

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 9**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica  
e/ou Diabetes Mellitus, na USF Igarapé do Lago, Santana/AP**

**Julio Cesar Quesada Oduardo**

**Pelotas, 2016**

**Julio Cesar Quesada Oduardo**

**Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou  
Diabetes Mellitus, na USF Igarapé do Lago, Santana/AP**

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

Orientador: Marcinia Moreno Bueno

Pelotas, 2016

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

O27m Oduardo, Julio Cesar Quesada

Melhora da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na USF Igarapé do Lago, Santana/AP. / Julio Cesar Quesada Oduardo; Marcinia Moreno Bueno, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

115 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. Bueno, Marcinia Moreno, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicatória

A meu netinho recém-nascido, a meus filhos, a  
minha esposa.

## **Agradecimentos**

À Deus, a meu país Cuba, ao Ministério da Saúde do Brasil, aos meus colegas e professores.

## Resumo

Quesada. Julio Cesar Oduardo. **Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus na USF Igarapé do Lago, Santana/AP, 2016.** 113fls. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano 2016.

O controle adequado dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, deve ser uma das prioridades da Atenção Primária à Saúde, a partir do princípio que o diagnóstico precoce, o bom controle e o tratamento adequado destas doenças, são essenciais para diminuição das complicações sobre todo eventos cardiovasculares adversos. Diante do exposto, optamos por realizar uma intervenção que contemplasse todas as possíveis ações propostas para este grupo da população, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes, na Unidade Saúde da Família Igarapé do Lago em Santana, no estado do Amapá. A intervenção foi realizada entre os meses de setembro a dezembro de 2015, onde desenvolvemos ações que contemplaram os quatro eixos programáticos: Engajamento Público; Qualificação da Prática Clínica; Monitoramento e Avaliação e Organização e Gestão dos serviços. Houve o recadastramento da população, estratificação de risco, agendamento de consultas conforme a prioridade, atualização dos registros dos usuários no programa, encaminhamento para especialistas nos casos necessários, busca ativa dos faltosos, orientações e consultas clínicas. Assim iniciamos o levantamento dos dados mediante o monitoramento constante dos usuários, com rigoroso preenchimento dos prontuários, fichas espelho e a planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso. Para capacitar a equipe, utilizamos os protocolos dos cadernos de atenção básica da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde. As ações foram desenvolvidas de forma multidisciplinar, onde os resultados de cobertura para hipertensão foi de 62,6% (112 usuários), superando a meta proposta de 60% da população alvo e para diabetes 77,2% (34 usuários), sendo a meta proposta 60% cadastrados na área da unidade. Realizamos o exame clínico apropriado; o exame dos pés dos diabéticos; o registro adequado na ficha espelho; avaliamos o risco cardiovascular, todas estas ações para 100% dos usuários; pela falta de odontólogo, a avaliação da saúde bucal foi realizada pela própria equipe. A partir da implementação da intervenção, o usuário conheceu melhor a sua doença, mudou o seu estilo de vida e aprendeu a utilizar corretamente as medicações. Além disto, estimulamos a autonomia dos sujeitos em relação ao seu estado de saúde, contribuindo de forma significativa para melhoria das condições de saúde e vida da população da área de abrangência. Para a equipe esta intervenção foi ótima, pois se percebe que conseguimos reorganizar o serviço e qualificar nosso trabalho, através de maior aperfeiçoamento das ações, melhorando o acesso a essa população que através da atenção qualificada, integral e humanizada. Acreditamos que o programa está com ótima aceitação pela população, pois a mesma forma parte de nossa rotina de trabalho.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico da Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade	82
Figura 2	Gráfico da Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde.	83
Figura 3	Foto da equipe no Igarapé do Lago	107
Figura 4	Foto da equipe na visita à comunidade	107
Figura 5	Foto da triagem dos usuários	108
Figura 6	Foto dos usuários na sala de espera	108
Figura 7	Foto do enfermeiro fazendo acolhimento ao usuário	109

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

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde.
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doença Sexualmente Transmissível.
ECG	Eletrocardiograma
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de cadastramento e acompanhamento de usuários com Hipertensão e Diabetes.
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família.
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
SAME	Sistema de Agendamento Médica Estadístico
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde.

## Sumário

Apresentação .....	8
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.....	18
2 Análise Estratégica .....	19
2.1 Justificativa .....	19
2.2 Objetivos e metas .....	21
2.2.1 Objetivo geral .....	21
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	21
2.3 Metodologia .....	21
2.3.1 Detalhamento das ações .....	23
2.3.2 Indicadores .....	62
2.3.3 Logística .....	70
2.3.4 Cronograma.....	75
3 Relatório da Intervenção.....	76
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	76
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	78
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	78
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	79
4 Avaliação da intervenção.....	80
4.1 Resultados.....	80
4.2 Discussão .....	91
5 Relatório da intervenção para gestores .....	96
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	99
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	101
Referências .....	103
Apêndices.....	105
Anexo .....	109

## **Apresentação**

O volume deste Trabalho de Conclusão de Curso está organizado em cinco estruturas que contemplam cada uma das unidades que conformam o Projeto Pedagógico proposto pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) para a Especialização em Estratégia de Saúde da Família modalidade à distância.

Este documento traz em seu conteúdo em ordem cronológica as atividades que realizamos. Em primeiro momento trago a experiência da análise situacional da situação de nossa UBS (Unidade Básica de Saude) em relação às características da população o engajamento público a estrutura da UBS e os processos de trabalho da unidade básica após várias observações de cunho estrutural e funcional para que pudéssemos elaborar uma crítica a respeito de nossa contribuição individual.

Na seção 2ª descrevo um apanhado da análise estratégica, o momento em que baseados nos números da análise situacional elaboraram um projeto de intervenção para que pudéssemos através de ações organizadas e com metas de melhorar a qualidade no atendimento dos usuários com hipertensão e diabetes, no qual mais tarde servisse de base para as ações futuras na unidade de saúde.

Na seção 3ª com base nas ações realizadas ao longo das doze semanas da intervenção, descrito o relatório da Intervenção que teve como base as planilhas de coleta de dados e diários de intervenção, expomos nossa experiência de forma objetiva e organizada a respeito de nosso salto como processo de trabalho e as dificuldades encontradas.

Na 4ª seção partir do relatório da intervenção, descrito o relatório dos resultados da intervenção que avalia a intervenção, seus objetivos em relação: às metas propostas, a adequação das ações, registros e instrumento de coleta

de dados, assim como o efeito da intervenção na unidade de saúde, equipe e população, onde através dos resultados obtidos discutem-se estratégias para superar as dificuldades encontradas e aperfeiçoar as ações que deram certo. Finalmente na 5ª seção está descrito nossa visão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e na implementação da intervenção abordando o desenvolvimento do trabalho no curso em relação às expectativas iniciais, o significado do curso para a prática profissional e os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso, da experiência de intervir na comunidade enfrentando todas as dificuldades existentes, na gestão e no trato com os usuários, mantendo o equilíbrio e de olho nas metas, sempre em parceria com a UFPEL, onde cada capítulo procura descrever nossas atividades desde o levantamento de dados até a execução e análise de algumas tarefas.

## **1 Análise Situacional**

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

Eu trabalho na UBS (local adaptado) Igarapé do Lago, no município Santana, do Estado Amapá e em ela procura-se propiciar, acessibilidade à maior quantidade possível de pessoas, independentemente da idade, estatura, deficiência ou mobilidade reduzida, garantindo a utilização de maneira autônoma e segura do ambiente, edificações e mobiliário, com maior capacidade de ação para atender às necessidades de saúde da população da área de abrangência. A UBS tem um total de 17 trabalhadores, tem um ESF (Equipe da Saúde da Família) conformado por um médico geral, duas técnicas de enfermagem, um enfermeiro, oito ACS (Agentes Comunitários de Saúde), um odontólogo, um administrativo, uma farmacêutica, um motorista e uma laboratorista. O ESF tem conhecimento do território de atuação da UBS e se faz planejamento, programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea; também se faz desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida; todas as semanas o equipe planeja ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis; se oferece assistência básica integral e contínua, organizada à população adstrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial; se trabalha no desenvolvimento de ações inter setoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde com apoio às estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social, o ultimo cadastramento das famílias foi feito no ano 2014, agora se trabalha na atualização do cadastramento das famílias e dos indivíduos para utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território; encontrasse feita a definição precisa do território de atuação; ainda trabalhamos por melhorar o trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações; se

planejam atividades de promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal; o ESF trabalha com uma população delimitada e considerando a premissa da interdisciplinaridade, a utilização dos espaços físicos deve ser pensada de uma nova forma, superando na organização do processo de seu trabalho, a lógica de espaços exclusivos e permitindo a utilização dos mesmos de forma compartilhada, entre diferentes profissionais e atividades. Deve-se considerar, ainda, que o processo de trabalho da ESF demanda, além de atendimentos na UBS, atividades extramuros exercidas por todos os profissionais como visitas, consultas e procedimentos domiciliares, reuniões com a comunidade e outras, o que reforça a possibilidade de compartilhamento do consultório e demais espaços físicos da unidade entre programações diversas e os diferentes membros da equipe.

A ambiência de uma Unidade Básica de Saúde significa o espaço físico (arquitetônico), que deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana, tanto para os trabalhadores e profissionais de saúde, quanto para os usuários. Para um ambiente confortável, tem que se trabalhar pela em nossa UBS no tratamento das áreas externas, incluindo jardins; ambientes de apoio como copa, cozinha e banheiros, a ventilação não e adequada para se manter a salubridade nos ambientes da UBS, não todos os ambientes disponham de janelas ou de ventilação indireta adequada (exaustores), não possibilitando a circulação de ar; a estrutura física da UBS não considera se adequada para permitir o acesso de pessoas deficientes e de pessoas com limitações.

Ainda são muitos os problemas encontrados pelas pessoas em relação às condições de acessibilidade aos prédios públicos, mesmo a nossa UBS e um local adaptado e são muitas as reclamações dos usuários por apresentarem condições insatisfatórias que não garantem todas suas necessidades pelo que temos que trabalhar em uma série de dificuldades que temos com o objetivo de melhorar o fluxo de atendimento ao povo, mais como já explique temos as condições mínimas indispensáveis para atender a demanda de saúde do povo, garantindo a possibilidade de ingresso seguro nos locais onde estão instaladas, aumentando as chances de atendimento, com qualidade e respeito a esta importante parcela de todos os usuários.

Nossa UBS está em construção faz muito tempo, o governo tem a vontade que a mesma seja terminada mais não se há cumprido com as datas de terminação.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O município de Santana, localizado no sudeste do estado do Amapá, tem como municípios limítrofes ao sudoeste Mazagão, ao nordeste Macapá e ao sudeste, a foz do rio Amazonas. O nome Santana é uma homenagem a nossa senhora de Santa Ana. Santana é uma cidade portuária onde está situado um dos portos mais importantes do Brasil. As principais atividades econômicas do município são a criação de gados bovino, bubalino e suíno, a pesqueira, a extração da madeira e por suposto a portuária. Santana conta com uma população estimada em 2013 de 108.897 habitantes, sendo o segundo município mais populoso do estado Amapá, tem uma extensão territorial de 1 577,517 km<sup>2</sup>, uma densidade demográfica de 69,03 hab./ km<sup>2</sup>, tem limite com o município de Macapá, a capital do estado Amapá, formando a Região Metropolitana de Macapá. A população, segundo dados estatísticos de 2011, é composta por 50.311 homens e 50.842 mulheres, divididos entre a população urbana com 99.094 (97,92%) e a rural com 2.109 (2%).

No município temos um total de 11 UBS com ESF, oito equipes ficam em áreas urbana, duas em área rural, uma das equipes, atende a ilha de Santana e uma equipe volante terrestre que atende as áreas ribeirinhas. Temos somente duas equipes de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) que dispensam atenção para as onze UBS; os NASF contam com um psicólogo, um nutricionista, dois fisioterapeutas, um fonoatira, um assistente social e um educador físico.

A atenção odontológica está organizada por UBS, das quais seis unidades contam com estes serviços e as demais unidades recebem através da clínica móvel, a qual também oferta assistência aos centros escolares. O município tem atenção especializada, na maioria das UBS: ginecologia-obstetrícia, pediatria, cirurgia geral, ortopedia, dermatologia, urologia, gastroenterologia, otorrinolaringologia, cardiologia, psiquiatria. As UBS realizam os encaminhamentos dos usuários de acordo com a rede municipal a partir dos

protocolos municipais e do Ministério da Saúde, o acesso às demais especialidades é feito na capital do estado. O município conta com um hospital geral que oferece serviço de pronto socorro e atendimento nas especialidades de cirurgia geral, ortopedia e traumatologia, gineco-obstetrícia, pediatria e medicina com serviço de internação, mas é muito difícil encontrar vagas, o hospital a maior parte das vezes, está lotado. Além disso, Santana conta com um serviço de reabilitação integral, com atividades para toda a população do município e um laboratório clínico municipal, o qual faz coleta de exames em todas as UBS do município, uma vez por semana. Em nossa UBS ainda não temos este serviço, os usuários precisam ser transportados para fazer a coleta, com prioridade para as gestantes, ainda temos dificuldades com os resultados que demoram mais de 15 dias. Apresentamos também dificuldade no município com a disponibilidade de ultrassonografia, ECG, são realizados somente no hospital; com relação ao exame de mamografia, a situação é mais grave, não temos no município equipamento para realização deste importante exame.

Em nossa UBS a saúde da criança está estruturada de forma programática, adotamos o protocolo do município, mas temos dificuldade pela falta de registro específico. No entanto, depois que a equipe notou esta dificuldade, começou a fazer seus próprios registros. O CAP estima 25 crianças menores de um ano na área da UBS, fazemos acompanhamento de 22 crianças, a cobertura de atendimento é de 88%, indicador com valores aceitáveis. A cobertura de atenção às crianças é boa, mas podemos melhorar esse indicador fazendo as consultas de puericultura à todas crianças da área. Agora a realidade é outra, o médico clínico geral que trabalha na UBS tem sua agenda de puericultura para sua área de abrangência. Os indicadores de qualidade da saúde da criança ficam entre 73% a 100%, temos ainda dois indicadores de qualidade que podemos melhorar, o atraso da consulta agendada em mais de sete dias e avaliação da saúde bucal. Para melhorar o primeiro indicador, fazemos busca ativa das mães faltosas e junto aos ACS planejamos visitas domiciliares; para o segundo indicador, estamos solicitando profissionais de saúde bucal, ainda não temos na nossa equipe; 77% das crianças tem as consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde; 100% das crianças tem teste de pezinho até sete dias, este exame é feito duas vezes por semana no Hospital municipal de Santana; 100% das

crianças tem sua primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida; 73% das crianças a triagem auditivo; 100% a orientação para prevenção de acidente e do aleitamento materno; 77% o monitoramento do crescimento na última consulta e 82% das crianças com as vacinas em dia. Desde nossa chegada à UBS, estamos trabalhando para melhorar estes indicadores, nas reuniões da equipe avaliamos cada indicador e planejamos ações para sua melhora, toda equipe está envolvida com essa tarefa, já começamos a fazer um arquivo específico para os registros dos atendimentos da puericultura, com a finalidade de verificar as crianças faltosas, verificar procedimentos em atraso e identificar crianças de risco. Precisamos criar na UBS uma equipe que se dedique ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento do programa de puericultura. Temos que incrementar as visitas domiciliares mensais às crianças menores de um ano de vida em relação ao aleitamento materno, vacinação, cuidados do recém-nascido e alimentação depois dos seis meses, atividades de promoção e educação em saúde com as mães destas crianças e trabalhar na formação dos grupos de lactante.

