

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turman<sup>09</sup>**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

MELHORIA DA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS COM HAS E/OU DM, NA UBS  
RAIMUNDO DO ROSARIO MELO, NOVA OLINDA DO NORTE/AM

Dianela Esther Garcia Rojas

**Pelotas, 2016**

**Diana Esther Garcia Rojas**

MELHORIA DA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS COM HAS E/OU DM, NA UBS  
RAIMUNDO DO ROSARIO MELO, NOVA OLINDA DO NORTE/AM

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: Jandro Moraes Cortes

Pelotas, 201

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

R741m Rojas, Dianela Esther Garcia

Melhoria da Atenção aos Usuários com HAS e/ou Dm, na UBS Raimundo do Rosario Melo, Nova Olinda do Norte/AM / Dianela Esther Garcia Rojas; Jandro Moraes Cortes, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

104 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. Cortes, Jandro Moraes, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

## Resumo

ROJAS, Dianela Esther Garcia. **Melhoria da Atenção aos usuários com HAS E/OU DM, da UBS Raimundo do Rosário Melo, Nova Olinda do Norte-Amazonas.** Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – Modalidade de Educação à Distância. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016..

Este trabalho descreve a implementação de um projeto de intervenção desenvolvido no período de três meses na Unidade Básica de Saúde Raimundo do Rosário Melo o objetivo e melhorar a saúde das pessoas com Hipertensão Arterial (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM). As ações foram desenvolvidas nos eixos de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento ao público e qualificação da prática clínica. A totalidade de usuários com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus participou de atividades educativas de promoção e prevenção, isso paralelamente aos atendimentos clínicos que ocorreram continuamente pelos três (3) meses na UBS. As buscas ativas foram realizadas em 100 % das ausências dos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. A totalidade (100%) (18) dos profissionais da equipe foi capacitada para o atendimento integral em saúde dos usuários com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus. Foram fornecidas orientações nutricionais, sobre alimentação saudável comportando se 100% (253) a proporção de pessoas Hipertensas com orientação nutricional sobre alimentação saudável e 91,2 % (114) com Diabetes Mellitus, os efeitos negativos do tabagismo comportando se 100 % (253) com Hipertensão Arterial e 91,2 % (114) usuários com Diabetes Mellitus, em quanta orientação de atividades física comportando em Hipertensos aos 100 % (253) no ultimo mês e em 91,2 % (114) os usuários com Diabetes Mellitus, entre outros de importância considerados fatores de riscos. Os registros foram mantidos atualizados em planilha e prontuário em 100% dos usuários cadastradas através da revisão mensal dos prontuários. Ao final da intervenção foram apresentados 92.1% (233) usuários com Hipertensão Arterial com exames complementares em dia, de acordo com o protocolo e 108 % (86,4) de usuários com Diabetes Mellitus. Proporção de pessoas com Hipertensão Arterial com estratificação de risco cardiovascular com exame clinica em dia foi de 92, 9 % (235) e 88,8 % (114) dos usuários com Diabetes Mellitus. Todos receberam orientações sobre aqueles fatores risco que é diretamente proporcional incidência destas doenças crônicas. Fizemos ampliação da cobertura da atenção aos usuários com essas doenças, melhoramos os registros e a qualificação da atenção, onde foi muito importante o exame dos pés dos usuários Diabéticos, a avaliação odontológica, nutricional e fatores de riscos associados às doenças crônicas. Permitiu que a equipe se capacitasse para continuar nosso trabalho com as recomendações do Ministério da Saúde além conhecimento sobre os protocolos destas doenças sendo freqüentes em nossa comunidade, aumentou o conhecimento sobre rastreamento, diagnósticos, tratamento e monitoramento da Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus, Estes conjuntos de ações em associação às práticas de promoção de saúde e prevenção de saúde constituem o início da modificação e incorporação de novos hábitos de saúde à rotina destes usuários.

**Palavras-chave:** Saúde da Família; Atenção Primaria a Saúde, Doença Crônica, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial.

### Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção a hipertensão arterial sistêmica na UBS	62
Figura 2	Cobertura do programa de atenção Diabetes Mellitus na UBS	63
Figura 3	Proporção de pessoas com HAS com exame clinica em dias de acordo com o protocolo	64
Figura 4	Proporção de pessoas com Diabetes com exame clinica em dias de acordo com o protocolo	65
Figura 5	Proporção de pessoas com Diabetes com o exame dos pés em dia	66
Figura 6	Proporção de pessoas com HAS com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	67
Figura 7	Proporção de pessoas com Diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	69
Figura 8	Proporção de pessoas com HAS com prescrição de medicamentos de farmácia popular Hiperdia priorizada	70
Figura 9	Proporção de pessoas com Diabetes com prescrição de medicamentos de farmácia popular Hiperdia priorizada	71
Figura 10	Proporção de pessoas com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	72
Figura 11	Proporção de pessoas com Diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	73
Figura12	Proporção de pessoas com HAS faltosos as consulta sem busca ativas	74
Figura 13	Proporção de pessoas com Diabetes faltosos as consulta sem busca ativas	75
Figura 14	Proporção de pessoas com HAS com registros adequados na ficha de acompanhamento	77
Figura 15	Proporção de pessoas com Diabetes com registros adequados na ficha de acompanhamento	78
Figura 16	Proporção de pessoas com HAS com estratificação de risco cardiovascular	79
Figura	Proporção de pessoas com Diabetes com estratificação de risco	80

17	cardiovascular	
Figura 18	Proporção de pessoas com HAS com orientação nutricional sobre alimentação saudável	81
Figura 19	Proporção de pessoas com Diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável	83
Figura 20	Proporção de pessoas com HAS com orientação sobre a prática de atividade física regular	84
Figura 21	Proporção de pessoas com Diabetes com orientação sobre a prática de atividade física regular	85
Figura 22	Proporção de pessoas com HAS que receberam orientação sobre risco do tabagismo	86
Figura 23	Proporção de pessoas com Diabetes que receberam orientação sobre risco do tabagismo	87
Figura 24	Proporção de pessoas com HAS que receberam orientação sobre higiene bucal	88
Figura 25	Proporção de pessoas com Diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal	89

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

APS- Atenção Primária de Saúde

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AM – Amazonas

CEO- Centro Especialização Odontológico

CAP - Cadernos de Ações Programáticas

DM - Diabetes Mellitus

ESB - Equipe Básica de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

Km- Quilômetros

MS- Ministério de Saúde

MM-HG - Milímetro de Mercúrio

OMS- Organização Mundial de Saúde

PA- Pressão Arterial

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

USG- Ultrasonografia

Apresentação .....	6
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	8
Estrutura da Unidade Básica Raimundo do Rosário Melo.....	8
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	23
2 Análise Estratégica .....	23
2.1 Justificativa .....	23
2.2 Objetivos e metas .....	25
2.2.1 Objetivo geral .....	25
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	25
2.3 Metodologia .....	27
Detalhamento das ações.....	27
2.3.2 Indicadores .....	45
2.3.3 Logística.....	51
2.3.4 Cronograma .....	53
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	59
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	59
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	59
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	60
4 Avaliação da Intervenção .....	61
4.1 Resultados .....	61
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	95



## **Apresentação**

Trata-se de um Trabalho de Conclusão de Curso, realizado durante o curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, junto à Universidade Federal de Pelotas. Este trabalho apresenta uma intervenção em saúde às pessoas com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus, realizada na cidade Nova Olinda do Norte- Amazonas, em uma equipe de Estratégia de Saúde da Família da cidade abrangendo uma população de 2.984 usuários.

Durante o curso, realizamos análise de nossa atuação, em quantos equipes de ESF, através dos cadernos de ação programática e a avaliação qualitativa, que fizemos optar por este grupo específico de usuário. Pois, na área específica, este grupo de usuários carecia de uma melhoria no atendimento que lhes proporcionasse uma melhor qualidade.

Primeiramente, foi realizada uma análise situacional do serviço, como ele estava organizado na UBS estruturalmente, estrutura física, equipe, e condições de trabalho. Também uma análise da área, e estrutura da saúde apresentada onde o município tem 34, 498 habitantes com uma população predominantemente rural, doce (12) UBS das sete (7) na cidade e cinco (5) na zona rural, predominando a pesca como atividade, com via de acesso fluvial e, temos um (1) hospital para fazer as internações dos usuários que estiverem precisando.

Depois, se apresenta o projeto da intervenção, que é a análise estratégica, com a justificativa da escolha desta ação programática, objetivos e metas, a metodologia que se divide em ações, indicadores, logística e cronograma.

Temos o relatório da intervenção, dentro deste consta, as ações desenvolvidas durante a intervenção, dificuldades, facilidades e se foram cumpridas parcial ou integralmente, ações que não foram desenvolvidas, durante a intervenção,

parcial ou integralmente examinando facilidades e dificuldades encontradas e as dificuldades com coleta de dados relativa à intervenção, planilhas, indicadores e viabilidade das ações realizadas de serem incorporadas à rotina do serviço da Unidade.

A avaliação da intervenção inicia com os resultados, a discussão destes e o relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade. Após vem a reflexão crítica do processo de aprendizagem, onde avalio os resultados e minhas expectativas em relação à intervenção. Finalizando, constam as referências e os anexos.

## 1 **Análise Situacional**

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

#### Estrutura da Unidade Básica Raimundo do Rosário Melo

Localizada no município de Nova Olinda do Norte-AM em área urbana presta atendimento um total de 2984 usuários está estruturada da seguinte forma: na entrada têm uma sala grande de recepção, à direita têm uma farmácia, uma sala de espera, o consultório médico, depois, dois banheiros masculino e feminino, almoxarifado, uma área de serviços e a cozinha; à esquerda têm uma sala de curativos, sala de observação, sala de nebulização, consultório de enfermagem, sala de vacinação.

Esta UBS é uma construção moderna de um andar, que têm trinta metros de comprimento por vinte e cinco metros de largura, atende dez micros áreas e têm dez agentes comunitários de saúde, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e uma médica, odontólogo, técnica em saúde bucal, vacinador, psicólogo, nutricionista e educador físico

Atende-se a uma população de 2.984 pessoas, levamos todos os programas de saúde em existência no SUS, como são: Planejamento familiar, Hipertensão, pré-natal, saúde da criança, saúde na escola, saúde de idosos, saúde da mulher, pré-natal, programa de detecção precoce de câncer cérvico-uterino. A equipe deve identificar os principais problemas de saúde da população que atendem é fazer acompanhamento das pessoas mais necessitadas, fazer visita domiciliar para os pacientes acamados, doentes de diabetes, hipertensão arterial, controle das pessoas de risco, para deste jeito, ajudar melhorar a qualidade de vida da população.

A equipe tem um bom vínculo entre os profissionais, temos conhecimento dos indivíduos das famílias. No início fiz o mapeamento do território e o cadastramento da população adstrita além o diagnóstico de saúde da comunidade e a priorização das ações a serem desenvolvidas pelos profissionais.

A Atenção Primária de saúde é a porta de entrada do sistema de saúde e esta baseada no atendimento integral e no fácil acesso para a população, utilizamos a estratégia de saúde baseada nos princípios do Sistema Único de Saúde para ajudar na redução de morte pelas complicações das doenças crônicas além de satisfazer as necessidades da população.

Como aplicamos todo isso em nosso serviço.

Trabalhamos em equipe de um jeito planejado. Na unidade Básica trabalhamos uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, odontólogo, técnica em saúde bucal, psicóloga, nutricionista, educador físico e dez ACS. Temos dez micros áreas trabalhando em conjunto e conhecemos toda a comunidade identificando os problemas de saúde.

Damos prioridades para o atendimento planejado, as pessoas com doenças crônicas e com fatores de riscos. Brindamos consultas para grávidas e crianças.

Após de ter conhecido os principais problemas da comunidade damos palestras que fundamentalmente vão dirigidas a mudar hábitos e estilos de vida para melhorar a saúde das pessoas. São realizadas campanhas de vacinação frequentemente.

Fazemos avaliação individual, na família, na comunidade e no território estabelecendo novos planos para melhorar a saúde das pessoas, fazemos pesquisa e prevenção de alguns tipos de câncer, como de colo de útero, de mama, boca e outros.

Com todas estas ações de saúde realizadas cada dia aumenta nosso vínculo com a comunidade e já quase a equipe é vista como uma família, sendo sempre convidada para participar em diferentes atividades que fazem as comunidades, por exemplo, atividades esportivas, culturais e sociais.

Em conclusões, nossa estratégia vai dirigida melhorar a Saúde da Família

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O município de Nova Olinda do Norte, no Estado do Amazonas possui uma população em torno de 34.498 pessoas, com 24.910 cadastradas no SIAB e distribuídas em 5.420 famílias. A UBS Raimundo do Rosário Melo possui uma população de 2.984 pessoas em sua área de abrangência. Nosso município possui 12 UBS, (sendo 5 localizadas na zona urbana e 7 na zona rural). Existe um NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) para área urbana e 2 NASF para área rural. Não temos disponibilidade do CEO para todas as UBS. Quanto à disponibilidade da atenção especializada e de alta complexidade, podemos dizer que não temos especialista da atenção secundária para fazer as respectivas avaliações de que precisam os pacientes, de forma que precisamos, quando necessário, encaminhá-los para a capital Manaus, que se situa a 144 km por via fluvial (14 horas de viagem), já que a via aérea só é utilizada para pacientes de atenção especializada de urgência. Com relação à disponibilidade de serviço hospitalar e de média complexidade fazemos encaminhamentos das UBS dos usuários com critério médico de internamento pelas doenças que não podem ser acompanhadas na atenção básica e que podem comprometer sua vida. Penso que o período de internação é curto levando em consideração as doenças que motivam as internações. No caso das gestantes, chegam apenas para ter seus filhos, quando em muitas ocasiões estão precisando ser internadas para modificar fatores de risco que apresentam.

Quanto à disponibilidade de exames complementares temos somente um laboratório para atender a população própria do município, que se trata de uma população ribeirinha, somada ainda à população do município de Borba sendo próximo de Nova Olinda do Norte com alta demanda na realização de exame complementar. Temos também um mamógrafo com pessoal qualificado e fazemos exame de Ultrassonografia geral, tanto partes moles, quanto obstétricos.

