foram importantes, pois percebemos uma melhora da educação em saúde dos usuários visto que relatavam nas consultas os cuidados que estavam tendo com alimentação, tentativas de realizar prática de atividade física e cuidados que estavam tendo com a saúde bucal.

Também podemos destacar que a intervenção garantiu a medicação na farmácia popular para todos os usuários, e principalmente melhorou a atenção odontológica permitindo um planejamento priorizado a todos os usuários.

A intervenção permitiu a capacitação de toda a nossa equipe de trabalho seguindo as recomendações do Ministério de Saúde relativo ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão e diabetes, também possibilitou uma maior integração dos médicos, enfermeira, auxiliares de enfermagem agente comunitário de saúde (ACS) e recepção sendo que cada membro de nossa equipe conhece qual são suas funções e a importância de trabalharmos juntos. Isto também permitiu que nossas ações melhorassem também a atenção aos demais usuários da comunidade como adultos, as gestantes e crianças onde para todos agora fizemos planejamento das atividades e avaliação, acolhimento, atenção clínica integral, atividades de promoção da saúde entre outras coisas.

Consideramos que a intervenção foi muito importante porque permitiu que toda nossa equipe trabalhasse de forma integral e que o atendimento não fosse mais apenas da responsabilidade do médico ou enfermeira coisa que acontecia antes de nossa intervenção agora todos conhecem suas funções.

Também melhoramos o acolhimento vendo as necessidades de cada usuário, melhoramos os agendamentos e registros da unidade melhorando a organização do serviço e conseqüentemente o trabalho da equipe e atenção dos usuários.

Consideramos que a intervenção foi importante para a comunidade visto que estes mostram muita satisfação durante os atendimentos, mas ainda consideramos que há muito para fazer principalmente quanto ao cadastramento dos usuários, pois ainda precisamos aumentar nossas prevalências.

Se fosse realizar a intervenção neste momento primeiramente eu gostaria que minha equipe fosse sempre efetiva, pois as trocas da equipe dificultaram um pouco o cadastramento dos usuários, também precisaríamos ter assegurado os materiais necessários como esfigmomanômetro para todos os ACS, assim poderíamos aumentar nosso cadastro e ter um melhor monitoramento dos já cadastrados.

A equipe encontra-se muito entusiasmada para a continuidade da intervenção e também neste momento temos algumas ferramentas que conseguimos fluir melhor nossos atendimentos, também continuamos nosso cadastramento com ajuda dos ACS nas visitas domiciliares, temos o apoio da secretaria de saúde.

Consideramos que precisamos fazer um trabalho que seja muito mais pratico o em nossa UBS pra avaliar fichas dos hipertenso e diabético e se fazer um arquivo onde tenha todos os usuários com hipertensão e tenha sua classificação da hipertensão e diabetes e semanalmente avaliar quantos pacientes que tivesse atendimentos qual dos isso pacientes que temos em o arquivo foi atendido e a qualidade do atendimento também melhorar livro de hipertenso e diabéticos de nosso posto onde tenha os indicadores que precisamos e monitorar como vai nosso trabalho.

Pensamos que os próximos meses com toda a equipe trabalhando na pesquisa ativa de casos nova e aferir a pressão de todo paciente maior de 18 anos pra aumentar a cobertura de nosso pacientes e cadastrar novos casos de hipertensão e diabetes mellitus.

Também pretendemos implementar nosso trabalho da intervenção em outros programa em nossa UBS como a atenção ao adulto maior que consideramos que vai beneficiar em a qualidade de vida de muito de nosso pacientes maiores de 60 anos.

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

Prezado gestor municipal de saúde

Sou o médico Jose Saez Soler atuo na Unidade Básica Henrique Octavio Pool município Coari Barrio Duque de Caxias e venho por meio deste relatório informar a vocês os resultados de nossa intervenção que foi feita em nossa unidade como parte das atividades desenvolvidas no curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas.