As ações de atenção à gestante, realizadas na UBS, estão estruturadas de forma programáticas, todas as grávidas residentes na área e acompanhadas na UBS, têm seu cartão de gestante, cartão de vacina e seus prontuários clínicos. Os registros não eram específico para o pré-natal, mas já começamos a fazer. Pelo CAP a estimativa para área são 12 gestantes, atualmente temos sete acompanhadas, 59% de cobertura, ficamos abaixo do número esperado, vamos melhorar à medida em que avança nosso trabalho, estamos incrementando nas áreas o número de ações de promoção e educação em saúde, motivando à gestante para incrementar a participação. Em nossa UBS foram captadas 86% gestantes no primeiro trimestre, 100% têm suas consultas em dia. As consultas são planejadas mensalmente, até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo; 100% das grávidas têm indicado os exames na captação, orientações sobre vacinação, prescrição do sulfato ferroso, orientações sobre aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido; 71,4% estão com avaliação odontológica, indicador que temos que melhorar com nosso trabalho, encaminhando todas gestantes para odontologia e monitorando seu seguimento. Em nossa UBS temos que melhorar alguns aspectos que poderiam contribuir para aumentar a

cobertura e a qualidade da atenção pré-natal, como a captação precoce das gestantes, um melhor registro das mesmas por parte da equipe de saúde da família, fazer visita domiciliar mensalmente durante a gestação, formar os grupos de gestantes e incrementar as atividades de promoção e educação em saúde na UBS e nas comunidades, com os grupos das grávidas já existentes e continuar discutindo os indicadores de qualidade e de cobertura nas reuniões da equipe de saúde.

As ações de prevenção do Câncer de Colo de Útero e de Câncer de Mama em nossa UBS, há três meses que estão sendo programadas e já estamos trabalhando na criação dos registros específicos destas ações. Esta estratégia foi adotada pela dificuldade que tínhamos com estas ações e realmente está dando resultado. Não podemos deixar de falar das dificuldades que tem este programa, os resultados dos exames estão demorando mais de dois meses e as usuárias acabam perdendo a confiança no serviço; também temos insuficiência dos insumos necessários, sobretudo os espécuro. Considero que os profissionais de enfermagem que realizam os exames estão bem capacitados. Temos um total de 198 mulheres entre 25 e 64 anos residente na área, 80% de cobertura, 53% com exames em dia para prevenção do câncer de colo de útero; os indicadores de qualidade não são bons, há falta dos registros destes dados; 72% tem avaliação de risco para câncer de colo de útero; 72% tem orientação sobre prevenção de CA de colo de útero; 91% tem orientação sobre DST; 1% com exame citopatológico para câncer de colo de útero alterado. Estes dados são após a nossa chegada à UBS, anteriormente não havia registros, o exame citopatológico para câncer de colo de útero, mais de seis meses de atraso; o número de exames coletados, com amostras satisfatórias e o número de exames coletados, com células representativas da junção escamo colunar, ficam sem avaliação pela falta do registro.

O programa de prevenção para o câncer de mama é muito ruim em nosso município, não existe serviço disponível para realizar mamografia, somente um hospital da capital. O acesso é restrito às mulheres já diagnosticadas para seguimento e aquelas usuárias com suspeita da doença, não temos como fazer mamografia como exame preventivo como sugere o programa. Em nossa UBS temos 27% de mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de

mama, o acompanhamento que fazemos é somente por exame clínico das mamas. Dos indicadores de qualidade, só avaliamos as orientações sobre prevenção do câncer de mama tendo 100% das mulheres acompanhadas na UBS com orientações sobre a prevenção do câncer de mama. Para melhorar este programa nossa equipe começou a fazer um grupo de ações tais como, visitas domiciliares onde se faz pesquisa das mulheres que ainda não tem feito o Papanicolau ou que está em atraso; se faz nas comunidades ações de educação em saúde com temas gerais que incrementem as informações sobre o câncer de colo de útero e de mama e tratamos de envolver o maior número de mulheres possíveis nestas ações.

Em relação à atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabete mellitus (DM), no contexto atual da atenção básica, são dois problemas de saúde comuns que as equipes enfrentam, pois existem dificuldades em realizar o diagnóstico precoce, o tratamento e o controle destas doenças nos usuários. Os doentes são atendidos aplicando-se os protocolos e manuais técnicos para HAS e DM do Ministério de Saúde. A estimativa para o número de pessoas com 20 anos e mais são 208 pessoas com HAS e 59 pessoas com DM, na área de abrangência da UBS. Os registros com relação ao total da população atendida em nossa UBS, é baixo, se encontram envolvidos vários fatores como a falta de atualização do cadastro da população, áreas muito distantes, o que dificulta a chegada dos ACS. Além disso, a população por ser de área ribeirinha e rural, sofre frequentes mudanças de moradia, o que resulta dificuldade em manter o cadastro atualizado. Temos 32% de cobertura para HAS, os indicadores de qualidade também estão baixos; 33% tem estratificação de risco cardiovascular por critério clínico; 39% tem atraso da consulta agendada em mais de 7 dias; 36% tem os exames complementares periódicos em dia; nenhum usuário com HAS tem avaliação de saúde bucal em dia e registros de avaliação em seu prontuário; a cobertura para usuários com DM é de 22%; os indicadores de qualidade da atenção, não são os melhores, há indicadores que ainda não podemos avaliar, falta registro dos dados nos prontuários, como a palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos três meses; a medida da sensibilidade dos pés nos últimos três meses; outros indicadores baixos, 69% com a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico; 46% têm atraso

da consulta agendada em mais de 7 dias; 69% dos exames complementares em dia; 54% têm exame físico dos pés nos últimos três meses; 94% têm orientação sobre prática de atividade física regular e alimentação saudável. Para melhorar esta realidade, nossas equipes estão fazendo visitas domiciliares casa a casa, verificando a pressão de todas as pessoas com 20 anos ou mais para a pesquisa da HAS e fazemos glicemia capilar a todos usuários maiores de 20 anos com fatores de risco para DM. Além disso, verificamos a pressão arterial de todos que vem a consulta, independente do motivo e fatores de risco. Estamos incrementando as atividades de promoção e educação em saúde sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, os fatores de risco da doença e a importância do tratamento farmacológico e não farmacológico das doenças.

As ações de atenção à saúde dos idosos estão estruturadas de forma programática, adotamos o protocolo do MS para a realização. Em nossa UBS temos 52 idosos residentes na área e acompanhados na UBS, uma cobertura de 85%. Acredito que nossa realidade pode ser ainda melhor, mas temos que continuar trabalhando no cadastramento da população até chegar 100% de cobertura, nossa dificuldade é o acesso as comunidades e isto afeta nosso trabalho nas áreas. Os indicadores de qualidade não são bons, temos indicadores que não posso avaliar porque na UBS não temos registro dos dados como a investigação de indicadores de fragilização da velhice e o número de idoso com avaliação de saúde bucal em dia; o número de idoso com caderneta de saúde para pessoa idosa fica em 58%, não temos no município, os que têm, não são entregas pela equipe, já falamos na secretaria de saúde do município e dizem que não tem disponível. Somente 25% dos idosos têm avaliação multidimensional rápida; 33% têm acompanhamento em dia; 37% com HAS; 15% com DM; 40% têm avaliação de risco para morbimortalidade e 94% dos idosos têm orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e orientação para prática de exercício físico regular. Em nossa UBS está incrementando o número de atividades de promoção e educação em saúde nas comunidades de temas como alimentação saudável, prática de atividade física regular, acidentes no domicilio, saúde bucal neste grupo; precisamos incorporar todos os profissionais da UBS nas ações feitas

com este grupo e nos cuidados domiciliares aos mesmos, além disso, temos que incrementar o número de visitas domiciliares a este grupo priorizado.

O maior desafio é melhorar a qualidade da atenção a nossa população, reverter em mais saúde para comunidades. A UBS tem os melhores recursos, que são os recursos humanos, necessário para garantir uma boa atenção e o compromisso da equipe para melhorar os indicadores de saúde do povo que até agora ficava carente de assistência médica. Ainda temos muito por fazer, mas temos uma importante ferramenta nas mãos, que é a análise detalhada da situação de saúde de nossa área, por isso temos que unir forças todos os profissionais para conseguir esse objetivo. Depois de concluir este relatório e ter avaliado o caderno de ações programáticas (CAP), percebo que muitas coisas estão mudando para melhor. Temos as discussões feitas nas reuniões da equipe, conseguimos fazer um grupo de ações que vão a favor da melhoria da saúde de nossa comunidade. Além disso, depois de fazer o relatório, considero que tenho um melhor conhecimento da realidade de nossa UBS e de minha equipe, assim como da área de abrangência que atendo. Este relatório é uma ferramenta que nos permite traçar um grupo de ações que vão reverter muito dos problemas detectados atualmente.

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

Depois de escrever o texto da análise situacional de Saúde e reler o texto elaborado na segunda semana de ambientação percebo que do ponto de vista da estrutura, não houve mudanças, mas temos melhor conhecimento da área de trabalho, as pessoas e suas características, as doenças mais comuns na população. A equipe está mais unida, temos uma melhor organização do trabalho, melhor controle das doenças e seu seguimento.

Melhoramos muito o trabalho educativo e a participação da comunidade na solução dos problemas; utilizamos os espaços na comunidade para ações coletivas; estamos em condições para melhorar o trabalho da equipe e uma atenção de qualidade maior até que tenha solução dos problemas estruturais que apresentamos.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

Segundo a Organização Mundial de Saúde, as doenças crônicas não transmissíveis são atualmente a principal causa de morbimortalidade no mundo, sendo que no Brasil as doenças do aparelho circulatório constituem hoje a principal causa de morte (OMS, 2011). A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus, além de ser um dos principais problemas de saúde no Brasil, elevam o custo médico-social, principalmente pelas complicações que causam, como as doenças cerebrovasculares, arterial coronariana, vascular de extremidades, insuficiência cardíaca e insuficiência renal crônica. No Brasil, a prevalência de hipertensão arterial sistêmica varia de 22% a 44% entre os adultos ficando em média 32% e chegando a mais de 50% nos indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos segundo os dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2010). Já a diabetes é outro importante e crescente problema de saúde pública, sua incidência e prevalência estão aumentando no mundo todo, no Brasil os dados mostram que na população adulta aumentou de 5.3% para 5.6% entre 2006 a 2011, as mulheres apresentaram uma maior proporção da doença correspondendo 6 %.

A UBS Igarapé do Lago é um local adaptado com um consultório para o médico, um para o enfermeiro, uma farmácia pequena, uma sala de recepção pequena com poucas cadeiras, tem um único banheiro para todos os usuários e trabalhadores. Está situado em área rural, para atenção das áreas mais distantes do município de Santana estado Amapá, mantém uma estreita relação com a Secretaria Municipal de Saúde e não temos vínculos com as

instituições de ensino. Contamos na UBS com 17 trabalhadores, somos uma equipe ESF volante terrestre do município, com um Licenciado em Enfermagem, um Médico Geral, duas Técnico em Enfermagem e nove ACS; tem um laboratorista para teste rápido de malária, uma farmacêutica, um motorista e um administrativo, as ações de atenção aos usuários com HAS e DM, estão estruturadas de forma programática, no entanto, ainda não é suficiente, pois temos um registro baixo.

Na área adstrita da UBS, tem 1178 habitantes, o CAP estima 208 pessoas com HAS, apenas 84 (40%) estão registrados na UBS, 67 acompanhados, uma cobertura de 32%. A CAP estima 59 usuários com diabetes, somente 13 estão cadastrados e acompanhados na UBS, uma cobertura de 22%. Nos indicadores de qualidade para HAS, entre os acompanhados, 33% tem a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico; 39% com mais de sete dias de atraso na consulta agendada, somente 36% tem os exames complementares periódicos em dia e nenhum tem avaliação da saúde bucal registrada nos prontuários. Nos usuários com diabetes, entre os indicadores de qualidade, 69% tem a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, 46% tem atraso por mais de sete dias, na consulta agendada; 69% tem os exames complementares periódicos em dia e nenhum usuário com diabetes tem avaliação de saúde bucal registrada nos prontuários. A equipe já está trabalhando na formação dos grupos de pessoas com hipertensão e diabetes, na preparação das atividades educativas, das quais estamos desenvolvendo ações de saúde na área e na atenção odontológica aos usuários.

A intervenção é muito importante para a unidade, a partir do trabalho desenvolvido pela equipe durante o período, ficarão estabelecidas as ações para atingir 60% dos indicadores de cobertura e 100% dos indicadores de qualidade para as pessoas com hipertensão e diabetes. As dificuldades para a realização deste projeto assim como as limitações, estão relacionadas a características da população de nossa área de abrangência, a qual tem áreas de difícil acesso e o constante movimento do povo que não é fixo, além disso, temos problemas com os medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes na unidade que são insuficientes, a falta de recursos materiais necessários para a realização das atividades de promoção da saúde na comunidade, a não

aceitação dos usuários à participação do projeto, muitos deles não aceitam suas doenças. Acreditamos que apesar dos problemas identificados, a aplicação do projeto de intervenção proposto, vai auxiliar na qualificação das ações de saúde destes grupos populacionais, alvo da intervenção.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Igarapé do Lago, Santana/ AP.

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

- 1 Ampliar a cobertura a pessoas com hipertensão e/ou diabetes.
- 2 Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes.
- 3 Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.
- 4 Melhorar o registro das informações.
- 5 Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.
- 6 Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Metas:

Relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura a pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

1.1. Cadastrar 60% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

1.2. Cadastrar 60% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Relativas ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes

2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

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

2.4. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.5. Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/ realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas hipertensas.

2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Relativas ao objetivo 3: Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

3.1. Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosa às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

3.2. Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Relativas ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes cadastrados.

Relativas ao objetivo 5: Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Relativas ao objetivo 6: Promover a saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

6.1. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

6.2. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

### **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Igarapé do Lago, do município de Santana, estado do Amapá/AP. Baseado na estimativa do CAP, a população alvo de intervenção são 208 pessoas com HAS e 59 pessoas com DM. Nosso trabalho consiste em uma intervenção que vai ser realizada através do cadastramento e acompanhamento dos usuários, desenvolvimento de ações programáticas de assistência, promoção e prevenção à saúde das pessoas maiores de 20 anos com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus da área de abrangência da nossa UBS.

### 2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a pessoas com hipertensão s e/ou diabetes.

Meta 1.1: Cadastrar 60% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de pessoas com hipertensão cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Detalhamento da ação.