Trabalho na UBS Raimundo do Rosário Mela está na área urbana, no centro da cidade, possuindo uma população cadastrada de 2.984 pessoas, existindo vínculo com o SUS penso que não responde com as demandas da atenção primária de saúde, já que temos quantidade considerável de usuários ainda aguardando ser atendidos em serviços do SUS, relacionados com especialidades específicas como neurologistas, cardiologistas, nefrologistas, ortopedistas e pediatras com maiores demandas de crianças. Na UBS existe vínculo com as instituições de ensino estando intimamente relacionadas com o modelo de atenção da Estratégia Saúde da Família

(ESF). Nossa unidade conta com uma equipe de saúde, composta por uma enfermeira é a gerente da UBS, uma médica especialista em medicina geral integral, uma técnica em enfermagem, um odontólogo, uma assistente de consultório dentário (ACD) e dez Agentes Comunitários de Saúde (ACS), além um (1) vacinador e uma faxineira.

Temos uma população de 2.984 pessoas como citado anteriormente e que é distribuída como aparece na tabela abaixo:

Faixa etária	Feminino	Masculino	Total
< 01 ano	25	30	55
1-4 anos	52	47	99
5-9 anos	78	83	161
10-14 anos	58	69	127
15-19 anos	77	98	175
20-39 anos	187	240	427
40-49 anos	302	382	684
50-59 anos	238	259	497
60 y, mas	324	435	759
Total	1341	1643	2984

Fonte: Secretaria de Saúde Nova Olinda do Norte- BGE 2010

Em relação à estrutura física, considero a minha UBS Raimundo do Rosário Melo deficiente, considerando que não temos disponibilidade de vários itens importantes para a atenção adequada em saúde como otoscópio, oftalmoscópio, conexão com internet, telefone, autoclave, forno de Pasteur. Às vezes ocorre de faltar materiais básicos como esparadrapo. Não há uma manutenção adequada do mobiliário, tampouco há reposição de materiais de consumo para calibragem das balanças e do esfigmomanômetro. Todas essas deficiências afetam diretamente ou indiretamente o funcionamento da UBS e, obviamente, a qualidade do serviço ofertado à comunidade. Temos que pensar em estratégias de intervenção para o enfrentamento desses desafios. Sempre busco a gestão, por meio as Secretaria

Municipal de Saúde, a fim de dar conhecimento sobre nossas necessidades estruturais e junto à equipe penso num plano de ações com todos os funcionários da UBS para dar encaminhamento às nossas demandas. Dessa forma, poderemos melhorar o acolhimento e o cuidado ofertado aos usuários nas diferentes ações relacionadas à prevenção de agravos, promoção à saúde que eles precisem e procurem nossa instituição de saúde. Não existem materiais educativos para ações de promoção. Não se realizam testes diagnósticos na unidade para gravidez, HIV, Sífilis. Temos protocolos de Saúde na Escola, Saúde Reprodutiva, protocolos de seguimentos de doenças crônicas como HAS, DM, Epilepsia, Asma Brônquica, Saúde sexual e Doenças Sexualmente transmissíveis, acidentes do Lar e protocolos das doenças odontológicas, sobretudo, pelas urgências como para seguimento de pré-natal e urgências delas. Não contamos com livros didáticos para fazer revisão de conteúdos e melhorar algumas tendências de saúde com prioridades da UBS. Dentro de todas as deficiências a mais grave do processo de trabalho é a afluência de usuários de outras áreas e municípios que ficam próximo a Nova Olinda do Norte. Além disso, atuo em outra UBS da cidade de Maria do Carmem, faço atendimento dessa população com grande demanda de pacientes e do município de Borba. Dessa forma, nossa demanda é grande e muitas vezes faltam até medicamentos para nossa própria população além de apresentar carências de recursos.

No programa de Saúde Bucal se oferta um bom atendimento básico e especializado, mesmo assim não conhecemos os indicadores desta especialidade e está faltando estratégias de trabalho para protocolizar o trabalho da equipe de saúde relacionado com a saúde bucal. Não temos condições estruturais e materiais suficientes para a instalação de próteses.

Realizamos busca ativa dos usuários faltosos às ações programáticas na UBS, sendo que precisamos ainda melhorar nesse aspecto. Fazemos encaminhamentos para outros níveis de atenção do sistema, respeitando fluxos de referência e contra referência, utilizamos protocolos para atendimentos nas especialidades, internação hospitalar, serviços de pronto-socorro além de acompanhamento do usuário em situações de internação domiciliar e mesmo hospitalar. Trabalhamos realizando atividades com grupos de qualidade de vida na UBS, direcionados adolescentes, aleitamento materno, combate ao tabagismo, doenças crônicas sendo esta, também, uma deficiência identificada, sobretudo

quando se relaciona à disponibilização do tratamento farmacológico para este fim, mas continuamos fazendo atividades educativas e multidisciplinares tentando de mudar modo e estilo de vida da população, além de ações de educação em saúde sobre o conhecimento das doenças e suas complicações. Também trabalhamos com os idosos, planejamento familiar, pacientes com sofrimento psíquico com apoio de equipe de saúde e valorização sistemática pela psicóloga de nossa UBS. Outro programa de importância é a pesquisa do câncer ginecológico, além da saúde da mulher que, embora não tenhamos nossos propósitos alcançados neste programa, fazendo atividades de promoção e prevenção e acompanhamento das mulheres, quando muitas não haviam feito preventivo nenhum e com vida sexual ativa, além de outros fatores de riscos associados. Também importante as puericulturas no ano 2014 foi um indicador que se comporto positivamente nossa UBS. Temos como grande desafio as deficiências os retornos dos usuários para as consultas programadas, aparecendo então como demandas espontâneas. Aparecem muitas vezes apresentando um problema de saúde que foi identificado e encaminhado na consulta programática, mas como não retornam, surgem com complicações da doença de base.

Fizemos um levantamento com informações para a Secretaria de Saúde do município para avaliar em curto prazo a solução para estas demandas. Também em nossas reuniões de equipe debatemos sobre aspectos organizativos da UBS como Agenda de Trabalho, organização de trabalho e planejamento das ações, além de monitoramento e análise de indicadores e informações em saúde, assim faz nosso trabalho pra garantir o bom funcionamento da UBS e melhorar a qualidade de vida de nossa população, melhorando indicadores de importância em atenção básica de saúde levando sempre como ferramenta de trabalho a educação em saúde como aspecto importante para o usuário e para toda a equipe da UBS e o serviço.

Em nossa UBS se trabalha para manter e possibilitar o acesso contínuo aos serviços de saúde, onde se conhecem a integração das ações programáticas e demanda espontânea, fazendo articulação das ações de promoção de saúde com vigilância da saúde do povo, tratamento e reabilitação, realizando gestão de cuidado integral do usuário onde temos como modalidades de atendimento demanda espontânea nossa UBS, sendo aquela onde o usuário esta precisando de um atendimento e não está agendado ou que não é especifica de nenhum setor.



Realizamos a escuta das necessidades dos usuários, sendo fundamental esta modalidade de atendimento quando o usuário apresenta um problema de saúde agudo. Com relação à demanda espontânea, a busca pelo serviço ocorre principalmente por cefaléia, dispnéia, níveis tensionais elevados. Neste último caso ocorrem principalmente pela baixa adesão aos tratamentos prescritos. O acolhimento a demanda espontânea é uma prática que temos presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários em minha UBS. Precisamos ter em mente que mesmo os usuários que são acompanhados regularmente pelas ações programáticas podem apresentar exacerbações em seu quadro clínico e demandar atenção no momento que não é de acompanhamento agendado. Penso que, quando o usuário tem sintomas de sua doença não tem que ir pra o pronto socorro, devendo procurar atenção em sua UBS, onde conhecem ele por ter um acompanhamento regular. A capacidade de excelência que precisamos ter na atenção básica passa pela capacitação que deve ser feita desde a recepcionista, que em minha UBS é o primeiro contato que tem o usuário.

Sobre a Saúde as Crianças têm 42 crianças menores de um ano as quais serão cadastradas com abertura de cartão do SUS pelos ACS, confecção seus prontuários e começo da consulta de puericultura com a identificação dos fatores de risco seu primeiro ano de vida.

Dando conhecer para a mãe a importância da consulta de puericultura onde fazemos atendimento de pediatria preventiva e os cuidados que fazem parte da supervisão de rotina de saúde infantil. Na atualidade no acompanhamento integral do processo de desenvolvimento da criança se trabalha para fazer redução da morbimortalidade infantil e de um ótimo desenvolvimento da criança sobre todo no primeiro ano de vida.

Na UBS se trabalha também com os protocolos de atendimento para criança, agora estamos no processo de trabalho multidisciplinar, não são somente o médico e a enfermeira que devem de conhecer os mesmos, temos participação da nutricionista, psicólogo, educador físico, odontólogo, técnica enfermagem e ACS, avaliamos indicadores de cobertura e de saúde da criança como referência nesta especialização mesmo assim conhecemos que têm que ser parte das atividades de minha UBS onde identificamos ações previstas de protocolos da criança.

Uma debilidade que temos é o retorno dos pacientes para suas consultas de puericulturas mesmo assim temos um dia de atendimento as crianças sendo na sexta feira pela manhã de cada semana, avaliamos a realização do test. do pezinho feito, triagem auditiva, monitoramento do crescimento e desenvolvimento deles na consultas de puericulturas com avaliação da saúde bucal e vacina, alguns deles com atraso no esquema vacinal por apresentar doenças agudas como respiratórias e diarréicas mesmo assim muitas vezes temos dificuldades no município com a cobertura com o test. do pezinho para as crianças , minha governabilidade esta baseada em informar a secretaria de saúde do município sobre essa dificuldade , falamos e orientamos a nossas mães da importância do aleitamento materno e prevenção dos acidentes no lar como bronco aspiração.

Na UBS temos um registro para puericulturas, específico e programático, e os prontuários de seguimentos das crianças, onde se plasma todas as atividades que vamos fazendo cada mês de vida com seguimento de aqueles fatores de risco sendo a curva de peso o maior risco onde eles são encaminhados para avaliação pela nutricionista determinando seguimento e conduta principalmente com crianças menores de um ano.

Com relação ao pré-natal e puerpério, temos de acordo com o Caderno das Ações Programáticas (CAP), uma estimativa de 30 gestantes em nossa área de abrangência, com uma cobertura de 97% (29 gestantes). Em quanto ao puerpério, segundo CAP, temos estimados 63 partos nos últimos 12 meses, com uma cobertura de 40%. Dispensamos ações de cuidado durante todo o ciclo gravídico e puerperal para prevenir a mortalidade e morbidade da mãe e da criança a traves de uma serie de cuidados e recomendações que incluem ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce, tratamento adequado dos problemas que ocorrem neste período que podem comprometer a mãe e o produto da concepção, conhecendo que a nível mundial pelas estadísticas da OMS e no Brasil a mortalidade infantil e materna ainda constitui um problema de saúde publica já conhecido, que requer ações multidisciplinares para melhorar os indicadores em nossa população.

Fazemos atendimento pré-natal programado de acordo com as recomendações do MS. Terça-feira é o nosso dia de atendimento de pré-natal

existindo oferta de atendimento para gestantes com problemas de saúde agudos e protocolo de atendimento realizado pelo MS, o qual adequou para nossa realidade. São desenvolvidas ações diversas que contemplam problemas clínicos em geral como saúde bucal, saúde mental, cânceres de colo de útero e mama, imunizações, promoção aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis, atividades físicas.

Realizamos avaliação de risco gestacional, onde usamos os protocolos para regular o acesso das gestantes a outros níveis do sistema de saúde. Existe uma equipe multidisciplinar responsável pelo seguimento e evolução da grávida neste período conhecendo os diferentes níveis de atenção para os quais ela pode ser encaminhada para avaliar um evento que pode aparecer durante a gravidez já seja para internação hospitalar ou serviços de pronto atendimento. Trabalhamos para evitar os partos extra-hospitares, sendo ainda uma debilidade que temos devido ao fato de que nossa cidade está delimitada por o Rio Madeira. Fazemos atividades de prevenção e promoção.

E importante ressaltar que parte das gestantes realiza seus partos na sua própria comunidade, com aquelas pessoas identificadas como parteiras. Temos arquivos com registros específicos para grávidas, revisado pela equipe, com mais frequência pela médica e enfermeira. Temos uma equipe multidisciplinar que acompanha nossas gestantes com profissionais como nutricionista, psicóloga, educador físico. Nossas grávidas possuem cartão de pré-natal, prontuários e cartão do SUS para seus atendimentos e se necessário, fazemos atendimento de gestantes de fora da nossa área de abrangência. As ações voltadas para as gestantes incluem o controle do posicionamento do peso na curva de ganho de peso, controle da vacinação, saúde bucal, falamos sobre aleitamento materno, cuidados do recém-nascido, sobre risco de tabagismo, álcool e drogas, anticoncepção no pós parto. O acompanhamento puerperal da gestante e do recém-nascido ainda é um desafio que temos no sentido de garantir o retorno das puérperas. Conduzimos o programa SISPRENATAL e o cadastro delas é levado para secretaria de saúde pela enfermeira, gerente da unidade. Penso que seja importante a realização das reuniões para planejamento, gestão e coordenação do programa pré-natal porque é o cenário onde estamos todos os profissionais e se pode avaliar a situação real que temos de nosso programa, além de programar

atividades para a atenção ao pré-natal e puerpério, este último precisa ser melhorado com relação ao acompanhamento adequado das puérperas, já que ainda não está definida em minha unidade como linha de trabalho pelos funcionários. Sabem que o retorno é muito importante, mas não temos resultados satisfatórios neste indicador de saúde.

Falando dos indicadores de qualidade da atenção pré-natal e puerperal, reflito que ainda temos dificuldades para o bom desenvolvimento da atenção. Temos 29 grávidas das quais 19 tem pré-natal iniciado no primeiro trimestre da gestação (66%), 26 delas possuem consultas de acordo com calendário do ministério de saúde (86%), 100% delas tem solicitação de exame na primeira consulta, 86% tem vacina antitetânica e contra hepatite B, 100% com suplementação de sulfato ferroso sendo este também um problema em nossas consultas devido que damos atividades de promoção e prevenção da anemia com todas suas complicações na gravidez e temos grávidas com anemia ferropriva. Mesmo assim sabemos que algumas nunca em sua gravidez tomaram o medicamento. O 100% das gestantes realizaram avaliação da saúde bucal e têm orientações sobre aleitamento materno. O aleitamento materno é abordado desde as consultas de planejamento familiar até o momento da gravidez e nascimento das crianças e em nossas consultas de puericulturas, sabemos que na prática não temos aleitamento materno exclusivo em 100%.