Primeiramente fizemos uma análise situacional de nossa unidade de saúde e por meio desta consideramos que a atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) precisava melhorar, nós possuímos uma população de 3.067 usuários e uma estimativa de que tenhamos 466 usuários com HAS e 115 com DM, sendo que ainda possuímos poucos cadastrados e nem todos com atenção integral de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde.

Para realizar a intervenção foram planejadas ações de acordo com os eixos do Projeto Pedagógico do Curso de Especialização: organização e gestão do serviço; monitoramento e avaliação; engajamento público, e qualificação da prática clínica.

Começamos a intervenção em o mês de novembro e teve duração de doze semanas. Neste período de realização da intervenção cadastramos 144 (30,9%) pessoas que possuíam hipertensão e 37 (46,1%) que tinham diabetes.

Podemos destacar que 100% dos usuários que possuem hipertensão e diabete cadastrados na intervenção receberam avaliação clínica, prescrição de medicamentos da farmácia popular, avaliação à necessidade de atendimento odontológico, avaliação do risco cardiovascular pelo exame clínico, e orientação sobre nutrição, prática regular de exercício físico, os riscos do tabagismo e higiene bucal.



O único indicador que não alcançou 100% de qualidade foram os usuários com exames complementares em dia, onde 142 (98,6%) usuários hipertensos e 51 (96,2%) usuários diabéticos conseguiram realizar seus exames complementares, sendo que está é uma questão que já foi levantada com a SMS, mas poucos usuários ficaram sem exames no final da intervenção e agora já estamos com todos em dia.

Sendo assim, gostaríamos de destacar o apoio que tivemos da gestão no auxílio para a realização da intervenção, mas ainda precisamos de alguns materiais como esfigmomanômetro para cada um dos ACS a fim de facilitar o cadastramento dos demais usuários e auxiliar no monitoramento dos mesmos.

Também gostaríamos de solicitar a colaboração de vocês para a manutenção de nossa equipe de trabalho, pois as constantes trocas de funcionários prejudicam não só a intervenção como todo o andamento da unidade.

E, destaco ainda que mesmo após a finalização da intervenção ainda continuamos dando ênfase e continuidade as ações propostas, pois a intervenção já faz parte da nossa rotina no serviço de saúde, sendo assim esperamos ainda contar com o apoio de vocês e ficamos a disposição para qualquer esclarecimento.

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

Para comunidade Duque de Caxias

Meu nome é Jose Saez Soler, sou o médico da Unidade de Saúde Henrique Octavio Pool no Barrio Duque de Caxias e quero apresentar pra vocês um resumo da intervenção que foi feita em nossa unidade onde o principal objetivo foi melhorar a qualidade da atenção para usuários com hipertensão e diabetes de nossa área de abrangência. Esta intervenção foi parte de nossas atividades no curso de especialização em Saúde Familiar da Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul.

Inicialmente fizemos um análise situacional de nossa unidade a fim de verificar os grupos prioritários que estavam recebendo menos atenção, dessa forma constatamos que possuíamos um baixo percentual de pessoas com hipertensão e diabetes cadastrados e que estes não recebiam atenção integral de acordo com o protocolo do MS.

Para chegar a nossos objetivos começamos capacitando toda nossa equipe de trabalho sobre acolhimento, melhora do cadastramento, leitura dos protocolos de atenção em saúde para esta população, entre outros.

A intervenção foi realizada em 12 semanas, sendo que foram cadastradas 144 pessoas que possuíam hipertensão e 37 que tinham diabetes.

Dos cadastrados, todos receberam avaliação clínica, prescrição de medicamentos da farmácia popular, avaliação à necessidade de atendimento odontológico, avaliação do risco cardiovascular pelo exame clínico, e orientação sobre nutrição, prática regular de exercício físico, os riscos do tabagismo e higiene bucal.

O único indicador que não alcançou 100% de qualidade foram os usuários com exames complementares em dia, onde 142 usuários hipertensos e 51 com diabetes conseguiram realizar seus exames complementares, sendo que esta necessidade já foi levantada com a SMS, e atualmente todos os cadastrados já estão com seus exames em dia.