Será feita com a realização semanal de consultas pelo médico o qual será responsável de acompanhar os registros desses usuários por meio das fichas espelho e planilha de coleta de dados. Visitas ao domicílio quinzenalmente pelos agentes comunitários para buscar aos usuários que ainda não foram cadastrados, assim como aqueles que estiveram faltantes a consulta.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.

Detalhamento da ação.

Fazendo um correto preenchimento dos prontuários clínicos nas consultas semanais pelo médico e enfermeiro e visitas na área de abrangência pela equipe, com envolvimento do maior número dos profissionais.

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

Detalhamento da ação.

Aumentando o número de vagas semanais para o acompanhamento da consulta médica, não estender o tempo de espera de acolhimento dos usuários pelo enfermeiro e a técnica de enfermagem. Qualificar aos profissionais na tomada de pressão arterial e sobre a vulnerabilidade social nas reuniões mensais da equipe pelo médico e enfermeiro.

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

Detalhamento da ação.

Acho que estas ações podem ser feita, envolvendo aos gestores de saúde em nosso foco de intervenção e transmitir a necessidade de recursos materiais para aperfeiçoar o desempenho destas ações.

Engajamento público

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

Detalhamento da ação.

Para realizar esta ação precisa-se da participação dos todos os profissionais da equipe. As informações serão divulgadas na mesma consulta semanais pelo médico, nas ações de saúde feita na comunidade pela equipe e os membros do grupo mensalmente, nas visitas domiciliar pelos agentes quinzenalmente, realizando palestras educativas pela equipe semanalmente.

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

Detalhamento da ação.

Divulgação na consulta médica semanal, nas visitas domiciliares dos agentes quinzenalmente, nas ações de saúde na comunidade realizadas pela equipe mensalmente, com a realização de palestras educativas pela equipe semanalmente.

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

Detalhamento da ação.

Informar a população e a comunidade na consulta médica semanal, nas palestras educativas pela equipe semanalmente, nas ações de saúde realizadas pela equipe mensalmente, na visita domiciliar realizada pelos agentes comunitários quinzenalmente.

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

Detalhamento da ação.

Comunicar a toda a população, em consulta médica semanal, nas ações de saúde na comunidade feitas pela equipe mensalmente, na visita domiciliar feita pelo agente de saúde quinzenalmente, nas palestras educativas feitas pela equipe semanalmente.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento da ação.

Nas reuniões da equipe mensalmente pelo médico e enfermeiro.

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

Detalhamento da ação.

Nas reuniões da equipe mensalmente pelo médico e enfermeiro, realizando aulas demonstrativas antes de começar a consulta uma vez por semana pelo médico e enfermeiro.

Meta 1.2: Cadastrar 60 % de pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Detalhamento da ação.

Será feita com a realização semanal de Consultas de Hiperdia pelo médico o qual será responsável de acompanhar os registros desses usuários por meio das fichas espelho e planilha de coleta de dados. Visitas ao domicilio quinzenalmente pelos agentes comunitários para buscar aos usuários que

ainda não foram cadastrados, assim como aqueles que estiveram faltantes a consulta.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir o registro das pessoas com diabetes cadastradas no Programa.

#### Detalhamento da ação.

Fazendo um correto preenchimento dos registros (prontuários clínicos) pelo médico e enfermeiro na consulta semanal, na visita domiciliar pelo agente de saúde quinzenalmente, nas ações de saúde feitas pela equipe mensalmente, para garantir uma boa repleção de dados posteriormente.

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

#### Detalhamento da ação.

Aumentar o número de vagas para as consultas semanais de Hipertensão realizadas pelo médico, diminuir o tempo de espera do acolhimento para as consultas do usuário por parte do enfermeiro e a técnica de enfermagem, capacitar aos profissionais nas reuniões mensais da equipe para uma correta tomada da pressão arterial e realização de glicoteste a usuários com risco ou da população alvo do foco da intervenção feita por o médico e enfermeiro.

Ação: Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na UBS.

#### Detalhamento da ação.

Sensibilizar aos Gestores de Saúde a todos os níveis para que sejam garantidos os materiais necessários para realizar os glicotestes por meio de reuniões do médico e enfermeiros com eles todos os meses.

#### Engajamento público

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

#### Detalhamento da ação.

Esta informação vai ser feita na consulta médica semanal, nas visitas à área de abrangência pelos agentes de saúde quinzenalmente, nas ações de

saúde na comunidade feitas pela equipe mensalmente, até na própria UBS com a realização de palestras publicas pela equipe semanalmente.

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

Detalhamento da ação.

Os usuários diabéticos e /ou hipertensos e toda a população da comunidade vão ser informados nas consultas semanalmente por o médico, na visita domiciliar pelos agentes a todas as pessoas quinzenalmente, nas ações de saúde realizadas na comunidade pela equipe mensalmente, na realização de palestras educativas realizadas pela equipe semanalmente.

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

Detalhamento da ação.

Vamos orientar nas consultas médicas todas as semanas, nas palestras educativas feitas pela equipe semanalmente, na visita domiciliar feita pelos agentes comunitários quinzenalmente e nas ações de saúde comunitárias feitas pela equipe mensalmente.

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

Detalhamento da ação.

Esta ação vai ser feita na consulta médica semanal, nas palestras educativas realizadas pela equipe semanalmente, nas ações de saúde comunitárias realizadas pela equipe mensalmente, na visita domiciliar dos agentes de saúde quinzenalmente e nas atividades com os grupos de hiperdia quando sejam criados mensalmente.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento da ação.

Nas reuniões da equipe mensalmente pelo médico e enfermeiro.

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

Detalhamento da ação.

Nas reuniões da equipe mensalmente, com a realização nas consultas semanais de aulas demonstrativas pelo médico e enfermeiro.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da ação.

Realizar um acolhimento adequado e triagem pela equipe na consulta semanal e anamnese, exame clínico e solicitude e avaliação de exames no caso preciso pelo médico nessa consulta.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento da ação.

O técnico de enfermagem vai fazer a triagem, o médico a anamnese, exame clínico, solicitude e avaliação de exames em cada consulta feita.

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

Detalhamento da ação.

Nas reuniões da equipe mensalmente pelo médico e enfermeiro.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento da ação.

Semanalmente pelo médico e enfermeiro.

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

Detalhamento da ação.

Sensibilização dos gestores de saúde para obter o documento.

Engajamento público

Ação: Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão.

Detalhamento da ação.

Nas palestras educativas feitas nas UBS semanalmente, nas consultas de Hiperdia feitas pelo médico semanalmente, nas visitas domiciliar feitas pelos agentes de saúde quinzenalmente, nas ações de saúde feita pela equipe mensalmente, nas reuniões com o grupo de Hiperdia feitas mensalmente.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento da ação.

Nas reuniões da equipe mensalmente pelo médico e enfermeiro.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da ação.

Realizar um acolhimento adequado, triagem, realização do glicoteste pelas técnicas de enfermagem semanalmente nas consultas, anamnese, exame clínico e solicitude e avaliação de exames no caso preciso pelo médico nas consultas semanais.

### Organização e gestão do serviço

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com diabetes.

Detalhamento da ação.

A enfermagem vai fazer o glicoteste nas consultas semanais. A técnica de enfermagem vai fazer a triagem nas consultas semanais, o médico a anamnese, exame clínico, solicitude e avaliação de exames nas consultas semanais.

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

Detalhamento da ação.

Nas reuniões da equipe mensalmente pelo médico e enfermeiro.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento da ação.

Semanalmente pelo médico e enfermeiro.

Ação: Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na UBS.

Detalhamento da ação.

Sensibilização dos gestores de saúde para obter o documento.

### Engajamento público

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes.

Detalhamento da ação.

Nas palestras educativas feitas nas UBS pela equipe semanalmente, nas consultas de Hiperdia feitas pelo médico semanalmente, nas visitas domiciliares feitas por os agentes de saúde quinzenalmente, nas ações de saúde feitas pela equipe mensalmente.

### Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento da ação.

Nas reuniões da equipe mensalmente, Fazendo aulas demonstrativas semanalmente pelo médico e enfermeiro.

Meta 2.3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 3 meses (palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Monitoramento e avaliação.

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

Detalhamento da ação.

Realizar um acolhimento adequado e triagem pela equipe na consulta semanal e anamnese, exame clínico e solicitude e avaliação de exames no caso preciso pelo médico nessa consulta.

Organização e gestão dos serviços.

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame dos pés das pessoas diabéticas.

Detalhamento da ação.

O médico vai fazer o exame na consulta semanal de hiperdia, os agentes de saúde nas visitas domiciliares quinzenais e os técnicos de enfermagem na triagem da consulta.

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

Detalhamento da ação.

Nas reuniões mensais da equipe e em aulas demonstrativas os dias da consulta pelo médico e enfermeiro.

Ação: Organizar agenda para acolher as pessoas diabéticas provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento da ação.

Quando sejam visitados pelos ACS quinzenalmente já será citado para o dia da consulta de hiperdia.

Ação: Solicitar a referência e contra-refêrencia (realizar a coordenação do cuidado) para pessoas com diabetes que necessitem de consulta especializada.

Detalhamento da ação.

Nas consultas semanais com o médico.

Engajamento Público.

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

Detalhamento da ação.

Nas consultas com o médico semanalmente, nas palestras semanais feitas pela equipe, nas visitas domiciliares dos agentes de saúde quinzenalmente e nas ações de saúde da equipe mensalmente.

Qualificação da Prática Clínica.

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame apropriado dos pés.

Detalhamento da ação.

Nas reuniões da equipe mensalmente e nas aulas demonstrativas os dias das consultas pelo médico e enfermeiro.

Meta 2.4. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de pessoas com hipertensão com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado pela UBS.

Detalhamento da ação.

Revisão dos prontuários clínicos semanalmente, depois de realizada a consulta de Hiperdia pelo médico.

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

Detalhamento da ação.

Revisão dos prontuários clínicos semanalmente, depois de realizada a consulta com o médico.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares

Detalhamento da ação.

Solicitar os exames complementares definidos no protocolo nas consultas semanais pelo médico.

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

Detalhamento da ação.

Tentar sensibilizar ele sobre a importância desta intervenção.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento da ação.

Acho que só vai ser possível tentando sensibilizar aos usuários das consultas da importância da realização dos exames, e retornar a consulta segundo sejam citados, porque na UBS não temos laboratório clínico isso é feito nas consultas semanais pelo médico e nas palestras semanais pela equipe, além de em as visitas domiciliares feitas pelos agentes de saúde quinzenalmente.

Engajamento público

Ação: Orientar as pessoas e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento da ação.

Nas consultas feitas pelo médico semanalmente, nas visitas domiciliares feitas pelos agentes de saúde quinzenalmente, nas ações de saúde e nas

reuniões de grupo das pessoas com HAS e DM, feitas mensalmente pela equipe.

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento da ação.

Nas consultas semanais pelo médico, nas visitas domiciliar quinzenalmente pelos agentes de saúde, nas ações de saúde e nas reuniões de grupo das pessoas com HAS e DM feitas pela equipe mensalmente.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento da ação.

Aulas referentes ao tema nas reuniões da equipe semanalmente pelo médico e enfermeiro.

Meta 2.5. Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/ realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da ação.

Revisão dos prontuários clínicos semanalmente, depois de realizada a consulta com o médico.

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

Detalhamento da ação.

Revisão dos prontuários clínicos semanalmente, depois de realizada a consulta com o médico.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.  
Detalhamento da ação.

Solicitar os exames complementares definidos no protocolo pelo médico nas consultas semanais.

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

Detalhamento da ação.

Tentar sensibilizar ele sobre a importância desta intervenção.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento da ação.

Acho que só vai ser possível tentando sensibilizar aos usuários das consultas da importância da realização dos exames, e retornar a consulta segundo sejam citados, porque na UBS não temos laboratório clínico isto será feito nas consultas semanais pelo médico, nas palestras semanais realizadas pela equipe e nas visitas domiciliares feitas pelos agentes quinzenalmente.

Engajamento público

Ação: Orientar as pessoas com diabetes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento da ação.

Nas consultas feitas semanalmente pelo médico, nas visitas domiciliar feitas quinzenalmente pelos agentes de saúde, nas ações de saúde e nas reuniões de grupo das pessoas com HAS e DM feitas mensalmente pela equipe.

Ação: Orientar as pessoas com diabetes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento da ação.

Nas consultas semanais com o médico, nas visitas domiciliar feitas pelos agentes quinzenalmente, nas ações de saúde e nas reuniões de grupo das pessoas com HAS e DM feitas pela equipe mensalmente.

#### Qualificação da prática clínica

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

#### Detalhamento da ação.

Aulas referentes ao tema nas reuniões da equipe mensalmente pelo médico e enfermeiro.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

#### Monitoramento e avaliação

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

#### Detalhamento da ação.

Semanalmente avaliar a existência, em farmácia, dos medicamentos no programa pelo enfermeiro e a técnica de farmácia.

#### Organização e gestão do serviço

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

#### Detalhamento da ação.

Pactuar informações mensalmente com o técnico de farmácia nas reuniões.

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

#### Detalhamento da ação.

Registrar nas consultas semanais a medicação indicada para cada paciente, com avaliação posterior do registro feito pelo médico.

.

#### Engajamento público

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

Detalhamento da ação.

Nas consultas semanais feitas pelo médico, nas visitas domiciliar quinzenais dos agentes de saúde, nas ações de saúde mensais na comunidade feitas pela equipe, nas atividades mensais de grupo das pessoas com HAS e DM feitas pela equipe.

Qualificação da prática clínica

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Detalhamento da ação.

Nas reuniões da equipe mensais pelo médico e enfermeiro.

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

Detalhamento da ação.

Nas reuniões da equipe mensal pelo médico e enfermeiro. Com apoio do técnico de Farmácia.

Meta 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da ação.

Semanalmente avaliar a existência em farmácia dos medicamentos no programa pelo enfermeiro e com a informação do técnico de farmácia.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento da ação.

Pactuar informações mensalmente com o técnico de farmácia, revisão do estoque semanal por o enfermeiro.

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados na UBS.

Detalhamento da ação.

Registrar nas consultas semanais pelo médico a medicação indicada para cada paciente, com avaliação posterior do registro feito pelo médico e enfermeiro.

Engajamento público

Ação: Orientar as pessoas com 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 da ação.

Nas consultas semanais do médico, nas visitas domiciliar feitas quinzenalmente pelos ACS, nas ações de saúde na comunidade, nas atividades mensais feitas pela equipe mensalmente.

Qualificação da prática clínica

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da diabetes

Detalhamento da ação.

Nas reuniões da equipe mensalmente pelo médico e enfermeiro.

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

Detalhamento da ação.

Nas reuniões da equipe mensalmente pelo médico e enfermeiro. Com apoio do técnico de Farmácia.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas hipertensas.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar as pessoas hipertensas que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento da ação.

Fazer registro nas consultas semanais feitas pelo médico, nas ações de saúde feitas todos os meses pela equipe, visita domiciliar feitas pelos agentes quinzenalmente.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão.

Detalhamento da ação.

Prévio acordo com o departamento de odontologia da UBS, feito pelo enfermeiro semanalmente e estabelecendo prioridade para os casos mais críticos.