Com relação ao controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama, posso dizer que esta é uma das preocupações de nossa equipe. Penso que seja da máxima importância o atendimento voltado para essas ações programáticas. Eu como médica conheço o universo de mulheres que temos para trabalhar, além dos programas que estamos conduzindo para garantir uma melhoria no estado de saúde delas. Temos como objetivo principal analisar e organizar o atendimento destas duas grandes ações já consagradas na Atenção Primária de Saúde. Quanto ao controle do Câncer de Colo de Útero e de acordo com o CAP, existe em nossa área de abrangência uma estimativa de 631 mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos e que, portanto devem ser pesquisadas para este tipo de câncer. Acompanhamos 590 mulheres e, dessa forma, temos uma cobertura estimada em 94%. Conhecemos o universo de nossas usuárias para trabalhar neste programa, além dos protocolos disponibilizados pelo MS. Temos os registros de realização de preventivo conhecido

pelo médico e pela enfermeira, além das condutas com os diferentes eventos que aparecem. Ainda assim, temos dificuldades para realização do exame das mulheres faltosas. Temos um dia para a realização de preventivos, sendo quinta-feira pela manhã e tarde. Muitas vezes ocorre do exame ser realizado em outros momentos. Temos em nossa UBS recursos materiais, além de pessoal capacitado para fazer a coleta. Com relação às faltosas, realizamos visitas para explicar a importância do exame, sobre todo quando se trata daquelas com vida sexual ativa ou outra condição que pode estar relacionada com a presença de DST's e outras infecções ginecológicas. Existe uma grande demora na entrega dos resultados. Muitas vezes, quase chega até 6 meses ou mais. Além do contato com a Secretaria de Saúde, continuamos trabalhando na modificação de modos e estilos de vida e fazendo atividades de promoção à saúde e prevenção de agravos acerca da importância do exame ginecológico. Com relação aos indicadores de qualidade, podemos trazer que das 590 mulheres acompanhadas, 515 apresentam o exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia. No entanto temos 29 exames com mais de seis meses de atraso. Todas as acompanhadas têm avaliação de risco para câncer de colo de útero, orientações sobre prevenção e sobre DST's. Possuímos 86% de exames coletas com amostras satisfatórias.

Especificamente com relação ao Controle do Câncer de Mama, utilizamos o protocolo do MS. De acordo com o CAP, temos 146 mulheres entre 50 e 69 anos, com uma cobertura estimada em 99%. Com relação aos indicadores de qualidade, apresentamos apenas 12 mulheres com mamografias em dia, sendo 132 com mais de 3 meses de atraso. Possuímos, no entanto, 100% das mulheres com avaliação de risco para Câncer de Mama e orientação sobre prevenção. Temos os registros organizados e realizamos atividades de grupo, onde ensinamos as mulheres como fazer o auto-exame das mamas, além o momento ideal para realizar conjuntamente com os profissionais da saúde que integram nossa equipe. Damos palestra sobre a importância de trabalhar na identificação dos fatores de risco que podem contribuir direta ou indiretamente para o aparecimento desta doença, abordando que toda mulher com mais de 40 anos deve realizar um exame clínico de mama anualmente, aquelas entre 50 e 69 anos devem realizar mamografia a cada 2 anos e mesmo que a mulher não perceba nenhum sintoma, se uma pessoa de família principalmente mãe, irmã ou filha teve esta doença antes dos 50 anos, tem mais chances de

desenvolver a doença e se já teve câncer em uma de suas mamas ou câncer de ovário em qualquer idade deve ficar mais atenta, sendo neste caso, a partir dos 35 anos o exame clínico de mama e a mamografia devem ser feitos 1 vez por ano. Na comunidade até o momento não tem casos de mulheres com câncer de Mama, só aquelas doenças benignas que realizam acompanhamento como os fibroadenomas de mamas, fibrolipomas e displasias de mama. No município existem profissionais capacitados para realização da USG, além da interpretação clínica da lesão encontrada.

HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA  $\geq 140 \times 90$  mmHg). Associa-se, freqüentemente às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares. Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças como aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica. É uma doença crônica não transmissível, sendo uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos. Em nossa UBS se trabalha em equipe pra diminuir as complicações da HAS e fazemos rastreamento para HAS a cada dois anos nas pessoas adultas com pressão arterial menor de 120 -80 mm Hg e anual se a pressão sistólica estiver entre 120-139 mm Hg e a diastólica entre 80-90 mm HG, tendo a mesma uma prevalência muito alta na população. De acordo com o CAP, temos uma estimativa de 530 hipertensos com 20 anos ou mais na área de abrangência, 253 são acompanhados, ou seja, uma cobertura de apenas 45%. Temos um registro de doenças crônicas dentro delas a HAS com uma alta prevalência na população condicionada pelos diferentes fatores de risco como obesidade, antecedentes de história familiar, sedentarismo, stress, tabagismo, ingestão de álcool e outras substâncias nocivas. Ofertamos cobertura da atenção às pessoas com HAS sendo que reservamos na semana dois dias pela manhã para dar seguimento a esses usuários. No entanto, se chegarem usuários fora do dia específico são atendidos do mesmo modo. Fazemos avaliação do risco cardiovascular (92%), embora alguns faltem às consultas. Temos como dificuldades a realização de fundo de olho nas consultas, não temos oftalmoscópio para realizar

o exame que poderia ser feito pelo clínico geral e não temos também oftalmologista nossa área, apenas quando são realizados os mutirões. Ainda com relação aos indicadores de qualidade, temos 9 usuários hipertensos com consultas agendadas em atraso de mais de 7 dias, 80% com exames complementares em dia, 92% com orientações nutricionais e sobre prática de atividade física regular e 71% com avaliação da saúde bucal em dia. Temos nutricionista que, junto com equipe de saúde realiza tais orientações para promoção à saúde. Nossos usuários migram com muita facilidade pra outras comunidades no interior levando com eles seus medicamentos, que muitas vezes termina e até que eles retornem ficam sem medicação, chegando descompensados e algumas vezes necessitando de atenção secundária especializada por abandono do tratamento farmacológico. De igual forma, esquecem o tratamento no farmacológico com indicação de orientações gerais. Outra deficiência que temos é justamente a escassa cobertura de medicamentos farmacológicos para os usuários hipertensos e/ou diabéticos em nossa área, dificultando-se a evolução satisfatória.

DM refere-se a um transtorno metabólico de etiologia heterogênea, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina. O DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à HAS e à disfunção endotelial. Trata-se de um problema de saúde considerado condição sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares. Segundo o CAP, existe uma estimativa de 151 diabéticos com 20 anos ou mais em nossa área de abrangência, com cobertura de 59% são acompanhados 125 diabéticos, sendo cinco (5) deles insulino dependentes com complicações como polineuropatia diabética e retinopatia diabética, embora estejam com seus sendo acompanhados, dificultando-se o internamento deles pra compensação da doença. Quanto aos indicadores de qualidade, temos 100% dos usuários diabéticos com estratificação de risco cardiovascular, orientações nutricionais, orientações sobre prática de atividade física regular e avaliação de saúde bucal. Por outro lado temos, 16 usuários com consultas agendadas com mais de sete dias de atraso, 81% com exames complementares periódicos em dia, 51%

com exame físico dos pés nos últimos 3 meses e 48% com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso, além de avaliação da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses. Considerei de importância quando cheguei para atuar em minha UBS, fazer um levantamento deles e seus tratamentos e verifiquei que estavam realizando tratamentos inadequados, a exemplo do uso da medicação metformina de 850 MG em usuários diabéticos desnutridos, quando a indicação seria para usuários diabéticos tipo II obesos. Do mesmo modo como ocorre com os usuários hipertensos, temos dois dias para atendimento específicos do DM. A equipe conjuntamente trabalha para reduzir os índices de mortalidade neste grupo de risco. Temo como deficiência também a baixa cobertura de medicamentos principalmente de Insulina NPH e glibenclâmida 5mg. A fim de melhorar a expectativa de vida, realizamos um conjunto de ações, identificando os riscos, com exame de rotina e glicemia em jejum. Outros realizam hemoglobina glicosilada, com estudos da esfera renal, cardiovascular e oftalmológicas pendentes, registrando em seus prontuários, também, a avaliação pela nutricionista e psicóloga se precisarem e ações de saúde bucal.

O processo de envelhecimento caracteriza-se pela diminuição da reserva funcional, que somada aos anos de exposição a inúmeros fatores de risco, torna os idosos mais vulneráveis às doenças. APS deve realizar uma avaliação global da saúde da pessoa idosa, com ênfase na funcionalidade. De acordo com o CAP, temos uma estimativa de 180 usuários idosos com mais de 60 anos em nossa área de abrangência, com uma cobertura de 97%. Quanto aos indicadores de qualidade, não temos registros específicos que permitam uma avaliação mais profunda, mas sabemos que os idosos acompanhados têm 107 portadores de HAS (61%) e 58 diabéticos (33%). Em minha UBS se conhece o universo de pacientes idosos. Ainda assim, o programa não está estruturado para trabalhar como os outros, os idosos terminam por serem atendidos e avaliados com periodicidade porque quase todos apresentam uma doença crônica associada. Como existe em outros programas, buscamos ofertar cuidados em saúde de forma integral aos idosos acompanhados em nossa UBS. Temos nutricionista, psicólogo, educador físico, odontólogo. As atividades educativas em nossa UBS são encaminhadas a melhorar a dinâmica de vida de este grupo de usuários, além de melhorar a qualidade de vida deles, evitando acidentes no lar, complicações por doenças crônicas e melhorar o estado



de vida com apoio psicológico porque ele tem tendência à depressão e outras vezes quadros de ansiedade que desencadeiam uma deterioração dos seus estados de saúde. Buscamos garantir uma melhor expectativa de vida para nossos usuários hipertensos.

Estamos trabalhando para conhecer realmente a população da área de abrangência de nossa UBS, no trabalho do dia a dia, de forma multidisciplinar, onde atuamos todos os profissionais da equipe para melhorar o estado de vida da população, além modificar fatores de risco que desencadeiam doenças crônicas. Temos identificado as ações de educação em saúde voltadas para promoção à saúde e prevenção de agravos, conhecendo nossas debilidades na realização de minhas tarefas da especialização. Lutamos pela integração da APS e pelo conhecimento pleno da Estratégia Saúde da Família pelos profissionais de saúde e outros.

Fazendo um comentário comparativo entre as situações observadas da ESF/APS em meu serviço na segunda semana de ambientação e o Relatório da Análise Situacional, penso que evoluímos em alguns aspectos positivos com a sistematização da análise situacional porque conhecemos agora os protocolos das doenças e o sistema de prioridades para seguimentos de alguns eventos de importância para equipe de saúde. Anteriormente, não tínhamos conhecimento específico dos fatores de risco que tinha nossa população, culminamos com o mapeamento da área de saúde, nossa equipe de saúde já tem bem definido a importância e função APS e trabalhamos de forma mais sistemática, com estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de nossa população, integrando ações preventivas e curativas, bem como, a atenção a indivíduos e comunidades. Ressalta-se também importante participação de profissionais de nível básico e médio em saúde, como os agentes comunitários de saúde, os auxiliares e técnicos de enfermagem, entre outros responsáveis por ações de educação e vigilância em saúde. Apesar dos enormes avanços de nossa comunidade em saúde, ainda enfrentamos muitos desafios para mudar o sistema de saúde fazendo conhecer ao povo a importância das atividades de promoção em saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, buscando a integralidade do cuidado e ofertar um serviço de excelência.

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

O texto sobre ESF-APS apresenta uma descrição sobre a estrutura da unidade de Saúde, localização, integrantes, população da área de abrangência e como e o funcionamento da UBS. No Relatório da Análise Situacional, observamos uma descrição do município, em relação aos programas de saúde realizados.

Apresenta-se uma descrição mais profunda da UBS, da estrutura física e uma descrição de forma detalhada de todas as ações programáticas, assim como algumas dificuldades para a realização delas, o cumprimento das atribuições dos profissionais e a importância da demanda espontânea. Escrevermos diferente na hora de fazer uma descrição da UBS ganhamos uma ferramenta para escrever sobre ela de forma sistematizada além da organização e constituição como unidade de saúde

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

Doenças não transmissíveis dobraram seu impacto nos países em desenvolvimento geralmente em áreas urbanas, onde as pessoas estão mais expostas à inatividade física, tabagismo, álcool, dieta rica em gordura e carboidratos e stress. Todos esses fatores estão associados às doenças crônicas, como HAS e DM, que aumentam o risco de doença cardiovascular. Normalmente, os fatores de risco cardiovasculares identificados nos países anglo-saxões ou países nórdicos são aceitos como universais. (Brasil-2006). O objetivo principal da epidemiologia surge determinando aqueles fatores de risco para desencadear as doenças cardiovasculares, sendo a educação sanitária de grande importância para as mudanças no estilo de vida. Tem sido demonstrado que a atenção e intervenção para os fatores de risco modificáveis apresentam um grande impacto na redução da prevalência de doenças, que representam os mais altos custos em assistência médica. (Silva, Souza, 2014).

No entanto, nem todos os indivíduos reagem bem a um agente de produção de doença. Portanto, a doença cardiovascular pode diferir de país para país devido a diferenças na prevalência de fatores de risco. Daí, a importância de se conhecer a prevalência de fatores de risco, não só pela falta de dados confiáveis, mas também porque esses dados podem gerar informações para planejar estratégias de ação específicas. A HAS tem um lugar importante nas doenças prioritárias de doenças crônicas e é um dos grandes problemas de saúde pública no mundo particularmente no Brasil pela alta prevalência e, por destacar-se como importante fator de risco cardiovascular. O DM se constitui, também, um problema de saúde por sua alta incidência, sendo caracterizada por hiperglicemia e, podendo estar associada a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos. (HAJJAR; KOTCHEN, 2010).