Durante a intervenção tivemos algumas dificuldades como a troca de equipe, mas que agora estes novos componentes já foram capacitados e esperamos de permaneçam conosco. Pois, nossa equipe se sente muito comprometida com a intervenção porque nos permitiu olhar e modificar esta realidade.

Também gostaríamos de agradecer o apoio da comunidade, na divulgação da intervenção e participação da mesma, bem como o apoio da rádio local não só por divulgar nossa intervenção como também por relatar a comunidade os “10 passos de uma alimentação saudável”.

Agora a intervenção já está integrada a nossa rotina diária e vocês comunidade também formam parte de todo nosso trabalho, sendo assim esperamos que continuem nos apoiando com suas ideias e propostas, pois consideramos que nosso trabalho ainda vai melhorar fora que pretendemos estender a intervenção para outros grupos prioritários.

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

Quando começou o curso da especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) eu pensei que seria uma experiência a mais e tive curiosidade como seria seu desenvolvimento quando ao transcurso da especialização e ao longo do curso tive um impacto, sendo que pude conhecer tudo o que é feito aqui no Brasil por sua população e os princípios Sistema Único de Saúde (SUS) sendo que trabalhamos em uma especialização muito dinâmica e o intercâmbio com nossos professores e os materiais foram colocados para aumentar nosso conhecimento, o intercâmbio com outros alunos onde pudemos trocar critérios e opiniões.

Trabalhar na minha unidade de saúde me permitiu poder utilizar todo o aprendizado e passar este para minha equipe e minha comunidade, logo começamos a trabalhar e fazer uma intervenção no programa da hipertensão e diabetes de nossa comunidade e contribuir a melhorar a qualidade da população brasileira, tudo isso foi muito importante porque aumentou nossas expectativas e melhorou nosso conhecimento, sendo que esta é uma ferramenta que vai contribuir em minha vida profissional.

Muito obrigado a nossos professores sento que participar em este curso de especialização me marco pra toda uma vida como Profissional e sempre vou a lembrar do tempo de trabalho em Brasil.

## **8 Referências**

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Caderno de Atenção Básica, n 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 (Caderno de Atenção Básica, n. 36).

# Anexo A - Ficha espelho

## Anexos

**FICHA ESPELHO**  
**PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS**

Data de ingresso no programa: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Número do Prontuário: \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Cartão SUS: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Telefone de contato: \_\_\_\_\_

Necessita de cuidador? { } Sim { } Não Nome do cuidador: \_\_\_\_\_

Tem HAS? { } Sim { } Não Tem DM? { } Sim { } Não Tem HAS e DM? { } Sim { } Não Há quanto tempo tem HAS? \_\_\_\_\_ DM? \_\_\_\_\_ HAS e DM? \_\_\_\_\_

Foi realizada avaliação da necessidade de tratamento odontológico? { } Sim { } Não Data da primeira consulta odontológica: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ cm Perímetro Braquial: \_\_\_\_\_ cm

**UFPEL**

Departamento de  
Medicina Social

MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO		FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS	
DATA		DATA	
POSOLOGIA		Glicemia de jejum	
Hydroclorotiazida 25 mg		HGT	
Captopril 25 mg		Hemoglobina glicosilada	
Enalapril 5mg		Coeficiente total	
Enalapril 10 mg		HDL	
Losartan 50 mg		LDL	
Propranolol 40		Triglicérides	
Atenolol 20 mg		Creatinina Sérica	
Atenolol 50 mg		Potássio sérico	
Amlodipina 5 mg		Triglicérides	
Amlodipina 10 mg		ECU	
Metformina 500 mg		Infecção urinária	
Metformina 850 mg		Próstata	
Cilmetidina 5 mg		Corpo cérvico	
Insulina NPH		Sedimento	
Insulina regular		Microalbuminúria	
		Proteínas de 24h	
		TSH	
		ECG	
		Hemograma	
		Hemodúrio	
		Hemoglobina	
		WCM	
		CHCM	
		Plaquetas	



## Anexo C – 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 Srª

Proª 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.

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



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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS

Endereço de e-mail do orientador:

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

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

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