Ação: 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 da ação.

Prévio acordo com o departamento de odontologia da UBS, feito pelo enfermeiro semanalmente e estabelecendo prioridade para os casos mais críticos.

Engajamento público

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

Detalhamento da ação.

Nas consultas médica feitas todas as semanas, nas visitas domiciliar dos agentes de saúde quinzenalmente, nas palestras educativas semanais e nas ações de saúde na comunidade mensalmente feitas pela equipe.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento da ação.

Nas reuniões da equipe todos os meses com ajuda dos odontologistas.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar as pessoas diabéticas que necessitam de atendimento odontológico

Detalhamento da ação.

Fazer registro nas consultas semanais feitas pelo médico, nas ações de saúde feitas todos os meses pela equipe, visita domiciliar feitas pelos agentes quinzenalmente.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com diabetes.

Detalhamento da ação.

Prévio acordo com o departamento de odontologia da UBS feito pelo enfermeiro semanalmente e estabelecendo prioridade para os casos mais críticos.

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

Detalhamento da ação.

Prévio acordo com o departamento de odontologia da UBS feito pelo enfermeiro semanalmente e estabelecendo prioridade para os casos mais críticos.

Engajamento público

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

Detalhamento da ação.

Nas consultas médica feitas todas as semanas, nas visitas domiciliar dos agentes de saúde quinzenalmente, nas palestras educativas semanais e nas ações de saúde na comunidade mensalmente feitas pela equipe.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com diabetes.

Detalhamento da ação.

Nas reuniões da equipe todos os meses com ajuda dos odontologistas.

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

Meta 3.1. Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosa às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da ação.

Avaliando os prontuários clínicos semanalmente depois das consultas com o médico e enfermeiro.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento da ação.

Cada ACS vai priorizar as visitas de seus pacientes quinzenalmente.

Ação: Organizar a agenda para acolher as pessoas com hipertensão provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento da ação.

Quando visitados pelos ACS, quinzenalmente já será informado para o dia da consulta agendada.

### Engajamento Público

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

#### Detalhamento da ação.

Nas consultas médica semanais, nas visitas domiciliar dos agentes de saúde quinzenalmente, nas palestras educativas da equipe semanais, nas ações de saúde na comunidade feitas pela equipe mensalmente.

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

#### Detalhamento da ação.

Nas consultas médica semanais, nas visitas domiciliar dos agentes de saúde quinzenalmente, nas palestras educativas da equipe semanais, nas ações de saúde na comunidade feitas pela equipe mensalmente.

Ação: Esclarecer as pessoas com hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

#### Detalhamento da ação.

Nas consultas médica semanais, nas visitas domiciliar dos agentes de saúde quinzenalmente, nas palestras educativas da equipe semanais, nas ações de saúde na comunidade feitas pela equipe mensalmente.

### Qualificação da prática clínica

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

#### Detalhamento da ação.

Nas reuniões da equipe feitas pelo médico e enfermeiro mensalmente.

Meta 3.2. Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

### Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da ação.

Avaliando os prontuários clínicos semanalmente, depois das consultas com o médico, enfermeiro e o registro de usuários agendados.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Detalhamento da ação.

Cada ACS vai priorizar as visitas de seus pacientes quinzenalmente.

Ação: Organizar a agenda para acolher as pessoas com diabetes provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento da ação.

Quando sejam visitados pelos ACS quinzenalmente já será informado para o dia da consulta agendada.

Engajamento público

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

Detalhamento da ação.

Nas consultas médica semanais, nas visitas domiciliar dos agentes de saúde quinzenalmente, nas palestras educativas da equipe semanais, nas ações de saúde na comunidade feitas pela equipe mensalmente.

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

Detalhamento da ação.

Nas consultas médica semanais, nas visitas domiciliar dos agentes de saúde quinzenalmente, nas palestras educativas da equipe semanais, nas ações de saúde na comunidade feitas pela equipe mensalmente.

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

Detalhamento da ação.

Nas consultas médica semanais, nas visitas domiciliar dos agentes de saúde quinzenalmente, nas palestras educativas da equipe semanais, nas ações de saúde na comunidade feitas pela equipe mensalmente.

#### Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento da ação.

Nas reuniões da equipe pelo médico e enfermeiro mensalmente.

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

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de pessoas com hipertensão acompanhada na UBS.

Detalhamento da ação.

O médico e o enfermeiro revisarão os prontuários clínicos dos usuários, avaliando o correto preenchimento, semanalmente depois de terminar a consulta.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento da ação.

Manter as fichas de acompanhamento dos usuários utilizadas pelo ACS, atualizada para correto preenchimento do SIAB.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento da ação.

Preencher em cada consulta semanal do médico.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento da ação.

Nas reuniões da equipe mensalmente.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento da ação.

O ACS será responsável pelo monitoramento e registro de dados do usuário com HAS e DM, residente na micro área.

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

Detalhamento da ação.

Pela realização da visita domiciliar e com o trabalho de cada ACS acho que vai ser possível viabilizar estas situações de alerta e o médico e enfermeiro darão prioridades a recuperação dessas consultas.

Engajamento público

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

Detalhamento da ação.

Nas consultas médica semanais, nas visitas domiciliar dos agentes de saúde quinzenalmente, nas palestras educativas da equipe semanais, nas ações de saúde na comunidade feitas pela equipe mensalmente.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento da pessoa hipertensa.

Detalhamento da ação.

Nas reuniões da equipe pelo médico e enfermeiro mensalmente.

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

Detalhamento da ação.

Nas reuniões da equipe pelo médico e enfermeiro mensalmente.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes cadastrados.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de pessoas com diabetes acompanhados na unidade de UBS.

Detalhamento da ação.

O médico e o enfermeiro semanalmente, depois de terminar a consulta revisarão o correto preenchimento de dados nos registros específicos.

Organização e gestão do serviço

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento da ação.

Manter as fichas de acompanhamento dos usuários utilizadas pelo ACS, atualizada para correto preenchimento do SIAB.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento

Detalhamento da ação.

Preencher em cada consulta semanal do médico.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações

Detalhamento da ação.

Nas reuniões da equipe mensalmente.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento da ação.

O ACS será responsável pelo monitoramento e registro de dados do usuário com HAS e DM, residente na micro área.

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

Detalhamento da ação.

Pela realização da visita domiciliar e com o trabalho de cada ACS acho que vai ser possível viabilizar estas situações de alerta e o médico e enfermeiro darão prioridades a recuperação dessas consultas.

Engajamento público

Ação: Orientar as pessoas com diabetes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento da ação.

Nas consultas médica semanais, nas visitas domiciliar dos agentes de saúde quinzenalmente, nas palestras educativas da equipe semanais, nas ações de saúde na comunidade feitas pela equipe mensalmente.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento da pessoa diabética.

Detalhamento da ação.

Nas reuniões da equipe uma vez por mês pelo médico e enfermeiro.

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

Detalhamento da ação.

Nas reuniões da equipe uma vez por mês pelo médico e enfermeiro.

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

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de pessoas com hipertensão com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

#### Detalhamento da ação.

Nas consultas médica semanais, nas visitas domiciliar dos agentes de saúde quinzenalmente, nas palestras educativas da equipe semanais, nas ações de saúde na comunidade feitas pela equipe mensalmente.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Priorizar o atendimento das pessoas com hipertensão avaliada como de alto risco.

#### Detalhamento da ação.

Nas consultas médica semanais, nas visitas domiciliar dos agentes de saúde quinzenalmente, nas palestras educativas da equipe semanais, nas ações de saúde na comunidade feitas pela equipe mensalmente.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

#### Detalhamento da ação.

Nas consultas médica semanais, nas visitas domiciliar dos agentes de saúde quinzenalmente, nas palestras educativas da equipe semanais, nas ações de saúde na comunidade feitas pela equipe mensalmente.

#### Engajamento público

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

#### Detalhamento da ação.

Nas consultas médica semanais, nas visitas domiciliar dos agentes de saúde quinzenalmente, nas palestras educativas da equipe semanais, nas ações de saúde na comunidade feitas pela equipe mensalmente.

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

Detalhamento da ação.

Nas consultas médica semanais, nas visitas domiciliar dos agentes de saúde quinzenalmente, nas palestras educativas da equipe semanais, nas ações de saúde na comunidade feitas pela equipe mensalmente.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Detalhamento da ação.

Realizando aulas referentes ao tema semanalmente pelo médico e enfermeiro e nas reuniões da equipe de saúde mensalmente.

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

Detalhamento da ação.

Realizando aulas referentes ao tema semanalmente pelo médico e enfermeiro e nas reuniões da equipe de saúde mensalmente.

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

Detalhamento da ação.

Realizando aulas referentes ao tema semanalmente pelo médico e enfermeiro e nas reuniões da equipe de saúde mensalmente.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de pessoas com diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento da ação.

Nas consultas médica semanais, nas visitas domiciliar dos agentes de saúde quinzenalmente, nas palestras educativas da equipe semanais, nas ações de saúde na comunidade feitas pela equipe mensalmente.

Organização e gestão do serviço

Ação: Priorizar o atendimento das pessoas com diabetes avaliados como de alto risco.

Detalhamento da ação.

Nas consultas de Hipertensão feitas todas as semanas pelo médico, fazendo consultas nas visitas domiciliar acompanhando aos agentes quinzenalmente, nas ações de saúde da equipe mensalmente, aumentando o número de vagas nas consultas semanais pelo médico.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento da ação.

Nas consultas realizadas todas as semanas pelo médico, fazendo consultas nas visitas domiciliar acompanhando aos agentes quinzenalmente, nas ações de saúde da equipe mensalmente, aumentando o número de vagas nas consultas semanais pelo médico.

Engajamento público

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

Detalhamento da ação.

Nas consultas médica semanais, nas visitas domiciliar dos agentes de saúde quinzenalmente, nas palestras educativas da equipe semanais, nas ações de saúde na comunidade feitas pela equipe mensalmente.

Ação: Esclarecer as pessoas com diabetes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento da ação.

Nas consultas médica semanais, nas visitas domiciliar dos agentes de saúde quinzenalmente, nas palestras educativas da equipe semanais, nas ações de saúde na comunidade feitas pela equipe mensalmente.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento da ação.

Realizando aulas referentes ao tema semanalmente pelo médico e enfermeiro e nas reuniões da equipe de saúde mensalmente.

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

Detalhamento da ação.

Realizando aulas referentes ao tema semanalmente pelo médico e enfermeiro e nas reuniões da equipe de saúde mensalmente.

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

Detalhamento da ação.

Realizando aulas referentes ao tema semanalmente pelo médico e enfermeiro e nas reuniões da equipe de saúde mensalmente.

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

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional as pessoas com hipertensão.

Detalhamento da ação.

Realizando encaminhamento pelo médico semanalmente para o Nutricionista aos usuários e revisando as orientações dele descritas, no prontuário clínico.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento da ação.

Nas reuniões de grupo feitas mensalmente, podem ser aulas uma vez por semana pela equipe com a população, palestras educativas semanais pela equipe, assistir vídeos uma vez ao mês com a população, fazer mostruários, trocar experiências, entre outros.

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

Detalhamento da ação.

Tentar sensibilizar ele respeito a importância de nosso trabalho de intervenção.

#### Engajamento público

Ação: Orientar pessoas com hipertensão e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento da ação.

Envolvendo a todos os profissionais da equipe, nas consultas semanais do médico, nas palestras educativas semanais da equipe, nas ações de saúde comunitárias mensais da equipe, nas visitas domiciliar quinzenais dos agentes de saúde.

#### Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável.

Detalhamento da ação.

Com a participação da Nutricionista do NASF, nas reuniões da equipe mensais.

Ação: Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde

Detalhamento da ação.

Com o apoio de um profissional capacitado nas reuniões da equipe.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional as diabetes.

Detalhamento da ação.

Realizando encaminhamento pelo médico semanalmente para o Nutricionista aos usuários e revisando as orientações dele descritas, no prontuário clínico.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento da ação.

As reuniões de grupo com os usuários hipertensos e diabéticos serão realizadas mensalmente, orientações para população uma vez por semana, pela equipe, palestras educativas semanais, exibição de vídeos uma vez ao mês para população, trocar experiências, entre outros.

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

Detalhamento da ação.

Tentar sensibilizar ele respeito a importância de nosso trabalho de intervenção.

Engajamento público

Ação: Orientar pessoas com diabetes e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento da diabetes.

Detalhamento da ação.

Envolvendo a todos os profissionais da equipe, nas consultas semanais do médico, nas palestras educativas semanais da equipe, nas ações de saúde comunitárias mensais da equipe, nas visitas domiciliar quinzenais dos agentes de saúde.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável e específicas para pessoas com diabetes.

Detalhamento da ação.

Com a participação da Nutricionista do NASF, nas reuniões da equipe mensais.

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

Detalhamento da ação.

Com o apoio de um profissional capacitado nas reuniões da equipe mensais.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular as pessoas com hipertensão.

Detalhamento da ação.

Realizaremos encaminhamento a cada usuário a um orientador, também podemos buscar assessoramento de um deles para acompanhar aos usuários nas atividades do grupo uma vez por mês.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.  
Detalhamento da ação.

Com envolvimento de todos os profissionais e assessoramento de um orientador físico, planejar caminhadas, atividades esportivas e recreativas como parte de a agenda do grupo de pessoas com HAS e DM, uma vez por mês com usuários e a equipe.

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

Detalhamento da ação.

Tentaremos sensibilizar ao gestor da importância de nosso trabalho de intervenção para atingir conseguir realizar esta ação.

Engajamento público

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

Detalhamento da ação.

Envolvendo a todos os profissionais da equipe, nas consultas semanais do médico, nas palestras educativas semanais da equipe, nas ações de saúde comunitárias mensais da equipe, nas visitas domiciliar quinzenais dos agentes de saúde e nas atividades do grupo de pessoas com HAS e DM.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe da UBS sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Detalhamento da ação.

Com o apoio de um educador físico nas reuniões da equipe feitas mensalmente.

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

Detalhamento da ação.

Com apoio de um profissional nas reuniões da equipe feitas mensalmente.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular as pessoas com diabetes.

#### Detalhamento da ação.

Realizaremos encaminhamento a cada usuário a um orientador, também podemos buscar assessoramento de um deles para acompanhar aos usuários nas atividades do grupo uma vez por mês.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.  
Detalhamento da ação.

Com envolvimento de todos os profissionais e assessoramento de um orientador físico, podemos planejar caminhadas, atividades esportivas e recreativas, como parte de a agenda do grupo de pessoas com HAS e DM, uma vez por mês com usuários e a equipe.

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

#### Detalhamento da ação.

Tentaremos sensibilizar ao gestor da importância de nosso trabalho de intervenção para realizar esta ação.

#### Engajamento público

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

#### Detalhamento da ação.

Envolvendo a todos os profissionais da equipe, nas consultas semanais do médico, nas palestras educativas semanais da equipe, nas ações de saúde

comunitárias mensais da equipe, nas visitas domiciliar quinzenais dos agentes de saúde e nas atividades do grupo de pessoas com HAS e DM.

#### Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe da UBS sobre a promoção da prática de atividade física regular.

#### Detalhamento da ação.

Com o apoio de um educador físico nas reuniões da equipe mensalmente.

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

#### Detalhamento da ação.

Com apoio de um profissional, nas reuniões da equipe mensalmente.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo as pessoas com hipertensão.

#### Detalhamento da ação.

Com a revisão dos prontuários clínicos semanalmente, depois das consultas com o médico e enfermeiro.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.

#### Detalhamento da ação.

Tentaremos sensibilizar ao gestor da importância de nosso trabalho de intervenção para realizar esta ação.

#### Engajamento público

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

Detalhamento da ação.

Envolvendo a todos os profissionais da equipe, nas consultas semanais do médico, nas palestras educativas semanais da equipe, nas ações de saúde comunitárias mensais da equipe, nas visitas domiciliar quinzenais dos agentes de saúde e nas atividades do grupo de pessoas com HAS e DM.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para o tratamento de pessoas tabagistas.

Detalhamento da ação.

Nas reuniões da equipe pelo médico e enfermeiro mensalmente.

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

Detalhamento da ação.

Com apoio de um profissional mensalmente nas reuniões da equipe.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo as pessoas com diabetes.

Detalhamento da ação.

Com a revisão dos prontuários clínicos semanalmente, depois das consultas com o médico e enfermeiro.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento da ação.

Tentaremos sensibilizar ao gestor da importância de nosso trabalho de intervenção para realizar esta ação.

#### . Engajamento público

Ação: Orientar as pessoas com diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

#### Detalhamento da ação.

Envolvendo a todos os profissionais da equipe, nas consultas semanais do médico, nas palestras educativas semanais da equipe, nas ações de saúde comunitárias mensais da equipe, nas visitas domiciliar quinzenais dos agentes de saúde e nas atividades do grupo de pessoas com HAS e DM.

#### Qualificação da prática clínica

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

#### Detalhamento da ação.

Envolvendo a todos os profissionais da equipe, nas consultas semanais do médico, nas palestras educativas semanais da equipe, nas ações de saúde comunitárias mensais da equipe, nas visitas domiciliar quinzenais dos agentes de saúde e nas atividades do grupo de pessoas com HAS e DM.

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

#### Detalhamento da ação.

Com apoio de um profissional mensalmente nas reuniões da equipe.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal as pessoas com hipertensão.

#### Detalhamento da ação.

Com a revisão dos prontuários clínicos semanalmente, depois das consultas com o médico e enfermeiro.

#### Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento da ação.

Com apoio de todos os membros da equipe em cada consulta.

#### Engajamento público

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento da ação.

Envolvendo a todos os profissionais da equipe, nas consultas semanais do médico, nas palestras educativas semanais da equipe, nas ações de saúde comunitárias mensais da equipe, nas visitas domiciliar quinzenais dos agentes de saúde e nas atividades do grupo de pessoas com HAS e DM.

#### Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento da ação.

Com ajuda dos Odontologistas da UBS, nas reuniões da equipe mensalmente.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal as pessoas com diabetes.

Detalhamento da ação.

Com a revisão dos prontuários clínicos semanalmente, depois das consultas com o médico e enfermeiro.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento da ação.

Com apoio de todos os membros da equipe em cada consulta.

Engajamento público

Ação: Orientar as pessoas com diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento da ação.

Envolvendo a todos os profissionais da equipe, nas consultas semanais do médico, nas palestras educativas semanais da equipe, nas ações de saúde comunitárias mensais da equipe, nas visitas domiciliar quinzenais dos agentes de saúde e nas atividades do grupo de pessoas com HAS e DM.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento da ação.

Com ajuda dos Odontologistas da UBS, nas reuniões da equipe mensalmente.

### **2.3.2 Indicadores**

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas

Meta 1.1: Cadastrar 60% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador: 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.

Meta 1.2. Cadastrar 60% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador: 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 hipertensão residentes na área de abrangência da UBS.

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

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 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.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 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.

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 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.

Meta 2.4. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 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.

Meta 2.5. Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 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 Mellitus.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Indicador 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.

Meta 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Indicador 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.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 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.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 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

Meta 3.1. Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1. Proporção de pessoas com hipertensão, faltosos 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.

Meta 3.2. Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 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

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 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.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 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.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 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 à pessoas com diabetes Mellitus.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 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

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 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.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.2. Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional.

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

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

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 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.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pessoas com diabetes.

Indicador 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.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 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.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 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.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 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.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 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**

Para realizar a intervenção, com foco no programa de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, serão utilizados os Cadernos de Atenção Básica nº 36 e nº 37 do Ministério da Saúde, 2013. Adotaremos também a ficha espelho disponibilizada pelo curso. Com esta intervenção, desejamos acrescer a prevenção e redução das doenças e agravos não transmissíveis e assim melhorar a qualidade de vida da população adstrita mediante a promoção de saúde. Contataremos e comprometeremos o gestor municipal para dispor das fichas espelho necessária. De acordo com o estimado na planilha de coleta de dados, segundo a nossa população, existem na área adstrita, 179 pessoas com HAS e 44 pessoas com DM. Para o acompanhamento mensal da intervenção, utilizaremos a planilha eletrônica de coleta de dados, disponibilizada pelo curso.

Para organizar o registro específico do programa, o médico junto com o enfermeiro coletarão os dados de todos os usuários cadastrados no programa, nos atendimentos e nos prontuários, preenchendo desta forma a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas faltosas, exame laboratoriais e vacinas em atraso.

O médico, o enfermeiro e os ACS, efetuarão as visitas domiciliares quinzenalmente para realizar atividades educativas, avaliar os acamados e constatar a presença dos usuários cadastrados na área adstrita tomando em conta o registro da UBS.

Em cada encontro com o usuário, efetuiremos algo novo entre ele e a equipe, demonstrando nossa preocupação pela sua saúde, uma atenção de acordo com cada usuário, estimulado desta maneira, o retorno para as próximas consultas e atividades desenvolvidas na UBS. Esta informação será registrada pelo médico ou pelo enfermeiro no prontuário de forma adequada para que na próxima consulta possamos fazer comparações e identificar a periodicidade das mesmas e dos exames realizamos. Respeitaremos e

compreenderemos seus valores e crenças, além dos aspectos relacionados à doença e ao tratamento.

Manteremos os registros da unidade com os dados o mais atualizado possível assim como os prontuários clínicos através do médico, enfermeiro e técnico em enfermagem, para que desta forma possamos contar com as informações de qualidade necessárias. Assim teremos um controle da incidência, prevalência e complicações existentes nestes grupos. Anexaremos os questionários de estilos de vida, prática de atividade física e ficha da HAS e DM, em todas as histórias clínicas dos usuários preenchidas pela equipe durante o projeto.

Por meio da avaliação dos dados recolhidos no prontuário e registro existente na unidade de saúde, assim como a aplicação dos questionários, antes dito durante a execução da intervenção, identificaremos os usuários com fatores de riscos para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, isto será realizada de forma contínua para que desta maneira possamos trabalhar com os usuários na prevenção precoce das futuras sequelas e complicações.

No eixo organização e gestão dos serviços, se ampliara a cobertura das consultas dando prioridade a este grupo, melhorando também seu acolhimento. O médico e o enfermeiro buscarão sensibilizar os gestores e a comunidade sobre a importância da atenção a este grupo alvo utilizando os protocolos para a atenção a pessoas com hipertensão e diabetes. Para melhorar o acolhimento a técnica em enfermagem efetuará a triagem nas consultas semanais destes usuários incluindo a medida da cintura e avaliando o estado geral, para priorizar as atenções médicas, tendo uma atenção maior nos descompensados e nos incapacitados do grupo. Explicaremos em cada consulta semanal (quintas) a importância do seguimento e controle de sua doença, sempre deixando espaço na agenda para as demandas espontâneas deles ou atendimento das urgências. Da mesma forma sensibilizaremos a comunidade esclarecendo informação oferecida pelo médico e enfermeiro nas consultas semanais sobre os agravos destas doenças e aos gestores sobre a tecnologia necessária para utilizar na atenção de hipertensos e diabéticos de forma continuada pela equipe de saúde. Efetuaremos atividades informativas feitas na comunidade pelo médico e o enfermeiro com ações de promoção de saúde

incluindo os familiares e líderes informal da comunidade, como guia das ações utilizaremos os Cadernos de Atenção Básica que nós temos.

Toda semana se deixará cinco espaços nas agendas diárias, para os usuários com demanda espontânea, o qual será responsabilidade da técnica em enfermagem em conjunto com os ACS, atentando em especial para os faltosos às consultas programadas segundo os protocolos do MS. Também estaremos abertos às opiniões dos usuários quanto a sua conduta com o tratamento.

A organização do trabalho dos ACS referente aos agendamentos das consultas, o registro dos faltosos e a possível garantia da assistência na próxima semana, será organizado e coordenado pelo enfermeiro cada semana, na reunião da equipe. No entanto, toda a equipe tem a responsabilidade de avaliar se os dados preenchidos nos questionários e prontuários então sendo realizado corretamente.

Nas palestras educativas diárias na sala de espera serão introduzidos temas da promoção da saúde e prevenção das doenças cardiovasculares e metabólicas no público presente mediante exemplos reais das consequências das mesmas e seu efeito negativo no estado psicológico do usuário, a repercussão social e econômica, sobre a família e a comunidade com a colaboração dos agentes de saúde e a técnica em enfermagem. Nas diferentes ações de saúde na comunidade realizadas pelo médico e o enfermeiro utilizando os Cadernos de Atenção Básica para a atenção as pessoas com hipertensão e diabetes e com a participação de familiares e outras pessoas da comunidade, se esclarecerá sobre os programas de atenção em nossa unidade de saúde destes grupos e promoveremos os aspetos mais sensíveis das mesmas, buscando o apoio da população e sua compreensão. Também se informará acerca do projeto educativo que desenvolveremos para o melhoramento da qualidade de vida dos usuários com doenças crônicas não transmissíveis na população da unidade básica de saúde realizaremos reuniões na unidade de saúde com os usuários para o esclarecimento do projeto e conhecer se está de acordo o não participar em o projeto.

Para mapear as pessoas com hipertensão e diabetes, desenvolveremos os temas referentes a este tópico nas visitas domiciliares com os familiares, em busca de sua sensibilização e apoio para a adesão ao tratamento e seguimento

dos usuários. Promoveremos ações de saúde na comunidade de forma estável contando com o educador físico para promover a saúde dos mesmos. Sensibilizaremos e comprometeremos a comunidade, família e gestores sobre a necessária atenção e as prioridades que deve ter este grupo com atividades de prevenção e promoção. O médico, o enfermeiro e os agentes comunitários criarão grupos de apoio na comunidade que vigiem quinzenalmente o cumprimento do tratamento, e incitaremos a prática de atividades físicas destes pacientes, ajudando-se dos Cadernos de Atenção Básica.

Encaminharemos todos nossos esforços para que os familiares dos usuários e a comunidade em geral, conheçam sobre as principais complicações e suas sequelas, mediante folders distribuídos na unidade de saúde, nas visitas domiciliares e ações desenvolvidas, tudo isto em benefícios dos usuários na melhoria de sua qualidade de vida.

A sensibilização sobre a atenção e cuidados a pessoas com HAS e DM, como outros grupos alvo na comunidade e um aspecto a ser desenvolvido pela equipe da saúde da família em qualquer cenário (unidade de saúde, domicílio) onde podamos oferecer palestras educativas, mobilizar os usuários acompanhados pela ESF e de seus familiares para a participação no projeto educativo.

Para a qualificação de prática, promoveremos a capacitação e sensibilização da equipe e pessoal de acolhimento, utilizando os Cadernos de Atenção Primária de Saúde para a atenção aos usuários com HAS e DM. A capacitação do pessoal da equipe e demais trabalhadores da unidade será feita pelo médico e o enfermeiro uma vez ao mês na reunião da equipe para acrescentar os conhecimentos sobre a atenção e seguimento deste grupo alvo incluindo os temas mais frequentes, assim como daremos temas para estudos independentes que mais tarde serão avaliados na prática.

A qualidade é um dos principais objetivos a alcançar na atenção dos diferentes grupos de agravos nas áreas abrangência da UBS neste sentido a capacitação deverá estar presente em cada eixo a ser desenvolvido no projeto, onde estará respaldada nos protocolos do ministério assim como todas as informações possíveis e será realizada de forma ininterrupta durante todas as semanas nas reuniões da equipe, com temáticas aleatórias para cada membro.

Efetutando o uso das normas e protocolos, capacitaremos a equipe e em especial os agente de saúde, acerca da atenção integral dos usuários, da abordagem domiciliar, educação em saúde, assim como também algumas noções de farmacologia. Isto ocorrerá mensalmente na reunião de equipe.

Daremos capacitação aos integrantes da equipe pelo enfermeiro ou médico sobre os protocolos de atenção das doenças crônicas hipertensão e diabetes, de forma continuam utilizando os protocolos na UBS com ênfases nos fatores de risco cardiovasculares, prevenção e consequências para o usuário a família e a comunidade.



### **3 Relatório da Intervenção**

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

Estou apresentando, o relatório final, correspondente às doze semanas da nossa intervenção, onde eu faço uma análise do trabalho desenvolvido até o presente momento. Nossa intervenção transcorreu de acordo como planejado no cronograma, duração de três meses, todas as atividades previstas foram cumpridas, a primeira atividade realizada foi capacitação dos profissionais de saúde da UBS. Os protocolos de Hipertensão e Diabetes foram estudados nas reuniões de equipe, foi muito importante para o resultado final da intervenção. Na primeira reunião da equipe, definimos as atribuições de cada profissional na ação programática, o que facilitou o trabalho, pois cada um conheceu o que devia fazer durante a intervenção; também capacitamos os ACS para a realização de busca ativa de pessoas com hipertensão e diabéticos, faltosos à consulta. Esta capacitação ocorreu na primeira semana de cada mês e com ela conseguimos trazer a consulta, usuários com hipertensão faltosos; realizamos atividades com os grupos de usuários hipertensos e diabéticos que formamos nas comunidades, desenvolvendo quatro atividades e que permitiu aumentar o conhecimento destes grupos sobre suas doenças assim como incorporar os familiares e pessoas da comunidade nestas atividades.

Realizamos quatro palestras educativas com a comunidade e os usuários hipertensos e diabéticos para mudar os estilos de vida dos mesmos, o que facilitou o trabalho de seguimento dos doentes e de prevenção aos não doentes. Para o desenvolvimento destas atividades coletivas, sempre contamos com o apoio dos líderes das comunidades, as escolas e as igrejas, que emprestaram seus espaços e participaram conosco na intervenção. Estas atividades ficaram já como rotina e estão se realizando sistematicamente, monitoramos a qualidade dos registros dos

hipertensos e diabéticos, o que nos permitiu um melhor conhecimento e controle dos mesmos.