A UBS Raimundo do Rosário Melo está localizada no interior de Amazonas, no município de Nova Olinda do Norte, com uma população de 2.984 usuários, além das demandas de pessoas que moram às margens do Rio Madeira, com uma equipe de saúde integrada nutricionista , fonoaudiólogo , educador físico , técnica de enfermagem , odontólogo , técnica em saúde bucal Realizamos ações em saúde,envolvendo toda a equipe a fim de garantir bons níveis de saúde e o bem-estar da população, buscando contribuir para a modificação dos fatores de risco que desencadeiam as doenças, dentro delas a HAS e o DM.

O controle adequado e de forma continuada da HAS, previne complicações e neste sentido, a Atenção Básica deve direcionar seu trabalho ao acompanhamento de sua clientela, mediante a realização de atividades educativas, sendo uma necessidade ampliar a promoção de saúde para toda a população a fins de prevenção, tratamento e reabilitação. Temos em nossa área de abrangência um total de 253 usuários com HAS e, 125 usuários com DM, em acompanhamento pela equipe através das diversas ações de saúde disponibilizadas. Buscamos atuar no controle dos fatores de risco modificáveis, estimulando hábitos de vida saudáveis, evitando possíveis complicações decorrentes destas doenças e reduzindo os impactos negativos para a saúde e vida das pessoas. As ações de educação com

foco na promoção da saúde e prevenção de agravos são de suma importância neste cenário.

A intervenção proposta será muito importante no contexto de nossa UBS, tanto no sentido de ampliar a cobertura para às pessoas com HAS e/ou DM, acompanhando adequadamente nossos usuários, inclusive identificando e cadastrando novos casos, quanto no sentido de qualificar a atenção ofertada por meio de um conjunto de ações sistematizadas, buscando contribuir de forma efetiva para uma melhoria nos indicadores de saúde da população de nossa comunidade.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, pertencentes à área de abrangência da USF Raimundo do Rosário Melo, no município de Nova Olinda do Norte/AM.

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

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

Meta 1.1 Cadastrar 100% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 1.2 Cadastrar 100% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas, na Unidade de Saúde da Família (USF) Raimundo do Rosário Melo. Participarão da intervenção os usuários portadores de HAS e/ou DM, pertencentes à área de abrangência, além da equipe de saúde da referida unidade e a comunidade.

### **Detalhamento das ações**

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos.

Ações:

Meta1. 1 Ampliar para 100 % o cadastro dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e DM da unidade de saúde.

#### Monitoramento e Avaliação

Monitoraremos o número de pessoas com HAS cadastrada no Programa de atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus no momento do atendimento do usuário na UBS com participação de toda a equipe determinaram a quantidade real de usuários que temos em nossa UBS. Responsável: a equipe de saúde.

#### Organização e gestão do serviço

Nossa equipe de saúde vai garantir o registro de pessoas com HAS cadastrada no programa, melhoraremos o acolhimento para os usuários portadores de HAS, além de articular com a Secretaria de Saúde de nosso município, a fim de garantir material adequado para a tomada da pressão arterial. Responsável: equipe de saúde.

#### Engajamento Público

Nossa equipe de saúde informará à comunidade sobre a existência do programa de atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na UBS, além da importância de aferir a pressão arterial a partir dos 18 anos pelo menos, anualmente onde semanalmente, faremos atividades na UBS de grupos com os temas antes mencionados. Responsável: a equipe de saúde.

#### Qualificação da prática Clínica

Faremos capacitação dos ACS para cadastramento e atualização da população da UBS, capacitar à equipe de saúde da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito será feita pelo profissional mais qualificado de nossa UBS, apoiado nos protocolos de HAS e Diabetes Mellitus que nortearão a intervenção. Responsável: a médica.

Meta 1.2. Ampliar para 100 % o cadastro dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ações:

Monitoramento e avaliação

Monitoraremos número de pessoas com Diabetes Mellitus cadastradas no Programa de atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da UBS fará visitas domiciliares com toda a equipe para organizar a quantidade real de usuários que temos na área de abrangência de nossa UBS. Responsável: a equipe de saúde

#### Organização e gestão do serviço

Nossa equipe de saúde vai garantir o correto registro das pessoas com DM cadastradas no programa melhorará o acolhimento para os usuários portadores de DM, além de articular com a secretaria de saúde de nosso município a fim de garantir material adequado para a realização do hemoglicoteste na UBS. Responsável: a equipe de saúde.

#### Engajamento Público

Nossa Equipe de saúde informará a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior de 135-80 mmHg, além de orientar a comunidade sobre os fatores de risco para desenvolvimento de Diabetes Mellitus onde semanalmente faremos atividades na UBS de grupos com os temas antes mencionados. Responsável: a equipe de saúde.

#### Qualificação da prática clínica

Faremos capacitação dos ACS para cadastramento e atualização da população da UBS, capacitar a equipe de saúde da UBS para a realização do hemoglicoteste em adultos com pressão maior de 135-80 mm Hg. Será feita pelo profissional mais qualificado de nossa UBS, baseando-se nos protocolos de HAS e Diabetes Mellitus que nortearão a intervenção. Responsável: a médica.

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

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriados em 100 % das pessoas com HAS.

#### Engajamento Público

Orientaremos a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do Diabetes com a realização de atividades educativas em nossa comunidade. Responsável: a equipe de saúde.



#### Qualificação da prática clínica

Capacitaremos nossa equipe de saúde para realização de exame clínico apropriado. Responsável a medica.

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

Ações:

#### Monitoramento e avaliação

Nossa equipe de saúde monitorará a realização de exame clínico apropriado às pessoas com HAS e se, no retorno do usuário ao atendimento, se foi feito o exame indicado. Responsável: a equipe de saúde.

#### Organização e gestão do serviço

Definiremos atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com HAS, realizaremos capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS além de estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais, disporem de versão atualizada do protocolo impressa na UBS. Responsável: a enfermeira.

#### Engajamento Público

Orientaremos a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS, com a realização de atividades educativas em nossa comunidade. Responsável: a equipe de saúde.

#### Qualificação da prática clínica

Capacitaremos nossa equipe de saúde para realização de exame clínico apropriado. Responsável: a médica.

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

Ações:

#### Monitoramento e avaliação

Nossa equipe de saúde monitorará a realização de exame clínico apropriado às pessoas com Diabetes Mellitus e se, no retorno do usuário ao atendimento, se foi feito o exame indicado. Responsável: a equipe de saúde.

#### Organização e gestão do serviço

Definiremos atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com Diabetes, realizaremos capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS além de estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais, disporem de versão atualizada do protocolo impressa na UBS. Responsável: a médica.

#### Engajamento Público

Orientaremos a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do Diabetes com a realização de atividades educativas em nossa comunidade. Responsável: a equipe de saúde.

#### Qualificação da prática clínica Ações:

##### Monitoramento e Avaliação

Nossa equipe de saúde monitorará a realização de exame clínico apropriado às pessoas com HAS e se, no retorno do usuário ao atendimento, se foi feito o exame indicado. Responsável: a equipe de saúde.

#### Organização e gestão do serviço

Definiremos atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com HAS, realizaremos capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS além de estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais, disporem de versão atualizada do protocolo impressa na UBS. Responsável: a médica.

#### Engajamento Público

Orientaremos a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão com a realização de atividades educativas em nossa comunidade. Responsável: equipe de saúde.

#### Qualificação da prática clínica

Capacitaremos nossa equipe de saúde para realização de exame clínico apropriado. Responsável: a médica.

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

#### Ações:

##### Monitoramento e avaliação

Nossa equipe de saúde monitorara a realização de exame clínico apropriado às pessoas com Diabetes se revisará no retorno de usuário ao atendimento sim foi feito o exame indicado pra seu retorno. Responsável: equipe de saúde.

##### Organização e gestão do serviço

Definiremos atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com Diabetes, realizaremos capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS além de estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais, disporem de versão atualizada do protocolo impressa na UBS. Responsável: a médica.

##### Engajamento Público

Orientaremos a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do Diabetes com a realização de atividades educativas em nossa comunidade. Responsável: equipe de saúde.

##### Qualificação da prática clínica

Capacitaremos nossa equipe de saúde para realização de exame clínico apropriado. Responsável: a médica.

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

#### Ações:

##### Monitoramento e Avaliação

Nossa equipe de saúde monitorará a realização de exame clínico apropriado às pessoas com Diabetes Mellitus e se, no retorno do usuário ao atendimento, se foi feito o exame indicado. Responsável: equipe de saúde.

##### Organização e gestão do serviço

Definiremos atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com Diabetes, realizaremos capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS além de estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais, disporem de versão atualizada do protocolo impressa na UBS. Responsável: a médica.

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

Ações:

#### Monitoramento e avaliação

Nossa equipe de saúde monitorará a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.  
Responsável: a médica.

#### Organização e gestão do serviço

Definiremos atribuições de cada membro da equipe monitorar a existência dos medicamentos das pessoas com HAS realizaremos capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS além de estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais, disporem de versão atualizada do protocolo impressa na UBS. Responsável: a médica.

#### Engajamento Público

Orientaremos a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas sem eles não fazem o tratamento como esta indicada pela equipe de saúde. Responsável: equipe de saúde.

#### Qualificação da prática clínica

Definiremos atribuições de cada membro da equipe no controle da existência de medicamento de cada paciente com HAS, realizaremos capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS além de estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais, disporem de versão atualizada do protocolo impressa na UBS. Responsável: a médica.

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

Ações:

#### Monitoramento e avaliação

Nossa equipe de saúde monitorará a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos Diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Responsável: equipe de saúde.

#### Organização e gestão do serviço

Definiremos atribuições de cada membro da equipe monitorar a existência dos medicamentos das pessoas com Diabetes Mellitus realizaremos capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS além de estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais, disporem de versão atualizada do protocolo impressa na UBS. Responsável: a médica.

#### Engajamento Público

Orientaremos a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas sem eles não fazem o tratamento como esta indicada pela equipe de saúde. Responsável: equipe de saúde.

#### Qualificação da prática clínica

Definiremos atribuições de cada membro da equipe no controle da existência de medicamento de cada paciente com Diabetes Mellitus, realizaremos capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS além de estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais, disporem de versão atualizada do protocolo impressa na UBS. Responsável: a médica.

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

#### Ações:

##### Monitoramento e avaliação

Nossa equipe de saúde monitorará a realização de atendimento odontológico apropriado às pessoas com HAS. Responsável: equipe de saúde.

#### Organização e gestão do serviço

Nossa equipe de saúde vai garantir o correto registro das pessoas com HAS cadastradas no programa e que precisam atendimento odontológico. Responsável: equipe de saúde.

### Engajamento Público

Nossa Equipe de saúde informará a comunidade sobre a importância do atendimento e atenção odontológica em pacientes HAS para evitar complicações. Responsável: equipe de saúde.

### Qualificação da prática clínica

Faremos capacitação dos ACS para cadastramento e atualização de pacientes hipertensos da UBS que estão faltando pela avaliação pelo odontologista. Responsável: a médica.

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

Ações:

#### Monitoramento e avaliação

Nossa equipe de saúde monitorará a realização de atendimento odontológico apropriado às pessoas com Diabetes Mellitus. Responsável: equipe de saúde.

### Organização e gestão do serviço

Faremos capacitação dos ACS para cadastramento e atualização de pacientes Diabetes Mellitus da UBS que estão faltando pela avaliação pelo odontologista. Responsável: a médica.

### Engajamento Público

Nossa equipe de saúde vai garantir o correto registro das pessoas com Diabetes Mellitus cadastradas no programa que precisam atendimento odontológico. Responsável: equipe de saúde

Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com HAS e Diabetes.

Meta 3.1. Buscar 100 % dos usuários com HAS faltosos as consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Ações:

#### Monitoramento e avaliação

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo. Responsável: equipe de saúde

#### Organização e gestão do serviço

Nossa equipe de saúde organizara visitas domiciliares para buscar os faltosos além de organizar a agenda para acolher as pessoas com HAS provenientes das buscas domiciliares semanalmente levaremos a diferentes comunidades os usuários faltosos mediante os ACS e resto da equipe de saúde. Responsável: equipe de saúde.

#### Engajamento Público

Informaremos as comunidades sobre a importância de realização de consultas, ouvirem a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com HAS, esclarecer as pessoas com HAS e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Responsável: equipe de saúde.

#### Qualificação da prática clínica

Realizar capacitação os ACS para a orientação de pessoas com HAS quanto a realizar as consultas e sua periodicidade além a importância de acudir seus controles evita possível complicações irreversível. Responsável: a médica.

Meta 3.2 Buscar 100 % dos usuários com HAS faltosos as consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Ações:

#### Monitoramento e avaliação

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo. Responsável: equipe de saúde.

#### Organização e gestão do serviço

Nossa equipe de saúde organizara visitas domiciliares para buscar os faltosos além de organizar a agenda para acolher as pessoas com HAS provenientes das buscas domiciliares semanalmente levaremos a diferentes comunidades os usuários faltosos mediante os ACS e resto da equipe de saúde. Responsável: equipe de saúde.

### Engajamento Público

Informaremos as comunidades sobre a importância de realização de consultas, ouviremos a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com Diabetes, esclarecer as pessoas com diabetes e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Responsável: equipe de saúde.

### Qualificação da prática clínica

Realizar capacitação os ACS para a orientação de pessoas com Diabetes quanto a realizar as consultas e sua periodicidade além a importância de acudir seus controles evita possíveis complicações irreversíveis. Responsável: a médica.

### Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100 % de pessoas com HAS.

#### Monitoramento e avaliação

Monitorar a qualidade dos registros de pessoas com HAS na UBS semanalmente pela equipe de saúde. Responsável: equipe de saúde.

#### Ações:

#### Organização e gestão do serviço

Nossa equipe de saúde vai manter as informações do SIAB-e SUS atualizadas, pactuarem com a equipe o registro das informações, definir quem é responsável pelo monitoramento dos registros, organizarem um sistema de registros que viabilize situações de alerta quanto nos atrasos na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvos e ao estado de compensação da doença. Responsável: equipe de saúde.

### Engajamento Público

Orientar as pessoas com HAS e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Responsável: equipe de saúde.

### Qualificação da prática clínica



Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento de pessoas HAS, além de capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas sendo responsável desta atividade a gestora da UBS e o médico de atenção da família. Responsável: a médica.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100 % de pessoas com Diabetes.

Ações:

Monitoramento e avaliação

Monitorar a qualidade dos registros de pessoas com diabetes na UBS. Além a importância de acudir seus controles evita possíveis complicações irreversíveis. Responsável: equipe de saúde.

Organização e gestão do serviço

Nossa equipe de saúde vai manter as informações do SIAB-e SUS atualizadas, pactuarem com a equipe o registro das informações, definir o responsável pelo monitoramento dos registros, organizarem um sistema de registros que viabilize situações de alerta quanto aos atrasos na realização de exames complementares, e não realização de estratificação de risco, não avaliação de comprometimento de órgãos-alvos e ao estado de compensação da doença. Responsável: equipe de saúde.

Engajamento Público

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

Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento de pessoas com diabetes, além de capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Sendo responsável desta atividade a gestora da UBS e o médico de atenção da família. Responsável: a médica.

Objetivo 5. Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com HAS e DM.

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

Ações:

Monitoramento e avaliação

Monitorar o número de pessoas com HAS com realização de pelos menos uma verificação da estratificação de risco por ano, e dar a conhecer outros profissionais para trabalhar em conjunto pra modificar modo e estilo de vida dos usuários. Responsável: equipe de saúde

Organização e gestão do serviço

Priorizar o atendimento as pessoas com HAS avaliadas com de alto risco além de organizar a agenda para o atendimento desta demanda. Responsável: a enfermeira.

Engajamento Público

Orientaremos aos usuários quanto ao seu nível de risco e a importância de acompanhamento regular, esclarecer as pessoas com HAS e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis para evitar complicações cardiovasculares, neurológicas e outras. Responsável: equipe de saúde.

Qualificação da prática clínica

Capacitaremos a equipe para a realização de estratificação de risco segundo o score de framingham ou de lesões em órgãos salvos, capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação, além de estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Responsável: a médica.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100 % das pessoas com DM e dar conhecer outros perfeccionais para trabalhar em conjunto pra modificar modo e estilo de vida dos usuários.

Ações

Monitoramento e avaliação

Monitorar o número de pessoas com DM com realização de pelos menos uma verificação da estratificação de risco por ano. Responsável: equipe de saúde.

Organização e gestão do serviço

Priorizar o atendimento as pessoas com diabetes avaliadas como de alto risco, além de organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Responsável: a enfermeira

#### Engajamento Público

Orientaremos aos usuários quanto ao seu nível de risco e a importância de acompanhamento regular, esclarecer as pessoas com diabetes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis. Para evitar complicações cardiovasculares, neurológicas e outras. Responsável: equipe de saúde.

#### Qualificação da prática clínica

Capacitaremos a equipe para a realização de estratificação de risco segundo o escore de farinhas ou de lesões em órgãos salvos, capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação, além de estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Responsável: a médica.

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com HAS e diabetes

Metas 6.1 Garantir orientação nutricional a 100 % das pessoas com HAS.

Ações:

#### Monitoramento e avaliação

Monitorar a realização de orientação de pessoas com HAS semanalmente conjuntamente com a equipe de saúde. Responsável: a enfermeira.

#### Organização e gestão do serviço

Organizaremos práticas coletivas sobre alimentação saudável. Responsável: a nutricionista.

#### Engajamento Público

Orientar pessoas com HAS e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. Responsável: a nutricionista.

#### Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável além sobre metodologias de educação em saúde. Responsável: a nutricionista.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional a 100 % das pessoas com diabetes monitorar a realização de orientação de pessoas com Diabetes. Responsável: equipe de saúde.

Ações:

Monitoramento e avaliação

Monitorar a realização de orientação de pessoas com diabetes semanalmente conjuntamente com a equipe de saúde. Responsável a enfermeira.

Organização e gestão do serviço

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável em nossa UBS semanalmente organizada pelos protocolos de atendimento. Responsável: a nutricionista.

Engajamento Público

Orientar pessoas com diabetes e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. Responsável: equipe de saúde.

Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável além sobre metodologias de educação em saúde. Responsável: nutricionista.

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

Ações:

Monitoramento e avaliação

Monitorar a realização de orientação para atividades física regular às pessoas com HAS. Responsável: equipe de saúde.

Organização e gestão do serviço

Organizando práticas coletivas sobre alimentação saudável, demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade. Responsável: a nutricionista.

Engajamento Público

Orientaremos pessoas com HAS e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular inclusive para o tratamento De HAS. Responsável: equipe de saúde.

Qualificação da prática clínica

Capacitar à equipe da UBS sobre a promoção da prática de atividade física regular ale sobre metodologias de educação em saúde. Responsável educador físico.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100 % de pessoas com Diabetes. Responsável: equipe de saúde.

Ações:

Monitoramento e avaliação

Monitorar a realização de orientação para atividades física regular às pessoas com Diabetes. Responsável: equipe de saúde.

Organização e gestão do serviço

Organizando práticas coletivas sobre alimentação saudável, demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade. Responsável: a médica.

Engajamento Público

Orientaremos pessoas com Diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular inclusive para o tratamento da Diabetes. Responsável: equipe de saúde

Qualificação da prática clínica

Capacitar à equipe da UBS sobre a promoção da atividade física regular além sobre metodologias de educação em saúde. Responsável: a médica.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100 % de pessoas HAS. Responsável: equipe de saúde.

Ações:

Monitoramento e avaliação

Monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo às pessoas com HAS atividades educativas realizadas em nossa UBS. Responsável: equipe de saúde.

Organização e gestão do serviço

Demandar ao gestor a adesão ao programa nacional de controle do tabagismo do ministério de saúde. Responsável: equipe de saúde.

Engajamento Público

Orientar as pessoas com HAS tabagista sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e apoio psicológico com avaliação deles. Responsável: equipe de saúde.

#### Qualificação da prática Clínica

Capacitar a equipe para o tratamento de pessoas tabagista ale capacitar a equipe da UBS sobre metodologia de educação de saúde. Responsável a medica.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100 % de pessoas com diabetes. Responsável equipe de saúde

#### Ações:

##### Monitoramento e avaliação

Monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo às pessoas com Diabetes. Atividades educativas realizadas em nossa UBS. Responsável: a médica.

##### Organização e gestão do serviço

Demandar ao gestor a adesão ao programa nacional de controle do tabagismo do ministério de saúde. Responsável: equipe de saúde.

##### Engajamento Público

Orientar as pessoas com Diabetes tabagista sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e apoio psicológico com avaliação deles. Responsável: equipe de saúde.

#### Qualificação da prática clínica

Capacitar à equipe para o tratamento de pessoas tabagista, além de capacitar a equipe da UBS sobre metodologia de educação de saúde. Responsável: a médica.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal aos 100 % das pessoas com HAS.

#### Ações:

##### Monitoramento e avaliação

Monitorar a realização de orientação de pessoas com HAS. Responsável: a médica.

##### Organização e gestão do serviço:

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

#### Engajamento Público

Orientar as pessoas com HAS e seus familiares sobre a importância da higiene bucal para evitar complicações desta doença com atividades de educação pra saúde onde participaremos todos os profissionais de nossa unidade. Responsável: equipe de saúde.

#### Qualificação da prática

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal mediante os protocolos de atendimentos odontológicos. Responsável: o odontólogo.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal aos 100 % das pessoas com diabetes. Responsável: equipe de saúde.

#### Ações:

##### Monitoramento e avaliação

Monitorar a realização de orientação de pessoas com diabetes. Responsável: a médica.

##### Organização e gestão do serviço

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

#### Engajamento Público

Orientar as pessoas com diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal para evitar complicações desta doença com atividades de educação pra saúde onde participaremos todos os profissionais de nossa unidade. Responsável: equipe de saúde.

Qualificação da prática Clínica: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal. Mediante os protocolos de atendimentos odontológicos. Responsável: o odontólogo.

### 2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura da Atenção aos Hipertensos e Diabéticos

Meta 1.1. Cadastrar 100 % das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1.1 Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

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

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

Meta 1.2. Cadastrar 100 % das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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



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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado

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

Meta 2.3. Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pediosa 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% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

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

Indicador 2.5. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

Indicador 2.6. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

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

Indicador 2.7. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos

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

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

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

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

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

Indicador 2.9. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Para Realizar a intervenção no programa atenção saúde das pessoas com HAS e/ou DM, vamos utilizar Brasil Caderno de Atenção Básica Nº 36 DIABETES MELLITUS - Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica e o Caderno de Atenção Básica Nº 37, HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA - Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica, disponibilizados pelo MS, ambos de 2013.

O registro específico será feito através da utilização da ficha espelho de saúde da atenção às pessoas HAS e com DM, disponíveis na UBS, para poder coletar todos os indicadores necessários, ao monitoramento da intervenção a fim de complementar informação deverão ser coletadas e que serão necessárias para acompanharmos nossas metas. Estimamos alcançar com a intervenção, uma quantidade considerável de usuários hipertensos e/ou diabéticos para ter uma mostra suficiente para a intervenção, sendo 19 usuários com hipertensão arterial na semana e, 10 Diabéticos para se atingir a meta proposta.

Será feita articulação prévia com o gestor municipal de saúde, através do gerente da unidade, a fim de garantir que seja disponibilizado o número das fichas-espelho suficientes e necessárias para realização da intervenção e acompanhamento dos nossos usuários. O acompanhamento mensal da intervenção será feito mediante utilização da planilha eletrônica de coletas de dados, na qual serão inseridas as informações provenientes das coletas de dados realizadas durante as ações de saúde junto aos usuários. Será feita articulação prévia com a gerente da unidade, demandando acerca da necessidade da impressão de fichas espelhos necessárias, ao monitoramento da intervenção em quantidades adequadas e que devem estar prontas para o início da intervenção.

Sobre a organização do registro específico do programa, na medida em que os usuários hipertensos e/ou diabéticos compareçam para acompanhamento na UBS, será preenchida a ficha espelho em uso na intervenção e esta será completada pela enfermeira, com base nos registros existentes dos prontuários dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da Unidade Básica Saúde.

A equipe está organizando nossa estratégia de intervenção conjuntamente. Nossa prioridade será educar a população sobre os fatores de riscos que podem influenciar para aparecer estas doenças, realizar atividades educativas individuais e de grupo com a comunidade, fazendo palestras além como pilar fundamental a capacitação do profissional de saúde para melhorar o desenvolvimento de nossos usuários, temos lideranças comunitárias que apoiam nossa intervenção ajudando com os pacientes faltosos conjuntamente com os ACS e os outros integrantes. As ações relacionadas com a saúde bucal serão dirigidas a avaliar os usuários pertencentes este grupo, evitando ter focos de infecção que podem complicar os usuários além estamos fazendo rastreamento em nossas áreas de aquelas pessoas que ainda estão sem ser avaliados pelo odontólogo.

Introduzem-se em nossos temas de reunião, saúde bucal como um tema de importância avaliando este indicador pela equipe, onde o odontólogo de nossa UBS e o responsável de manter informado sobre a avaliação semanal dos usuários que estão em controle além os pacientes faltosos sendo recuperados com as visitas domiciliares de ACS.







peçoas com HAS												
Monitora a realizaçãõ de orientaçaõ nutricional as peçoas com Diabetes Mellitus		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Monitoramento da intervençaõ		x						x				

### 3 Relatório da Intervenção

O relatório foi feito na UBS Raimundo do Rosário Melo, município de Nova Olinda do Norte, no estado de Amazonas, com uma população de 2.984 pessoas. Nossa equipe escolheu fazer como tema de estudo atenção as pessoas com HAS e DM, pois as mesmas foram identificadas como os maiores problemas de saúde de nossa área de abrangência, além de serem umas das primeiras causas de morte de nosso município pelas complicações que produzem.

Melhorar a atenção em saúde ofertada aos usuários hipertensos e/ou diabéticos é nosso trabalho diário, avaliamos nossos objetivos traçados para a realização da intervenção, onde ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos consistia em cadastrar 100% dos HAS e DM da área de abrangência, e o mesmo foi cumprido pela equipe de saúde no prazo de três meses. O objetivo dois trata de melhorar a qualidade da atenção as pessoas com HAS e DM, sendo avaliados pela nutricionista, odontólogo, além de informar sobre o tabagismo e outros hábitos tóxicos, se realizaram exames clínicos apropriados e os diabéticos foram avaliados, com a qualidade que precisam, com exame dos pés, além disso, as realizações de exames seguem protocolos garantindo para os usuários, a prescrição de medicamentos da farmácia popular, para quase 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Melhoramos a adesão dos hipertensos e diabéticos ao programa buscando 100% dos usuários faltosos às consultas, conforme periodicidade recomendada no programa, com a implementação na UBS melhoramos os registros das informações, mantendo as fichas de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos, realizando o mapeamento deles, além daqueles que apresentam riscos de doenças cardiovasculares. Em relação ao objetivo de promover a saúde de hipertensos e diabéticos, nossa equipe faz que os usuários sejam avaliados integralmente e recebam orientação nutricional sobre alimentação saudável nos 100% dos usuários além da realização de atividades física, orientação sobre o risco de tabagismo, higiene bucal e atividades educativas com palestras realizadas na UBS.

Percebemos melhoria notável ao diminuir os sintomas que apresentavam em controles anteriores, modificar o modo e estilo de vida deste grupo de usuários,

continuaram sendo nossa rotina de trabalho na UBS, além de que nossa equipe informou à comunidade sobre a existência do programa de atenção a Hipertensão Arterial e, Diabetes Mellitus e da importância de aferir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos anualmente, onde semanalmente faremos atividades na UBS de grupos com os temas antes mencionados.

Fizemos capacitação dos ACS para cadastramento e atualização da população da UBS, capacitamos à equipe de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, será feita pelo profissional mais qualificado, apoiado nos protocolos de HAS e DM que nortearão a intervenção.