Desenvolvemos outro grupo de ações as quais foram cumpridas cada semana da intervenção como são o cadastramento de todos os hipertensos e diabéticos da área adstrita, monitoramento do número de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa e garantir o registro dos cadastrados, o que nos permitiu alcançar o objetivo de ampliar a cobertura de atenção a hipertensos e diabéticos previstos e superar o mesmo. Fizemos atendimento clínico dos hipertensos e diabéticos de acordo com os protocolos o que melhorou a qualidade de atenção e seguimento; realizamos a busca ativa dos faltosos as consultas; informamos cada semana à comunidade sobre a existência do programa de Atenção à Hipertensão e Diabetes na unidade de saúde garantindo um melhor resultado do trabalho; importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos uma vez ao ano, orientamos semanalmente à comunidade sobre a importância do rastreamento para diabetes mellitus em adultos com pressão arterial sustentada maior de 135/80 mmHg, assim como os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, orientamos os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes dos hipertensos e diabéticos e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade das extremidades avaliadas periodicamente, orientamos sobre a importância da realização de avaliação da saúde bucal, ter uma adequada nutrição, praticar atividade física regular e o efeito nocivo do tabagismo, especialmente aos hipertensos e diabéticos para o qual a equipe precisou se preparar, pois não contamos com apoio de profissionais de odontologia, educadores físicos, nutricionistas, psicólogos ou outros profissionais dedicadas a estas funções. Sempre foi garantido o atendimento dos usuário com HAS e DM provenientes da busca ativa, dos que buscaram o serviço e garantimos que se incorporassem ao seguimento planejado. Monitoramos o cumprimento da periodicidade das consultas de acordo com o protocolo, mantemos o registro das necessidades de medicamentos dos usuários cadastrados na UBS, monitoramos o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e orientamos os usuários e a comunidade quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. As atividades foram desenvolvidas totalmente, tendo como facilidade para a coesão da equipe e sua preparação, assim como o grau de comprometimento com a intervenção, a ajuda dos líderes da comunidade, da igreja,

das escolas e as próprias pessoas da comunidade. O que dificultou, mas não impediu a realização das mesmas, foi o fato de não contar com o apoio dos profissionais de odontologia, educadores físicos, nutricionistas e psicólogo ou outras profissionais com estas funções necessárias para acompanhamento de qualidade.

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

Das atividades propostas na intervenção, tivemos dificuldade com a organização da avaliação odontológica dos casos identificados como prioritários. Para garantir esta ação, os usuários eram avaliados durante a consulta por um dos profissionais da equipe, mas não foi possível o encaminhamento adequado devido à falta de odontólogo na UBS, ser um serviço deficitário no município. Tivemos encontros com o gestor municipal buscando alguma alternativa, mas não foi possível solucionar até o momento; outra ação não desenvolvida como planejada foi à realização dos exames complementares, os quais foram feitos em 100% das pessoas com HAS e DM acompanhadas na UBS, mas vários usuários precisaram fazer nos serviços da rede privada, não foi possível garantir vagas pelo SUS, muitos vêm de longe sem ter um dia específico para realizar, o que dificultou o agendamento pelo serviço público. Todas as atividades de orientação nutricional, orientação de atividades físicas e de efeitos nocivos do tabagismo foram feitas pela equipe da UBS, não contamos com outros profissionais para se juntar à equipe, situação que foi tratada nas reuniões com o gestor mais não foi possível garantir com pessoal de outra UBS.

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

Com relação à coleta de dados, posso dizer que ao longo da intervenção os dados foram coletados pelo enfermeiro e por mim sistematicamente, a atividade foi desenvolvida corretamente, em cada consulta fizemos o registro dos dados nas fichas espelho e prontuários dos usuários com hipertensão e diabetes que foram atendidos durante a semana. O fechamento das planilhas de coletas de dados e a atualização semanal das mesmas, foram feitas por mim e a discussão dos

indicadores foi feita nas reuniões da equipe, ao final de cada mês. Nossa equipe conseguiu atingir os objetivos e metas propostos no projeto ao final da intervenção.

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

As ações previstas no projeto estão incorporadas na rotina dos serviços da equipe da UBS, são de conhecimento de nossos profissionais, incorporamos a nossa rotina diária ações que não eram realizadas antes, como busca ativa dos faltosos, exame dos pés, pulsos e sensibilidade dos usuários diabéticos, verificação correta da pressão arterial e realização de exame de glicemia, revisão mensal do programa, ações educativas na sala de espera da UBS e com maior frequência nas comunidades, registro adequado dos dados dos usuários com hipertensão e diabetes, para o qual a equipe conta com a preparação e a organização, apoio dos líderes da igreja, das escolas e da comunidade. Nossa equipe tem o compromisso de trabalhar de maneira contínua para atingir em um futuro breve todos os usuários, consideramos que três meses é um tempo muito curto para atingir a meta de 100%.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção tratou da Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, UBS Igarapé do Lago, município de Santana no Amapá. Nossa UBS tem uma área de abrangência com população estimada de 1178 pessoas, 179 usuários com hipertensão e de 44 usuários com diabetes mellitus. Quando fizemos a análise situacional da UBS, tínhamos cadastrados 84 usuários hipertensos e 15 usuários diabéticos. Nossa intervenção foi desenvolvida durante 12 semanas e ao final da intervenção conseguimos cadastrar 112 usuários com hipertensão, 62,6 % e 34 usuários com diabetes, 77,3 %.

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

Meta 1.1. Cadastrar 60% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

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

A progressão do número de usuários com hipertensão avaliados pela intervenção foi a seguinte: no primeiro mês a nossa equipe cadastrou no programa 37usuários (20,7%), no segundo mês elevamos nosso cadastro para um total de 75 (41,9%) e no último mês avaliamos um total de 112 usuários com hipertensão, alcançando 62,6% da população com HAS cadastrada.

As ações que nos permitirem alcançar os resultados foram à realização de uma consulta semanal pelo médico, envolvimento da equipe da UBS, o correto preenchimento dos registros desses usuários, as visitas domiciliares, o aumento das vagas de atendimentos aos usuários com esta doença e o conhecimento da população da existência do programa.

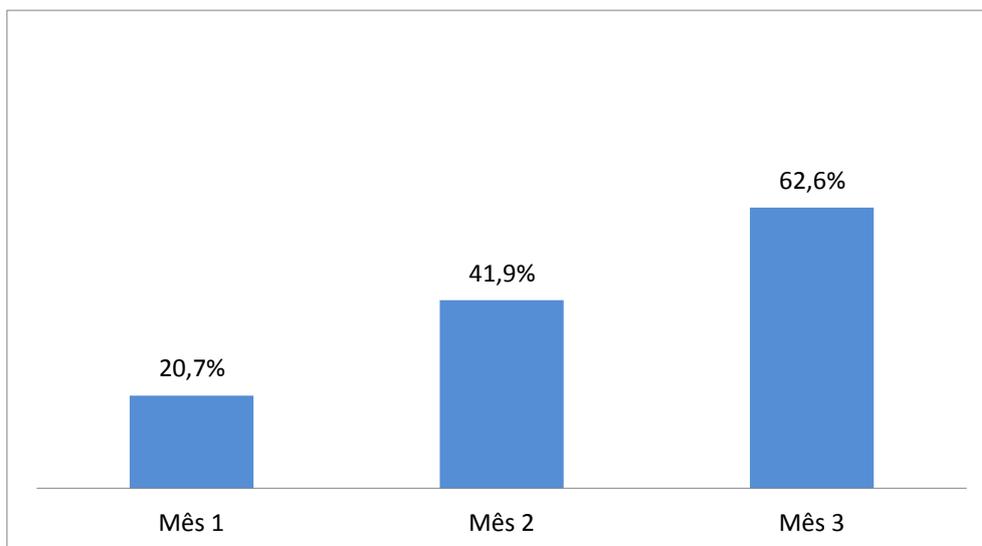


Figura 1: Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde  
Fonte: Planilha de coleta de dados, UBS Igarapé do Lago, Santana, AP

Meta 1.2. Cadastrar 60% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

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

A progressão do número de usuários com diabetes avaliados pela intervenção foi a seguinte: no primeiro mês a nossa equipe cadastrou no programa 10 diabéticos (22,7%), no segundo mês elevamos nosso cadastro para um total de 23 diabéticos (52,3%). No último mês avaliamos um total de 34 diabéticos alcançando 77,3% população diabética cadastrada.

As ações que nos permitirem alcançar os resultados foram à realização de uma consulta semanal pelo médico, envolvimento da equipe da UBS, o correto preenchimento dos registros desses usuários, as visitas domiciliares, o aumento das vagas de atendimentos aos usuários com esta doença e o conhecimento da população da existência do programa.

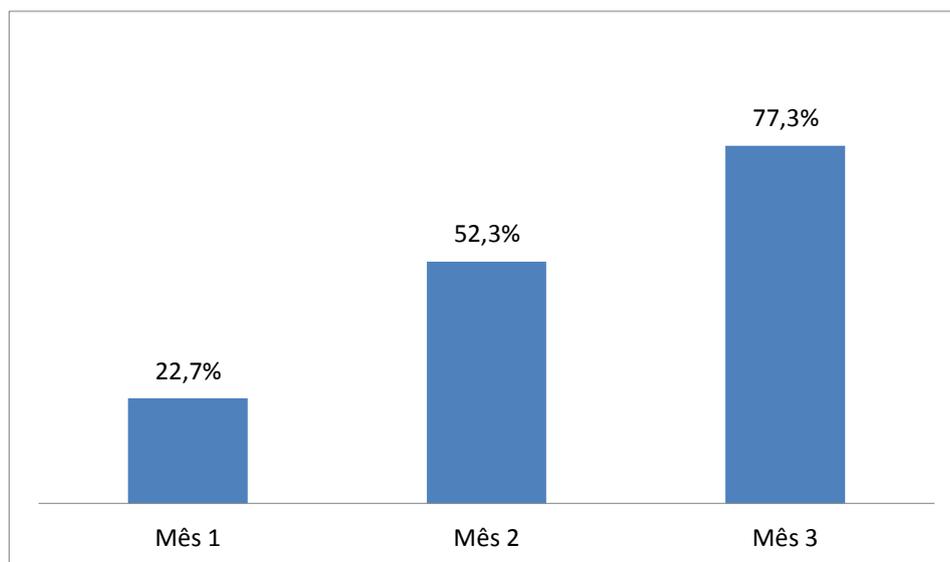


Figura 2: Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde.

Fonte: Planilha de coleta de dados, UBS Igarapé do Lago, Santana, AP

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

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

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

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

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

Com relação à proporção de usuários HAS e DM com o exame clínico em dia apropriado, posso falar que como médico da equipe, tentamos fazer o exame clínico apropriado em todos os casos, atingindo nossa meta inicial de 100%. Este indicador desde o início da intervenção se manteve em 100%, a equipe se propôs fazer uma avaliação de ótima qualidade a todos os usuários que foram atendidos dentro do programa. No primeiro mês realizamos o exame clínico para 37 usuários com HAS e 10 com DM, correspondendo a 100% em ambos os casos. No segundo mês foram examinados 75 (100%) com HAS e 23 com DM (100%) e no último mês a equipe examinou 112 (100%) com HAS e 34 (100%) com DM.

Entre as ações que permitirem obter este resultado, está a realização de um acolhimento adequado e triagem pela equipe na consulta semanal e anamnese,

exame clínico e solicitação e avaliação de exames no caso preciso pelo médico nessa consulta e uma correta definição das atribuições de cada profissional, o técnico de enfermagem faz a triagem, o médico a anamnese, exame clínico, solicitação e avaliação de exames em cada consulta feita.

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

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

A proporção de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia no primeiro mês foram avaliados 10 usuários com diabetes para 100%, no segundo mês chegamos a 23 (100%) e no terceiro mês alcançamos 34 usuários, 100% da população com diabetes atendida.

As ações que nos permitirem alcançar os resultados forem à realização de um acolhimento adequado e triagem pela equipe na consulta semanal e anamnese, exame clínico e solicitação e avaliação de exames pelo médico nessa consulta, garantia da consulta médica semanal a estes usuários, os ACS realizando as visitas domiciliares quinzenais e os técnicos de enfermagem na triagem da consulta.

Meta 2.4. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5. Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Sobre o indicador relativo à proporção hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia de acordo com o protocolo, a equipe adotou como estratégia garantir com os gestores na UBS 100% dos exames laboratoriais solicitados aos hipertensos e diabéticos dando prioridade

de atendimento aos mesmos desde a primeira consulta, os usuários vêm das áreas mais distantes. Inicialmente ocorreu muito bem, depois nem sempre foi possível garantir a realização de todos os exames de laboratório solicitados na UBS, os exames forem feitos em outros laboratórios, as vezes na rede privada por decisão dos usuários pois nos sempre demos a opção da realização em outro laboratório de outra UBS.

No primeiro mês se realizou o exame a 37 hipertensos (100%) e 10 diabéticos (100%), no segundo mês foram atendidos 75 hipertensos (100%) e 23 diabéticos (100%). No terceiro mês chegamos a 112 (100%) hipertensos e 34 (100%) diabéticos.

Entre as ações que mais contribuírem a atingir esta meta está a indicação dos exames de acordo com os protocolos e a revisão dos prontuários dos usuários semanalmente pelo médico.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

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

Meta 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

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

Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde foi outra das nossas metas. Para garantir que estes usuários recebessem sua medicação a tempo, adotamos como estratégia em nossa intervenção, indicar só os medicamentos que estavam disponíveis na farmácia da unidade, para que eles tivessem a maior facilidade de adquirir os mesmos dentro do programa, sempre que fossem possíveis. A equipe teve que indicar mudanças no tratamento para os usuários hipertensos que realizavam seu tratamento com remédios manipulados.

Podemos falar que no primeiro mês 37 (100%) dos hipertensos e 10 (100%) dos diabéticos receberam a medicação. No segundo mês foram 75(100%) dos hipertensos e 23 (100%) dos diabéticos. Finalizamos o terceiro mês com 112 (100%) dos hipertensos e 34 (100%) dos diabéticos. Estes resultados foram graças aos

nossos técnicos em farmácia, que foram responsáveis pela realização do controle de estoque de medicamentos e do trabalho dos ACS, que orientaram os usuários e a comunidade em geral sobre o direito dos mesmos de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Para atingir esta meta semanalmente monitoramos a existência dos medicamentos do programa na farmácia, a inter-relação com a farmacêutica e a informação desta nas reuniões mensais da equipe.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

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

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

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

A realização da avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos foi possível devido ao empenho e a realização própria equipe. Os usuários identificados com necessidade de atendimento odontológico foram encaminhados para seu atendimento no Centro Especializado Odontológico do município. Apresentamos problemas desde o início da intervenção até o final da mesma, a nossa UBS não tem serviço odontológico para o tratamento. No primeiro mês foram avaliados 37 hipertensos (100%) e 10 diabéticos (100%), no segundo mês foram 75 hipertensos (100%) e 23 diabéticos (100%). No terceiro mês terminamos com 112 hipertensos (100%) e 34 diabéticos (100%). A equipe só realizou exame bucal aos usuários na consulta agendada por protocolo pelo médico e sensibilizou aos mesmos em cada consulta ou palestras realizadas, sobre a importância de manter boa higiene bucal para prevenir infecções orais.

O trabalho foi feito graças à preparação da equipe nas reuniões mensais e à avaliação dos usuários em cada consulta ou nas visitas domiciliares.