Nossa equipe de saúde garantiu o correto registro das pessoas com DM cadastradas no programa, melhorando o acolhimento para os usuários portadores de DM, além de articular com a secretaria de saúde de nosso município a fim de garantir material adequado para a realização do hemoglicoteste na UBS.

Orientamos a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e, neurológicas decorrentes da hipertensão com a realização de atividades educativas em nossa comunidade.

Definimos atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com Diabetes, realizamos capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS além de estabelecer periodicidade para a realização dos atendimentos.

Esta intervenção esta incorporada à rotina do serviço, principalmente a capacitação constante da equipe para fazer medicina primária com excelência e levar as atividades de promoção e prevenção como pilares fundamentais da APS, a busca ativa dos pacientes faltosos são considerados também rotina do serviço para de este jeito garantir o cumprimento do programa de usuários hipertensos e Diabéticos, além da avaliação pela nutricionista e odontólogo foram ações de importância para a realização de um bom trabalho na UBS, posso dizer as ações previstas no projeto foram avaliadas pela equipe e desenvolvidas neste tempo de labor e cumpridas integralmente onde à intervenção constituí nossa UBS uma

ferramenta de trabalho, temos determinados aqueles aspectos que foram dificuldades como, por exemplo, manter a ficha espelho todas ativas para os usuários por déficit de folhas e impressora é algo que foi avaliado com a secretaria de saúde e resolvido em curto prazo.

Para continuar com o trabalho que estava levando a equipe, na planilha de coletas de dados foi muito difícil para mim o cálculos dos indicadores devido a que o denominador não pode ser menor que o numerador e tive que avaliar esta informação varia vezes para lograr uma avaliação correta dos indicadores da planilha de coletas de dados.

Eu pessoalmente estou com satisfação do trabalho feito porque melhorou o relacionamento com o resto da equipe e usuários da UBS, realizamos atividades conjuntamente com educador físico, nutricionista e odontologista trabalhamos juntos pela comunidade, além de brindar serviços médicos de melhor qualidade levando as atividades de promoção e prevenção para nossa comunidade principalmente aqueles que apresentam estas doenças e temos que evitar complicações secundaria que podem ser cardiovasculares, neurológicas, sistêmicas entre outras, além disso, ser disciplinados com a realização do tratamento já seja farmacológico ou não Farmacológico para prevenir complicações que podem comprometer a vida do paciente, por isso considero que é muito importante a realização de este tema escolhido pela equipe para fazer nossa intervenção. (Saúde pessoas com HAS e/o Diabetes Mellitus).

Conhecendo que realmente em todo o Brasil e a nível mundial os casos de usuários com estas doenças aumentam todos os dias, fiz um chamado minha equipe de saúde, comunidade de atuar diretamente sobre os fatores de riscos e tratar a tempo uma doença e fundamental para evitar complicações, o tema de promoção e prevenção e detecção e importante em aquelas populações de riscos que temos em nossas áreas de abrangências continuaremos trabalhando por uma população saudável.

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

Foram capacitados os ACS para cadastramento e atualização da população da UBS, e os outros integrantes da equipe da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito feito pelo profissional mais qualificado de nossa UBS, apoiado nos protocolos de HAS e Diabetes Mellitus que nortearão a intervenção.

Definimos atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com Diabetes, realizamos capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS além de estabelecer periodicidade para a realização dos atendimentos.

Nossa equipe de saúde garantiu correto registro das pessoas com DM cadastradas no programa, melhoramos o acolhimento para os usuários portadores de DM, além de articular com a secretaria de saúde de nosso município a fim de garantir material adequado para a realização do hemoglicoteste na UBS.

Orientamos a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão com a realização de atividades educativas em nossa comunidade.

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

Considero que nossa equipe nesta intervenção não apresenta ações previstas e não desenvolvidas.

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

A coleta de dados foi uma ferramenta muito importante na realização da intervenção, consegui algumas deficiências nos prontuários que dificultaram o bom atendimento do usuário além na realização da ficha espelho. Considerei muito importante o trabalho com a PCD nesta intervenção, foi extensa pelas quantidades de usuários que tenho minha área de abrangência, pois a coleta de dados começo na primeira semana da intervenção. No fechamento dela no apresentei dificuldades igual no cálculo de indicadores,

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

As ações estão incorporadas a rotina do serviço, melhorando o atendimento dos usuários com HAS e DM, onde equipe conhecendo o programa organiza nossa agenda de atendimentos, continuamos com a capacitação aos ACS com temas relacionados com estas doenças além com a realização de atividades de promoção e prevenção.

Melhoramos o acolhimento em nossa UBS e continuamos capacitando a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento de pessoas com HAS e Diabetes, além de capacitar a equipe para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Sendo responsável desta atividade a gestora da UBS e o médico de atenção da família.

## 4 Avaliação da Intervenção

### 4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria da atenção em saúde ofertada aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus em Nova Olinda do Norte na UBS Raimundo do Rosário Mela. Na área de abrangência existe um total de 2984 usuários deles 253 HTA e 125 com Diabetes Mellitus que constituíram nossa estimativa da PCD.

Foi avaliado com HAS no primeiro mês 80 usuários, segundo mês 135 e no terceiro mês 253 e em relação aos usuários com DM no primeiro mês 33 no segundo mês 105 e no terceiro mês 125.

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

**Meta 1.1** Ampliar para 100% o cadastro dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e DM da unidade de saúde.

**Indicador 1.1 Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.**

Em relação à cobertura do programa de atenção a hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde no 1ro mês avaliou (80) usuários 31,1%, no 2do mês (135) 53,4 % e no 3ro mês (253)100 % todos os usuários foram incluídos mês a mês em nossa intervenção medida que recebiam atendimento por nossa parte ou por parte da enfermeira, o mesmo foi feito com ajuda da equipe de saúde Monitoramos o número de pessoas com HAS cadastrada no Programa.

#### **Ações**

Foi monitorado o número de pessoas com HAS cadastrada no Programa de atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus e fizemos visitas domiciliares com toda a equipe.

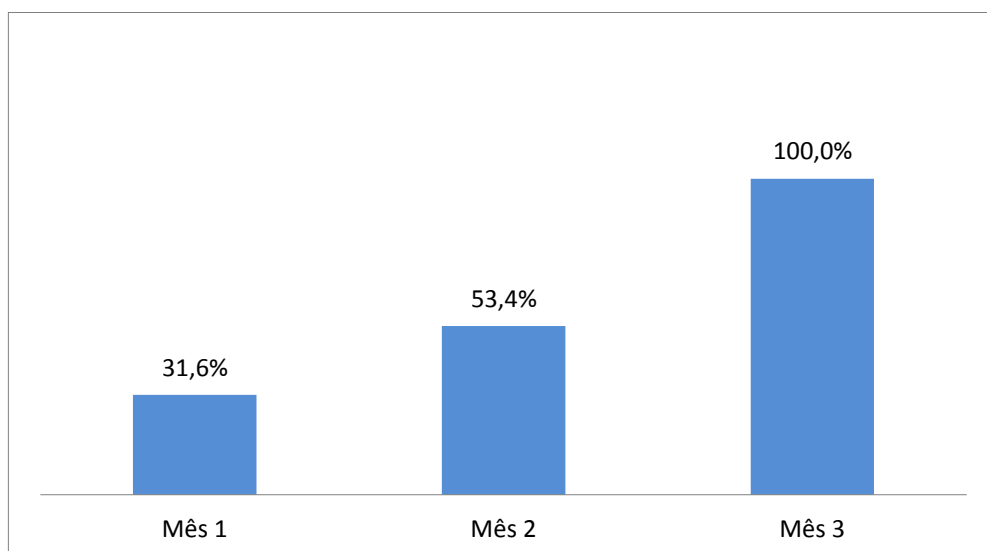
Garantiu o registro de pessoas com HAS cadastrada no programa, melhoramos acolhimento para os usuários portadores de HAS além de articular com a secretaria de saúde de nosso município a fim de garantir material adequado para a tomada da pressão arterial.



Informamos à comunidade sobre a existência do programa de atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na UBS, além da importância de aferir a pressão arterial a partir dos 18 anos pelo menos anualmente onde semanalmente fizemos atividades na UBS de grupos com os temas antes mencionados.

Fizemos capacitação dos ACS para cadastramento e atualização da população da UBS, capacitar à equipe de saúde da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito será feita pelo profissional mais qualificado de nossa UBS, apoiado nos protocolos de HAS e DM que nortearão a intervenção

Observamos no gráfico abaixo o indicador (1.1), de acordo com o atendimento em cada mês da intervenção.



**Cobertura do Programa de Atenção HAS na unidade de saúde.**

Continuamos avaliando o objetivo1

**Meta1. 2** Ampliar para 100 % cadastro dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Em relação à cobertura do programa de atenção a Diabetes Mellitus na Unidade de saúde no 1ro mês avaliamos (33) 26,4%%, no 2do mês (105) 84,0% e no 3ro mês (125)100% todos os usuários foram incluídos mês a mês em nossa

intervenção à medida que recebiam atendimento por nossa parte ou por parte da enfermeira.

### **Ações**

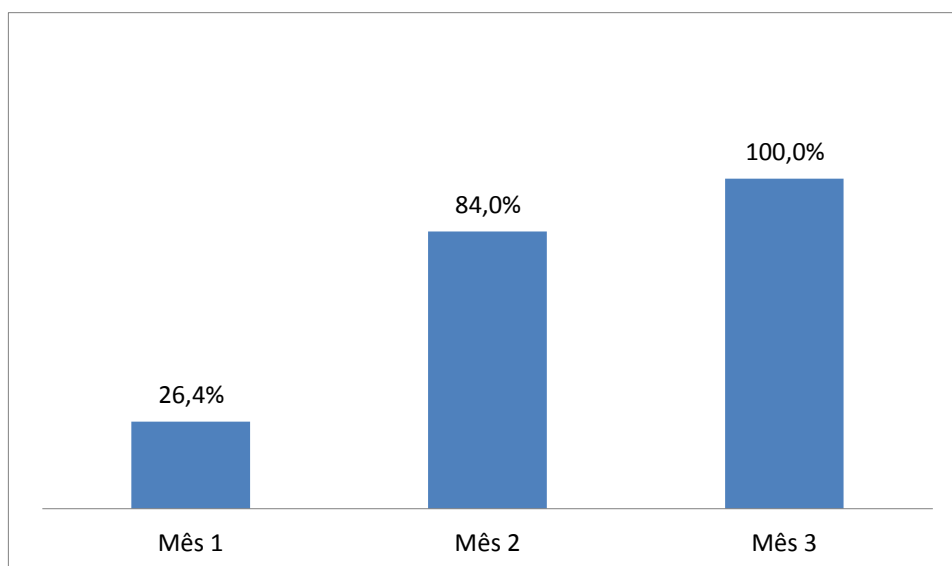
Monitoramos o número de pessoas com DM cadastrada no Programa, UBS fez visitas domiciliares com toda a equipe para organizar a quantidade real de usuários que temos na área de abrangência de nossa UBS.

Garantimos 100% dos diabéticos à realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Definimos atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com Diabetes, realizaremos capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS além de estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais, dispõem de versão atualizada do protocolo impressa na UB

Orientamos a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do Diabetes com a realização de atividades educativas em nossa comunidade

Observamos no gráfico abaixo o indicador (1.2), de acordo com o atendimento em cada mês da intervenção.



**Cobertura do Programa de Atenção à DM na unidade de saúde.**

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

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

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

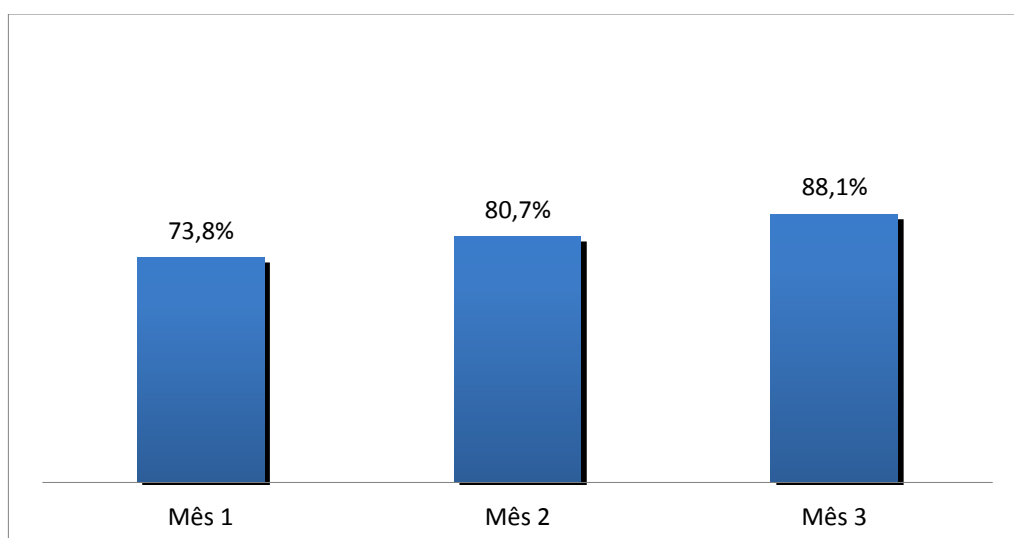
Em relação à proporção de pessoas com HTA com exame clínico em dia de acordo com o protocolo no 1ro mês avaliamos (59) 73,8 %, no 2do mês (109) 80,7 % e no 3ro mês (223) 88,1 % todos os usuários foram incluídos mês a mês nossa intervenção. Capacitamos nossa equipe de saúde para realização de exame clínico apropriado.

**Ações.**

Nossa equipe de saúde monitora a realização de exame clínico apropriado às pessoas com HAS e seu retorno ao atendimento.

Orientamos comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS com a realização de atividades educativas em nossa comunidade.

Observamos no gráfico abaixo o indicador (2.1), de acordo com o atendimento em cada mês da intervenção.



**Proporção de pessoas com HAS com exame clínico em dia de acordo com o Protocolo**

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

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

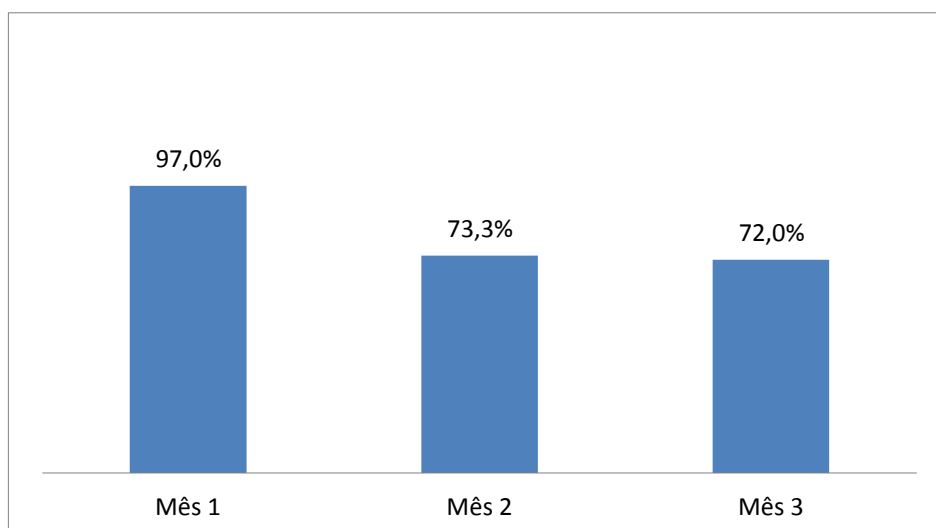
Em relação à proporção de pessoas com Diabetes Mellitus com exame clínico em dia de acordo com o protocolo no 1ro mês avaliamos (32) 97 %, no 2do mês (77)73,3 % e no 3ro mês (90) 72,0 % os usuários foram incluídos mês a mês nossa intervenção no terceiro mês compor touse assim porque os usuários avaliados pelos profissionais algum os não tinham exame clínico apropriado com o protocolo

### **Ações**

Capacitamos nossa equipe de saúde para realização de exame clínico apropriado.

Orientamos a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e, neurológicas decorrentes do Diabetes com a realização de atividades educativas em nossa comunidade.

Gráfico abaixo o indicador (2,2), de acordo com o atendimento em cada mês da intervenção



**Proporção de pessoas com DM com o exame clínica em dia de acordo com o Protocolo**

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

**Indicador 2.3** Proporções de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia

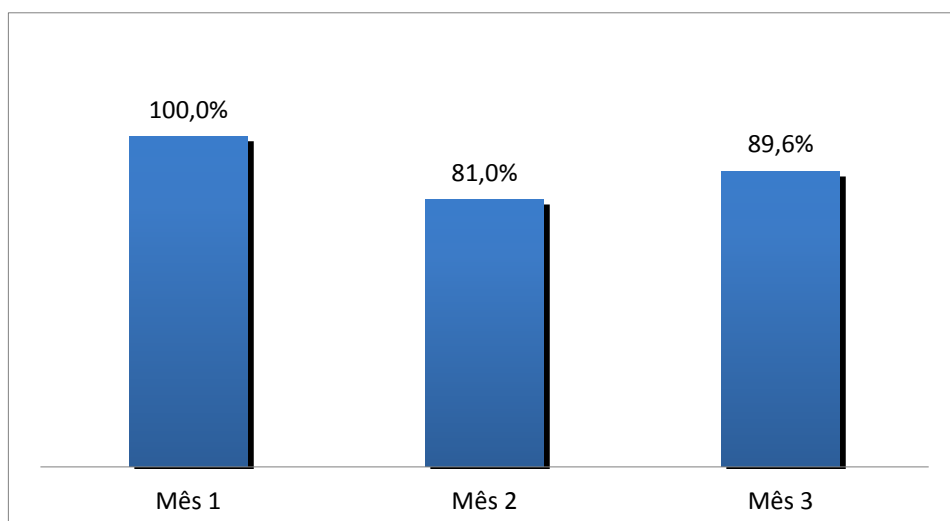
Em relação à proporção de pessoas com Diabetes Mellitus com exame dos pés em dia foram avaliados no 1ro mês (33) 100 %, 2do mês (85)81,0 % e no 3ro mês (112 )89,6 % foi devido algum os Diabéticos não foram avaliados os pés na consulta quando terminava o controle não tenham Constancia no prontuário e na ficha espelho do exame feito, porque todos os controles não foram feitos pela medica

**Ações.**

Capacitamos nossa equipe de saúde para realização de exame clinico apropriado.

Foi monitorada a realização de exame clinico apropriado às pessoas com Diabetes Mellitus e seu retorno ao atendimento.

Observamos no gráfico abaixo o indicador (2.3), de acordo com o atendimento em cada mês da intervenção



**Proporção de pessoas com DM com o exame dos pés em dia**

**Meta 2.4.** Garantir a 100% dos hipertensos a 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.

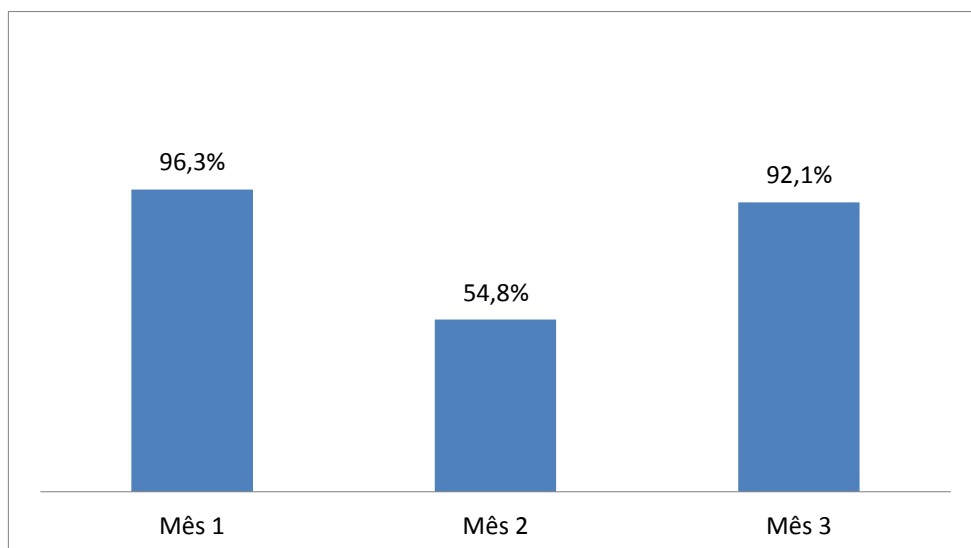
Em relação à proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo avaliamos no 1ro mês (77) 96,3%, no 2do mês ( 74) 54,8 % e no 3ro mês (233) 92,1% este indicador teve igual comportamento irregular devido aos exames são indicados, seguindo o protocolo e quando retornam ao atendimento esquecem de fazer, além em muitas outras ocasiões, o laboratório do SUS não apresenta os reativos necessários para o seguimento de exames .

### Ações

.Definimos atribuições de cada membro da equipe no exame clinico de pessoas com HAS.

Realizamos capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS além de estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Observamos no gráfico abaixo o indicador (2.4), de acordo com o atendimento em cada mês da intervenção



**Proporção de Hipertensos 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.

Em relação a esta proporção o comportamento foi regular devido a que os exames são indicados no dia de atendimento, tendo um comportamento no primeiro mês (32)97,0% no segundo mês (95) 90,5 % terceiro mês de (108) 86,4 % além os usuários foram aprendendo da importância da realização deles.

### **Ações**

Definimos atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com Diabetes realizamos capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS além de estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

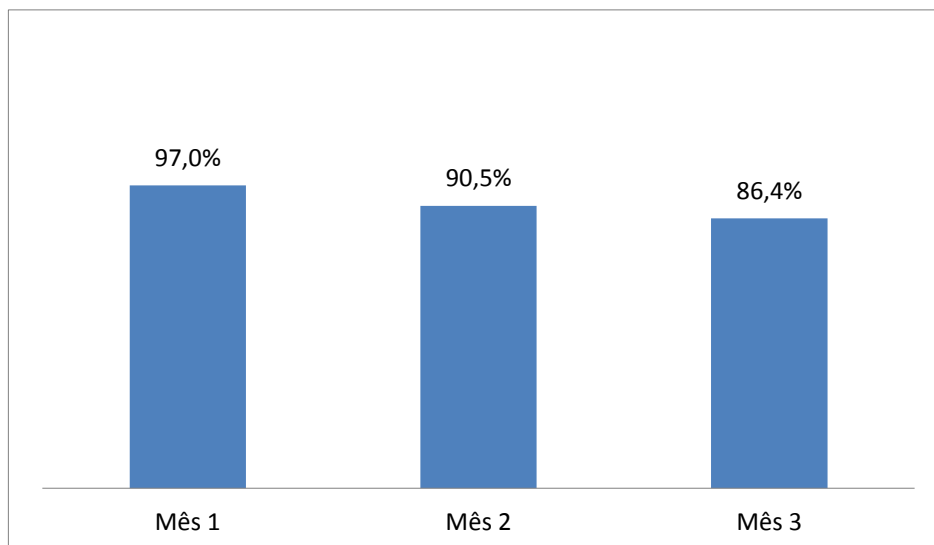
Monitoramos realização de exame clínico apropriado às pessoas com Diabetes Mellitus

Definimos atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com Diabetes. Realizamos capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS além de estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais, dispõem de versão atualizada do protocolo impressa na UBS.

Orientamos a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do Diabetes com a realização de atividades educativas em nossa comunidade

Monitoramos a realização de exame clínico apropriado às pessoas com HAS e se, no retorno do usuário ao atendimento, se foi feito o exame indicado.

Observamos no gráfico abaixo o indicador (2.5), de acordo com o atendimento em cada mês da intervenção



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

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

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

Em relação à proporção de pessoas com hipertensão arterial com prescrição de medicamentos de farmácia – popular avaliamos no 1ro mês (14) 20,9%, no 2do mês (72) 52,2% e no 3ro mês (185)77,1% comportando se de forma irregular devido que umas vezes eles faziam atendimento no hospital onde recebiam prescrição de medicamentos de farmácias particulares e não voltavam aos atendimentos da UBS.

### **Ações**

Nossa equipe de saúde monitorou a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

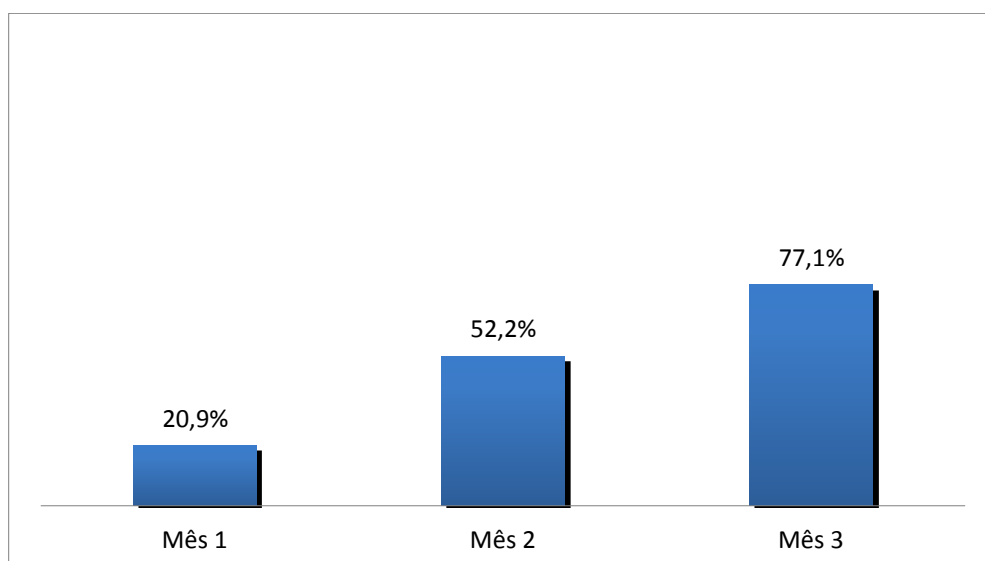
Definimos atribuições de cada membro da equipe, monitoramos a existência dos medicamentos das pessoas com HAS.

Realizamos capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS além de estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais, disporem de versão atualizada do protocolo impressa na UBS.

Orientamos a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas sem eles não fazem o tratamento como esta indicada pela equipe de saúde.



Observamos no gráfico abaixo o indicador (2.6), de acordo com o atendimento em cada mês da intervenção.



**Proporção de pessoas com HAS com prescrição de medicamentos de Farmácia Popular – Hiperdia priorizada.**

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

**Indicador 2.7 Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.**

Em relação da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizará comportou 1ro mês (5) usuários para 18,5%, no 2do mês (31) para 29 % e no 3ro mês (47) usuários para 46,5 %. Realmente muitos eles não faziam controle na UBS e não tínhamos domínio real dos usuários com prescrição de medicamentos de farmácia popular.

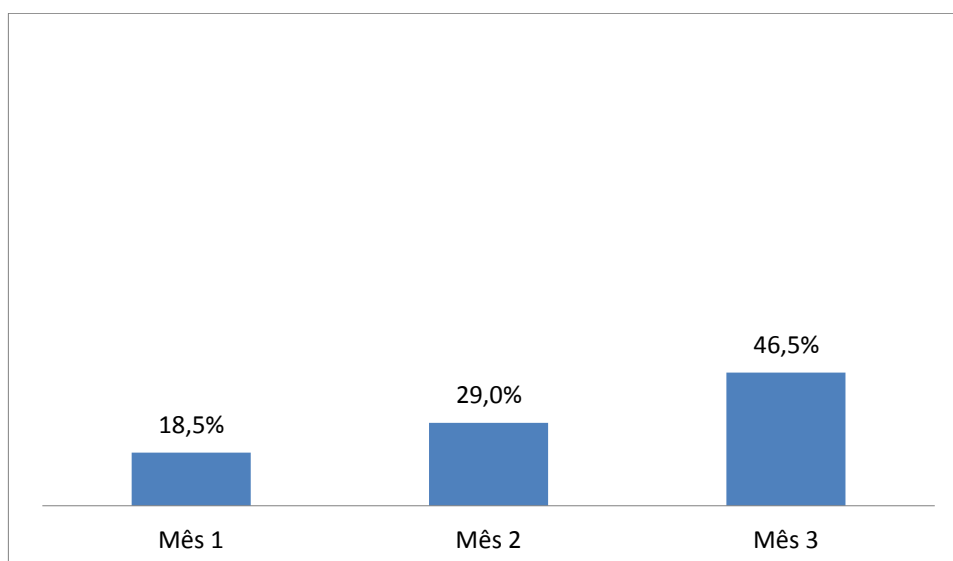
### **Ações**

Monitoramos a prescrição de medicamentos da farmácia popular para os Diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Definimos atribuições de cada membro da equipe monitorar a existência dos medicamentos das pessoas com Diabetes Mellitus.