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

Meta 3.1. Buscar 100% das pessoas com hipertensão, faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1. Proporção de pessoas com hipertensão, faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Meta 3.2. Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

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

Para Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa e fazer a busca ativa de 100% dos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada, a equipe teve como estratégia todas terças- feiras de manhã, antes de sair às visitas, revisar os prontuários e registros da área a visitar para identificar os faltosos às consultas e sem os exames complementares indicados, segundo os protocolos.

Acreditamos que atualmente existe boa adesão destes usuários, percebendo algumas mudanças do estilo de vida e um aumento do número de consultas e a realização do exame clínico, assim como exames laboratoriais necessários. Apesar das dificuldades apresentadas nas últimas semanas com a coleta de exame, os usuários estão tomando conhecimento de que esta intervenção é uma ação para benefícios deles, para melhorar sua esperança de vida. Isto foi graças à estratégia da equipe de vincular e acompanhar os usuários, levando o atendimento até um lugar perto de onde moravam, fazendo o seguimento das ações de saúde aos mesmos, através das visitas domiciliares e das palestras realizadas, onde falamos de promoção de saúde e prevenção de doenças.

Também a formação dos grupos de hipertensos e diabéticos todas as semanas, proporcionou interação, permitiu que no dia os faltosos comparecer a UBS sem agendamento e receber atendimento e orientação com a finalidade de melhorar adesão a nossa unidade. Além disso, aqueles hipertensos e diabéticos que precisavam de um seguimento mais estreito, como os acamados e aqueles com dificuldades de locomoção, foram visitados, avaliados e receberam orientações em sua casa.

Assim, no primeiro mês realizamos busca ativa de quatro hipertensos que foram avaliados e acompanhados (100%), todos diabéticos compareceram. No segundo e terceiro mês não tivemos hipertensos nem diabéticos faltosos, finalizando o terceiro mês com quatro (100%) hipertensos e nenhum diabético.

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

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

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

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

Manter a proporção ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia foi um indicador desenvolvido de uma maneira ótima pela nossa equipe de saúde, pois este indicador integrou os ACS neste processo (em todas minhas consultas ficava um ACS). Os ACS ficavam com as fichas espelho e preenchiam a parte dos dados iniciais dos usuários, sendo depois estas folhas anexadas aos prontuários. Nós monitorávamos a qualidade dos registros, logo os demais parâmetros foram preenchidos pelo médico no momento da consulta, sempre orientando aos usuários sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário para um correto seguimento e avaliação deles.

A equipe realizava atualização dos registros todas as semanas na reunião da equipe de saúde da família como parte da rotina, cuja finalidade era conhecer o comportamento da prevalência e incidência destas doenças em nossa área de abrangência. Isto possibilitou viabilizar nosso trabalho e atingimos aos 100%, que era nosso propósito. Assim no primeiro mês registramos 37 hipertensos e 10 diabéticos correspondendo respectivamente (100%) em ambos. No segundo foram preenchidos 75 hipertensos (100%) e 23 diabéticos (100%), e no terceiro mês fechamos com um total de 112 hipertensos (100%) e 34 diabéticos (100%) registrados adequadamente.

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

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

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

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

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

Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde eram outras de nossas metas, assim como priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Oferecemos assistência multiprofissional aos grupos de risco para as doenças do aparelho circulatório. A proporção de hipertensos e diabéticos com avaliação de risco cardiovascular foi perfeita, tivemos prioridade com os mesmos, tanto nas consultas quanto nas visitas domiciliares realizadas. A equipe monitorizou aqueles usuários com maior risco, pois considerou que o atendimento dos mesmos tinha que ser prioritário. Também capacitamos os ACS para acompanharem os grupos e membros da família nas orientações e uso dos medicamentos pelas pessoas com doenças do aparelho circulatório.

Oferecemos atendimento descentralizado com orientações de nutrição, fisioterapia e de atividades físicas aos usuários que em algum momento o necessitou, assim como encaminhamos para exames clínicos preventivos (ECG e exames laboratoriais). Orientamos a todos os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, esclarecemos aos mesmos quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis. Assim ficamos com o 100% dos diabéticos (10; 23 e 34) atendidos durante os três meses e 100 % dos hipertensos (37; 75 e 112).

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

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.1: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.2: Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional.

Para garantir a orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos organizamos práticas coletivas sobre alimentação saudável para ampliar e fortalecer as ações de alimentação saudável individual, familiar e na comunidade mediante ações de promoção de saúde através de palestras em todas as ações de saúde feita na área de abrangência. Conseguimos sensibilizar e capacitar à equipe para fazer atividades nas comunidades, como aferição do peso corporal, medida de cintura e avaliação em todas as ações de saúde feitas em nossa área.

Com relação à proporção de hipertensos e diabéticos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis, conseguimos alcançar nossa meta inicial de 100% em todos os hipertensos (37; 75 e 112) e 100 % em todos os diabéticos (10; 23 e 34) nos três meses.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

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

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pessoas com diabetes.

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

Garantir 100 % de orientação e realização da prática regular de atividade física aos hipertensos e diabéticos se cumpriu aos 100 % para todos os hipertensos (37; 75 e 112) e diabéticos (10; 23 e 34) nos três meses. Todos os usuários participaram nas palestras dadas pela equipe onde falamos da importância e benefício do exercício físico (caminhadas em áreas abertas). Também alguns usuários acamados receberam a visita da equipe e orientamos as atividades físicas a realizar em sua casa. Em cada consulta fazíamos a promoção da prática de atividade física regular, seus benefícios para a saúde (ativa a circulação, melhora a qualidade de vida).

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pessoas com hipertensão.

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

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

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

Em relação a garantir a orientação sobre risco de tabagismo, primeiramente a equipe cadastrou o número de usuários tabagistas mediante a revisão dos prontuários clínicos e entrevistas feitas nas consultas pelo médico e o enfermeiro. Tanto em consultas como em palestras realizamos orientações sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos e a população em geral. Devido a repercussão negativa sobre a saúde pessoal e coletiva, foi orientado a todos os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Assim, 100% dos hipertensos (37; 75 e 112) e dos diabéticos (10; 23 e 34) receberam orientação nos três meses de intervenção.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

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

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

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

A proporção de hipertenso e diabético que receberam orientação sobre higiene bucal também foi ótima, apesar de não ter o especialista na UBS. Em cada consulta sempre falávamos da importância de manter uma boa higiene bucal. Realizamos, com ajuda do enfermeiro e as técnicas da enfermagem, atividades de promoção e prevenção de saúde bucal. Não pudemos garantir o atendimento individualizado destes usuários por não ter odontologista na UBS para uma revisão da cavidade bucal daqueles que precisavam.

Assim orientamos no primeiro mês 37 hipertensos (100%), no segundo foram 75 hipertensos (100%) e no terceiro mês 112 (100%). Os usuários diabéticos

foram todos contemplados em 100% nos três meses, com 10 diabéticos orientados no primeiro mês, 23 no segundo e 34 no terceiro atingindo nossa meta inicial de 100%.

Acreditamos que apesar de alguns problemas identificados, a aplicação do projeto de intervenção foi um êxito e auxiliará na qualificação das ações de saúde deste grupo populacional. Sabemos que ainda há muito caminho para andar em relação a estas doenças, mas a nossa equipe já iniciou os primeiros passos.

## **4.2 Discussão**

A intervenção na minha UBS propiciou o início do acompanhamento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, os quais anteriormente procuravam assistência na unidade, apenas quando se manifestava alguma alteração no seu estado de saúde decorrente da doença. A Melhoria na Atenção aos usuários com HAS e/ou DM, possibilitou uma melhoria nos atendimentos ofertados aos usuários, os quais passaram a ter um prontuário e registro exclusivo para o seu acompanhamento, organizando todas as ações realizadas.

Antes da realização da intervenção a maioria das atividades voltadas para a atenção a estes usuários eram concentradas no profissional médico e as mesmas se resumiam no atendimento de consulta e alguma que outra visita domiciliar. A intervenção revisou as atribuições de cada profissional da equipe de saúde, viabilizando a atenção a um maior número de usuários, assim como incorporou todos os elementos necessários para fazer uma adequada avaliação dos mesmos, conforme estão preconizados nos protocolos e pelo SUS.

A equipe conseguiu desenvolver todas as ações propostas, acredito que a intervenção proporcionou uma ampliação da cobertura, possibilitou o aumento da quantidade de consultas realizadas na nossa UBS. Tivemos alguns obstáculos ao iniciar o nosso trabalho, não tínhamos um cadastramento correto da nossa população, não existiam registros dos mesmos. Apesar desta dificuldade, houve melhoria dos registros e da qualificação da atenção prestadas aos usuários, agora os registros estão em dia, percebendo-se uma melhora significativa no seguimento dos usuários com HAS e/ou DM, incluindo aqueles acamados e com problemas de locomoção que não podem vir na UBS.

Esta intervenção proporcionou uma capacitação dos profissionais da unidade para desenvolver suas práticas assistências pautadas nas recomendações do Ministério da Saúde. Ações como avaliação e estratificação de risco cardiovascular, orientação e promoção em saúde sobre alimentação saudável, prática regular de exercícios físicos, tabagismo, higiene bucal, rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento de hipertensos e diabéticos, fez com que toda a equipe, em maior ou menor grau, se tornasse capacitado para atender esses usuários. Tal capacitação abrangeu todos os profissionais envolvidos, desde a auxiliar em enfermagem que realizava o acolhimento e a triagem dos usuários, aferição da pressão arterial, peso e altura.

Os ACS realizarem o cadastramento da população permitindo delimitar adequadamente as áreas de atendimento, facilitando a busca ativa de pessoas com HAS e/ou DM, além disto, ficaram responsáveis pela classificação da necessidade e da frequência das visitas domiciliares naqueles usuários que mais necessitavam da mesma. Estas ações integraram ainda mais nossos ACS.

O enfermeiro e a técnica de enfermagem sempre foram as responsáveis pelo acolhimento adequado, triagem e seguimento dos usuários atendidos, assim como a atualização dos registros. Também tiveram que incorporar em sua rotina diária a realização de orientação sobre promoção e prevenção em saúde. O médico foi a responsável de preencher a maioria das avaliações, fazer o exame clínico completo em todas as consultas, organizar as diferentes ações e palestras a ser realizadas, assim como manter uma conduta médica terapêutica adequada para cada situação. Também realizou o seguimento dos acamados e aqueles usuários que por problemas de locomoção não puderam vir até a UBS.

Nossa equipe se empenhou para melhorar o acolhimento dos usuários, ampliou consideravelmente sua presença nas visitas domiciliares e em ações de saúde com o adequado seguimento dos mesmos. Estas atividades promoveram o trabalho integrado do médico, do enfermeiro, da auxiliar de enfermagem e dos ACS, ficando cada um com suas próprias responsabilidades dentro da equipe.

Com relação ao serviço, nossa intervenção acabou tendo impacto significativo em diversos setores da UBS, pois para alcançar as metas traçadas, todos os profissionais da UBS se envolveram na mesma, cumprindo com as ações delimitadas a cada um deles.

A realização dos atendimentos com marcação de consultas e o início de utilização de agenda, antes não praticados na unidade, acabaram proporcionando uma melhor organização do fluxo destes usuários nos atendimentos da unidade, viabilizando a agenda para a atenção à demanda espontânea. Seguindo protocolos preestabelecidos, qualificamos nossa assistência e difundimos esta metodologia de atenção para outros programas de saúde como o pré-natal e puerpério, atenção da criança e dos idosos.

Outro aspecto que quero destacar como positivo é que através do cadastramento da população, temos um número atualizado dos usuários com doenças crônicas, permitindo efetiva distribuição e pedido de medicamentos para eles.

O impacto da intervenção na comunidade é muito bom e está sendo notada, pois a maioria dos usuários demonstra satisfação com a prioridade no atendimento, assim como as visitas domiciliares e a realização de palestras educativas. Muitos estão querendo acompanhar a evolução de sua doença; outro ponto que nos faz perceber a satisfação dos acompanhados é a grande quantidade de usuários que atualmente acolhe a consulta, procurando iniciar o acompanhamento devido a informações recebidas.

Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos usuários desassistidos, situação esta que acreditamos estar resolvida em um futuro breve, atualmente estamos trabalhando neste aspecto. A maior dificuldade é que não conseguimos avanços no que se refere às ações de acompanhamento de saúde bucal, principalmente pelo fato de não conseguirmos implantar marcação de consultas nesse âmbito da atenção básica, ainda não temos serviço de saúde bucal na UBS, dependemos de outra UBS para o atendimento odontológico. A situação deste serviço no município é muito precária, pela falta de infraestrutura, especialistas e de matérias para efetuar o atendimento.

Se pudesse iniciar novamente a intervenção, gostaria de iniciar a mesma baseada em uma análise situacional com população da área de abrangência atualizada, um cadastro real de toda a população atendida na UBS, fazer um estudo a partir de estimativas, atrapalha um pouco o trabalho. Também daria mais atenção a divulgação inicial nas comunidades, faltou uma articulação com a comunidade em geral para discutir as atividades que estavam sendo desenvolvidas pela equipe, explicar os critérios para priorização da atenção as pessoas com HAS e/ou DM e

discutir a melhor maneira de programar a mesma. Estes encontros foram feitos, mas somente com os usuários alvo da intervenção e suas famílias, faltou com a população em geral.

Acredito que a cobertura teria sido maior se tivéssemos realizado também uma melhor articulação com a outra equipe de saúde desde o começo, como aconteceu no final da intervenção. Com certeza teriam contribuído para obter melhores resultados nos indicadores, população melhor assistida, o que permitiria realizar um seguimento mais estreito com a equipe e comunidade.

Hoje que estamos no fim da intervenção, a equipe está muito mais integrada que o início da mesma. Muitas das ações realizadas foram incorporadas na rotina do serviço, superando assim algumas das dificuldades encontradas no início. Com certeza, com o dia a dia, vamos ampliar a cobertura da intervenção e melhorar os aspectos que ficaram com pior desempenho.

Para cumprir com nosso propósito, estamos ampliando o trabalho de conscientização com a comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos diferentes grupos, em especial os de alto risco, sempre tentando garantir o atendimento à demanda espontânea para o resto da população.

Nos próximos meses, tentaremos ampliar a cobertura até alcançar os 100% para que todos os usuários possam receber os benefícios da intervenção. Também tentaremos elevar o resto dos indicadores, fazendo uma especial ênfase na cobertura do atendimento odontológico para os usuários da UBS, já seja logrando o atendimento em outra UBS de forma coordenada ou com a ubiquação de um odontologista em nossa UBS. Pretendemos investir na busca ativa de hipertensos e diabéticos, assim como continuar evitando que existam usuários faltosos as consultas. O próximo passo, após a plena implantação do este programa, será a implantação na UBS do programa de atenção à saúde de idosos, tomando este projeto como exemplo. Inclusive já estou conversando com alguns colegas que realizaram a sua intervenção nesse grupo para ter ideias de como efetivar a implantação, pois acreditamos que será possível obtermos grandes melhorias no acompanhamento desta população alvo.

Graças a nossa intervenção, temos garantido um aumento considerável na qualidade da atenção a estes usuários, esperamos que as experiências obtidas sejam utilizadas para aumentar a qualidade dos atendimentos em outras áreas e

programas dentro da UBS com mais qualidade e esperança de vida para os usuários do SUS.

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

Prezado Secretário Municipal de Saúde

Senhor Aguinaldo

Sou o médico Julio Cesar Quesada Oduardo, trabalho na UBS Igarapé do Lago, Santana-AP desde o mês de setembro 2015 iniciou-se em nossa Equipe de Saúde a Família, um projeto de intervenção com o objetivo de melhorar a atenção de saúde das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus como parte do Curso de Especialização à distância da UFPEL, instruído para os participantes do Programa Mais Médicos para o Brasil. Este foi o foco de nossa intervenção tendo em vista que esta era uma ação programática que tinha grandes dificuldades e fragilidades em nossa unidade e a seguir estarei descrevendo o relatório de todas as ações realizadas na nossa UBS.

Conforme relatado em oportunidades anteriores, venho lhe informar sobre o relatório das 12 semanas da nossa Intervenção aos usuários com hipertensão e diabetes pertencentes à UBS Igarapé do Lago.

Iniciamos nossa intervenção realizando uma ampla divulgação a respeito do que estávamos pretendendo desenvolver na comunidade. Essa divulgação foi direcionada a todos os hipertensos e diabéticos existentes na nossa área de abrangência, mas não ficou restrita apenas a esta população, pois expandimos a mesma para outros grupos populacionais, uma vez que tínhamos a ideia de que quanto mais pessoas ficassem a par da intervenção, mais sucesso nós teríamos na sua implantação e mais facilmente conseguiríamos obter as nossas metas. Acreditávamos que, mesmo divulgando nossa intervenção aos usuários que não pertenciam e esta população alvo, estes poderiam repassar essas informações a outras pessoas que pudessem ser beneficiadas pela intervenção.

A meta que pretendíamos alcançar com a implantação do projeto era que, ao final dessas 12 semanas de intervenção, pelo menos 60% dos hipertensos e diabéticos moradores da área de abrangência da unidade de saúde estivessem cadastradas e sendo acompanhadas na unidade. Tal meta foi alcançada e superada, chegando a 62,6% de hipertensos (112) de cobertura e 77,3% (34) dos diabéticos. Os usuários acompanhados foram avaliados com base nos manuais do Ministério da Saúde. Através do planejamento adequado, conseguimos realizar o acompanhamento e desenvolvimento dos usuários, possibilitando um diagnóstico precoce destas doenças. Também propiciou realizar a classificação de risco que auxiliou a prevenção e o tratamento precoce das complicações além de priorizarmos as medidas de promoção a saúde. Ainda com esta intervenção, conseguimos a priorização das atividades coletivas, como os grupos de hipertensos e diabéticos e as palestras informativas, com o objetivo de aumentar adesão da equipe às ações preventivas destinadas à população em geral, evitando predomínio de ações individuais de cunho curativo.

Acreditamos que através do aumento da adesão da população como às mudanças de estilo de vida, uso correto das medicações e estimulando a autonomia dos usuários em relação ao seu estado de saúde e de bem-estar, a intervenção contribuiu de forma significativa para melhoria das condições de saúde e de vida da população da nossa área de abrangência, aumentou a cobertura de pessoas com HAS e DM cadastradas e acompanhadas, além de um maior envolvimento e satisfação da população com a UBS, através dos atendimentos e de orientações diversificadas a esse público.

Dentre os vários pontos positivos alcançados durante a intervenção, destaco a união da equipe e a grande importância do trabalho multidisciplinar, cada um fazendo a sua parte com um único objetivo. Outro ponto importante foi ter utilizado os manuais e rotinas definidas nas capacitações da nossa equipe, pois isto está se expandindo para outros programas de saúde, como a assistência pré-natal e saúde da criança. Destaca-se ainda que, através desta intervenção, conseguimos implantar a realização de consultas com hora marcada, ponto muito importante para a organização da demanda de atendimento. Tal medida também foi estendida aos demais programas de saúde.

Outro ponto que muito nos ajudou, foi à infraestrutura que nos ofereceram na unidade, estamos com salas equipadas e quando solicitávamos algum material necessário para o andamento das ações, nos foi prontamente entregue. Agradeço todo este apoio que o gestor nos proporcionou para atender adequadamente à comunidade.

Algo que fazia parte do projeto, mas que foi muito difícil para conseguir implantar foi à realização do acompanhamento médico sincronizado ao atendimento odontológico. O principal fator responsável para a efetivação dessa sincronização foi à impossibilidade de marcar consultas odontológicas na unidade, pois a mesma não dispõe deste profissional neste momento. Gostaria de enfatizar que esta situação foi dialogada muitas vezes com a secretaria de saúde de saúde, aguardamos por uma solução para sanar esta situação. No entanto, estaremos acompanhando esta situação para que a mesma seja resolvida o quanto antes, a fim de qualificar a assistência para os nossos usuários. A equipe continuará fazendo uma avaliação mensal do andamento da intervenção, agora como rotina do serviço e proporcionará a você um informe dos acontecimentos e das dificuldades que vão se apresentando para o desenvolvimento do trabalho.

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

Caríssimos usuários da UBS Igarapé do Lago,

No mês de setembro de 2015 realizamos em nossa unidade de saúde, a implantação do projeto de intervenção que possibilitou à melhoria do controle da pressão arterial e glicemia das pessoas que sofrem destas doenças crônicas uma forma de atendimento antes não realizada no município. Os atendimentos direcionados aos usuários hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência, seguindo protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Vocês usuários de nosso serviço eram recebidos na unidade pela técnica de enfermagem quem fazia preenchimento sobre dados de identificação, dados antropométricos (peso, altura circunferência abdominal) medição de a pressão e a glicemia. Tais medidas eram colocadas em os prontuários e registros passados mais tarde ao médico ou o enfermeiro, as quais durante as consultas, realizávamos o preenchimento dos demais dados e a estratificação dos usuários por grupo de risco, exame clínico, solicitação de exames complementares de acordo com os protocolos, atualização de ficha de cadastro disponibilizada pela secretaria de saúde, preenchimento as fichas espelhos (estas últimas com ajuda de os agente comunitários de saúde) para que pudéssemos acompanhar de maneira mais concreta, assim, poder identificar com maior facilidade possíveis desvios da normalidade. A partir de agora, na sequência das consultas de vocês no nosso serviço, serão realizadas pelo menos quatro vezes ao ano, na maioria das vezes, por um médico ou pelo médico juntamente com o enfermeiro da unidade.

Suas consultas também serviram para orientar sobre o programa e seus objetivos, onde explicamos á respeito da periodicidade e da importância das consultas serem realizadas com os intervalos regulares. Somente assim, caso fosse detectada alguma anormalidade durante seu acompanhamento, o tratamento seria plenamente eficaz, também receberam orientações sobre importância de uma

alimentação saudável, prática de exercícios físicos de forma regular, higiene bucal, assim como adesão a o tratamento.

Nesta etapa a equipe se empenhou em conscientizar a população em relação ao seu problema de saúde, de forma a estabelecer abordagem da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus centrada em medidas de promoção a saúde e prevenção de complicações por isso foram criados grupos de hipertensos e diabéticos e a realização de palestras informativas, o grupo conta com a participação dos diversos profissionais da saúde

Pretendemos estender essa forma de atendimento a outros grupos na comunidade, sendo o próximo grupo escolhido o das gestantes na realização do pré-natal e o acompanhamento as crianças. Assim, será possível unir os grupos beneficiados, pois o filho da gestante que vem sendo acompanhada pela unidade seguirá em acompanhamento, nos mesmos moldes dos atendimentos já recebidos pela mãe durante o pré-natal.

Com a intervenção, iniciamos na unidade o esquema de marcação de consulta e a busca ativa os usuários faltosos. Contudo, isso quase não foi necessário, graças ao grande engajamento dos atendidos durante a intervenção. Além disso, procuramos implantar algumas formas de registro mais aprimoradas a essas consultas, como prontuário individualizado, que funcionará até que o prontuário eletrônico esteja completamente instalado na unidade e as fichas espelhos em que os principais pontos das consultas são registrados.

A equipe precisa de vocês para continuar desenvolvendo as atividades desta intervenção, que continuem com sua participação, de seu comprometimento e de seu apoio ao trabalho da equipe.

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

Refletindo sobre o desenvolvimento da nossa intervenção, posso dizer que minhas expectativas iniciais foram superadas. Primeiramente ampliamos nosso conhecimento acerca das políticas de saúde públicas brasileiras e dos seus diferentes protocolos de atuação, principalmente na ESF, além de conhecer acerca de algumas doenças que atualmente são muito difícil de encontrar em meu país, como a Malária, Leishmanioses, Hanseníases e Tracoma. Também tivemos a oportunidade de melhorar os vínculos com a equipe de saúde, pois conseguimos uma maior interação entre todos os membros da nossa equipe e das demais equipes, melhorando assim, a qualidade da atenção que hoje oferecemos a nossa UBS.

Muitos foram os fatores que determinaram a minha aprendizagem durante este período, onde acredito que, dentre todas, as ferramentas utilizadas na confecção e na elaboração das tarefas e o modelo de casos clínicos com questões múltiplas foram os que mais acrescentaram no meu conhecimento. Pudemos aprender sobre problemas comuns da atenção primária à saúde, principalmente pela qualidade dos textos anexados aos questionamentos. Além disto, a experiência de fazer o curso todo pela internet foi uma barreira que tivemos que transpor porque primeiramente não estávamos acostumados a isto e em segundo, tivemos que superar a barreira do idioma, sem falar da estabilidade da internet que era ruim e muitas vezes tínhamos a ausência do sinal.

Foi ótimo poder escolher nosso foco de atuação, pois ambas as doenças (HAS e DM) são muito frequentes na atualidade e constituem a principal causa de mortalidade no mundo. Foi uma experiência bonita participar diretamente com a população nas diferentes ações de saúde realizadas, pois nossa intervenção trouxe trocas importantes dentro de nossa UBS em relação à implementação das políticas

de saúde, que até esse momento não estavam se desenvolvendo. Graças a esta intervenção, hoje conhecemos a realidade da população atendida pela nossa equipe e o nosso trabalho está propiciando melhoras significativas na assistência dos nossos usuários.

A satisfação de ver a evolução das ações programática gerava cada vez mais, vontade para estudar e se atualizar em relação ao conteúdo direcionado a intervenção. As ações desenvolvidas nesta serão, certamente, aplicadas em outras áreas.

Hoje a equipe está muito mais integrada que no início e muita das ações realizadas foram incorporadas na rotina do serviço, superando assim algumas das dificuldades encontradas no início. Com certeza, com o dia a dia, vamos ampliar a cobertura da intervenção e melhorar os aspetos que ficaram com pior desempenho. Nesse sentido, as atividades já se estenderam para os programas de saúde do pré-natal e da criança.

## Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 56 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I).
2. Disponível em  
<[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo\\_CAP\\_28.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf)>.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília, 2010. 44 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12).
4. Disponível em:  
<<http://observasaude.fundap.sp.gov.br/pacto/Acervo/Cadernos%20do%20Pacto%20pela%20Sa%C3%BAde/volume12.pdf>>.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13). Disponível em:  
<<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf>>.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde,
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em:  
[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_37.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf)

8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 52 p.: il. color (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_estrutura\\_ubs.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_estrutura_ubs.pdf)>.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.ht](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.ht)>.
10. Malta DC, Cezário AC, Moura L, Moraes Neto OL, Silva Junior JB. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*; 2006. p. 47-65
11. Organização Mundial da Saúde: Perfil das doenças crônicas não transmissíveis por país, 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2014/en/>> Acesso em: 15/10/2014
12. Siqueira, Fernando Carlos Vinhole ET al. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1): 39-44, 2009.

## **Apêndices**

## Apêndice A - Foto da equipe



Figura 3: A equipe no Igarapé do Lago

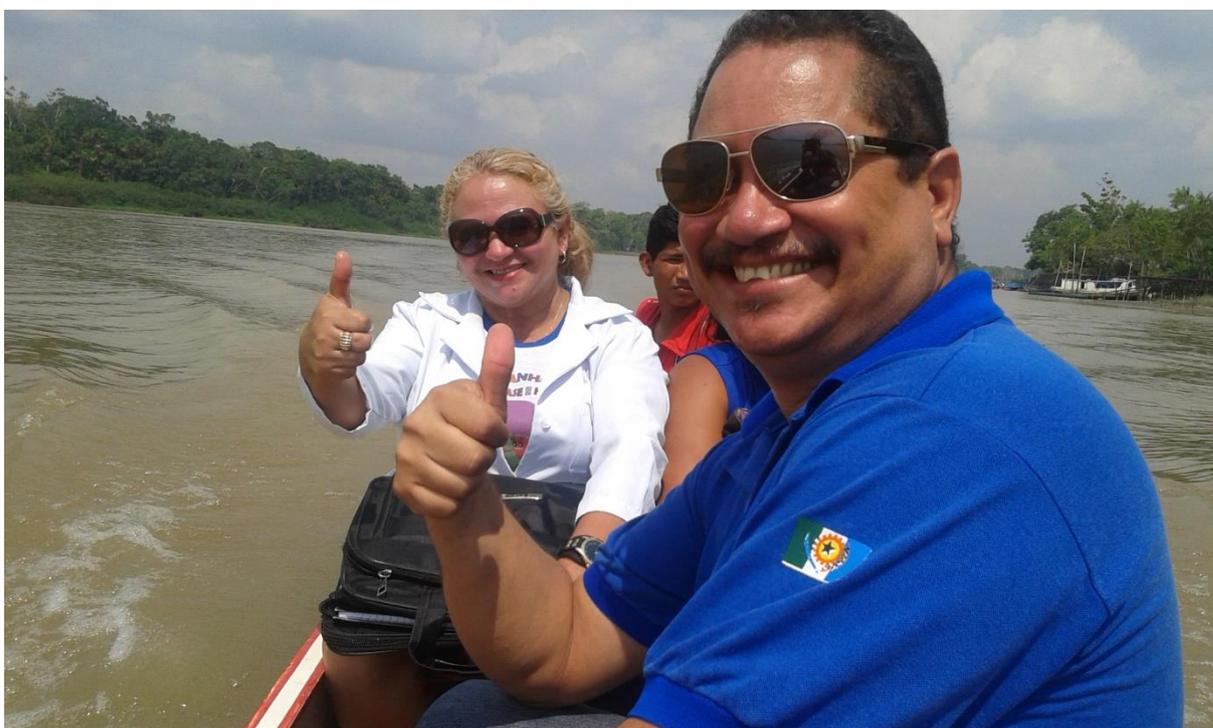


Figura 4: A equipe visitando a comunidade ribeirinha do Rio Matapí.



Figura 5: A técnica de enfermagem fazendo a triagem.



Figura 6: Usuários na sala de espera.



Figura 7: O enfermeiro fazendo atendimento.

## **Anexos**

## Anexo A - Documento do comitê de ética



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

---

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

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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





## **Anexo 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