Realizamos capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS além de estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais, disporem de versão atualizada do protocolo impressa na UBS.

Observamos no gráfico abaixo o indicador (2.7), de acordo com o atendimento em cada mês da intervenção



**Proporção de pessoas com Diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular – Hiperdia priorizada.**

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

**Indicador 2.8** **Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.**

Em relação da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico comporto se no 1ro mês (12) 15% no 2do mês (23) 17,0 % e no 3ro mês (151)59,7% devido que eles só apresentavam avaliação quando eram avaliados pela medica os outros integrantes da equipe tinham desconhecimento dos protocolos de atendimentos, foi melhorando mediante fizemos a intervenção

### **Ações**

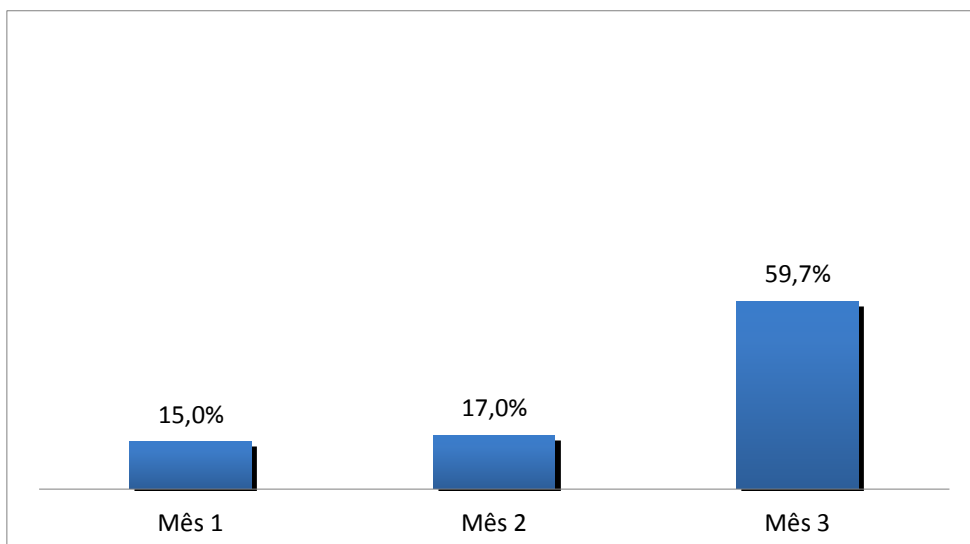
Nossa equipe de saúde monitora a realização de atendimento odontológico apropriado às pessoas com HAS.

Garantir o correto registro das pessoas com HAS cadastradas no programa que precisam atendimento odontológico.

Informo a comunidade sobre a importância do atendimento e atenção odontológica em pacientes HAS para evitar complicações.

Fizemos capacitação dos ACS para cadastramento e atualização de pacientes HAS da UBS que estão faltando pela avaliação pelo odontologista.

Observamos no gráfico abaixo o indicador (2.8), de acordo com o atendimento em cada mês da intervenção



**Proporção de pessoas com HAS com avaliação na necessidade de atendimento odontológico.**

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

#### **Indicadores 2.9**

Em relação da proporção de realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico aos 100 % dos diabéticos foi avaliado de forma negativa durante a realização da intervenção comportando se no 1ro mês (5) 15,0% no 2do mês (20) 19,0% e 3ro mês (33) 26,4 % devido que eles só apresentavam avaliação quando eram avaliados pela medica os outros integrantes da equipe tinham desconhecimento dos protocolos de atendimentos, foi melhorando mediante fizemos a intervenção.

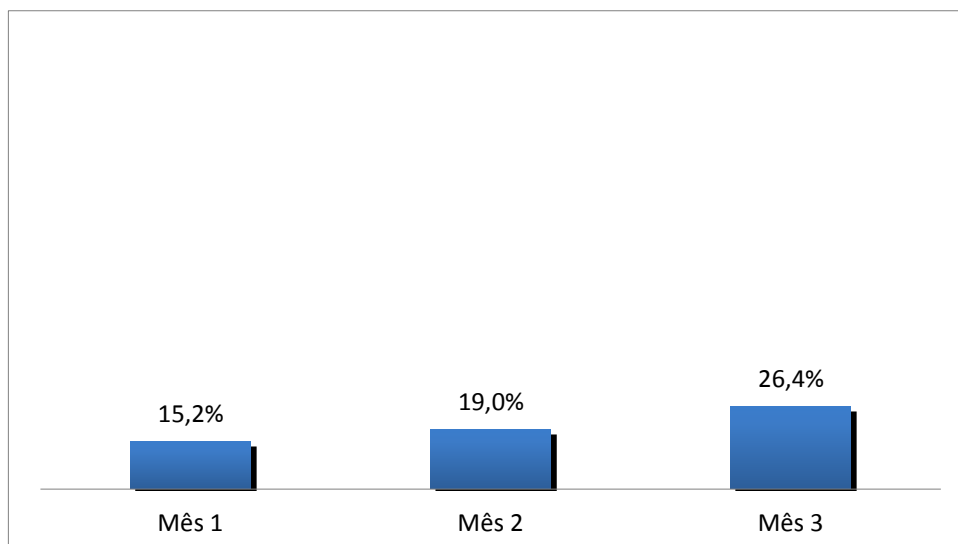
#### **Ações:**

Monitorou realização de atendimento odontológico apropriado às pessoas com Diabetes Mellitus.

Fizemos capacitação dos ACS para cadastramento e atualização de pacientes Diabetes Mellitus da UBS que estão faltando pela avaliação pelo odontologista

Garantiu o correto registro das pessoas com Diabetes Mellitus cadastradas no programa que precisam atendimento odontológico.

Observamos no gráfico abaixo o indicador 2.9, de acordo com o atendimento em cada mês da intervenção



**Proporção de pessoas com Diabetes com avaliação da necessidade de Atendimento odontológico**

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

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

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

Em relação da proporção de hipertensos faltosos a consulta medica com busca ativa foi uma atividade feita pela equipe de saúde, com um papel importante dos ACS comportando-se de forma positiva nos três meses de intervenção, no 1ro mês (61) 82,6 %, no 2do mês (86)68,8 % e no 3ro(101)94,4%.

### **Ações**

Monitoramos o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo.

Nossa equipe de saúde organiza visitas domiciliares para buscar os faltosos além de organizar a agenda para acolher as pessoas com HAS provenientes das buscas domiciliares semanalmente levaremos a diferentes comunidades os usuários faltosos mediante os ACS e resto da equipe de saúde

Informamos comunidades sobre a importância de realização de consultas, ouviremos a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com HAS, esclarecer as pessoas com HAS e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Realizamos capacitação os ACS para a orientação de pessoas com HAS quanto a realizar as consultas e sua periodicidade além a importância de acudir seus controles evita possíveis complicações irreversíveis.

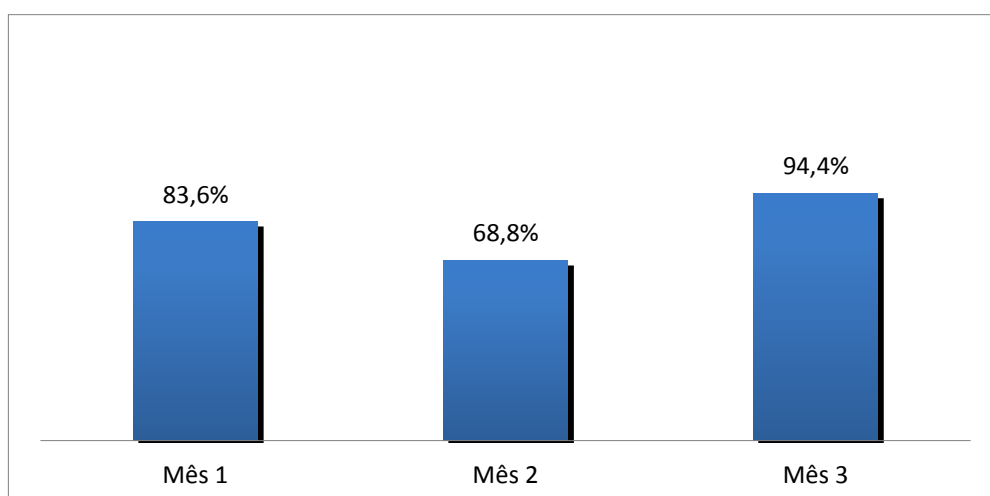
Monitoramos cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo.

Organizamos visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Informamos as comunidades sobre a importância de realização de consultas, ouviremos a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com Diabetes, esclarecer as pessoas com diabetes e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Realizamos capacitação os ACS para a orientação de pessoas com Diabetes quanto a realizar as consultas e sua periodicidade além a importância de acudir seus controles evita possíveis complicações irreversíveis.

Observamos no gráfico abaixo o indicador (3.1), de acordo com o atendimento em cada mês da intervenção.



**Proporção de pessoas com HAS faltosas às consultas com busca ativa**

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

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

Em relação da proporção dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada foi uma atividade feita pela equipe de saúde com um papel importante dos ACS comportando se de forma positiva nos três meses de intervenção no 1ro mês (25) 83,5 %, no 2do mês (77) 77,6 % e no 3ro mês (79) 95,2 % onde deixamos implementado na UBS a importância da sistematicidade aos atendimentos além de fazer busca ativada daqueles pacientes faltosos para assim melhorar o prognóstico da doença e evitar complicações secundária.

### **Ações**

Monitoramos o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo.

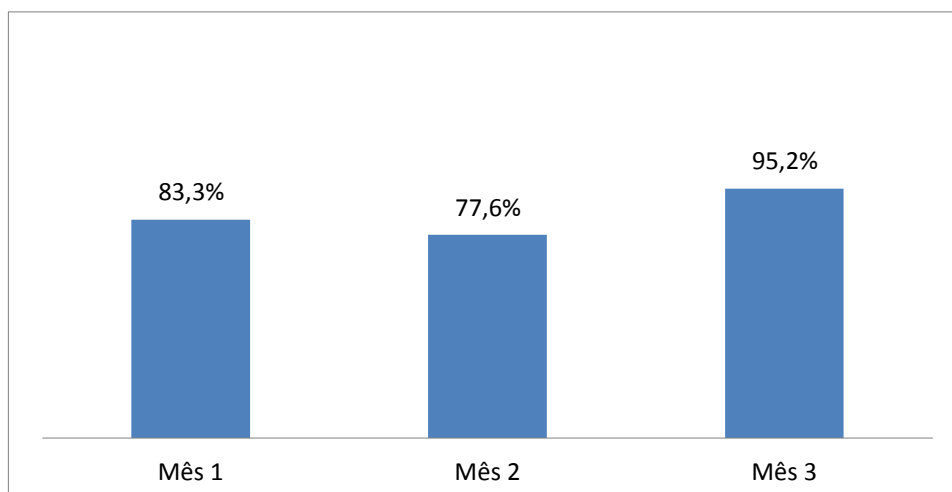
Organizamos visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Informamos comunidades sobre a importância de realização de consultas.

Realizamos capacitação os ACS para a orientação de pessoas com Diabetes Mellitus quanto a realizar as consultas e sua periodicidade além a importância de acudir seus controles para evitar complicações.

Monitoramos cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo.

.Observamos no gráfico abaixo o indicador (3.2), de acordo com o atendimento em cada mês da intervenção.



**Proporção de pessoas com DM faltosas as consultas com busca ativa.**

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

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

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

Em relação da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento comportou no 1ro mês (80) 100% no 2do mês (135) 100% no 3ro mês apresentamos (234) 92,5% de cumprimento da meta, devido que não tinham na UBS modelos oficiais de ficha de acompanhamento e a impressora se encontrava em reparação foi resolvido em curto prazo pela secretaria de saúde do município.

#### **Ações**

Fizemos monitoramento dos registros.

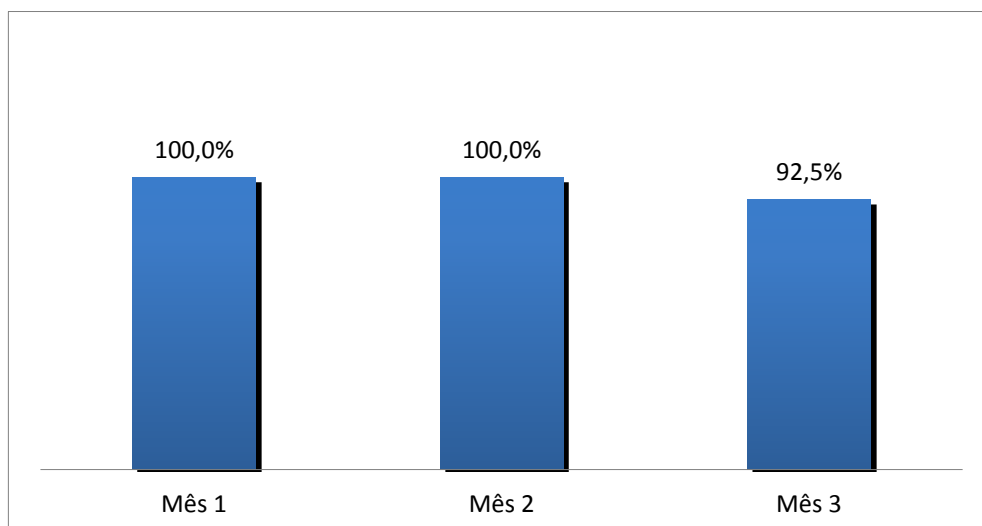
Organizamos um sistema de registros que viabilize situações de alerta quanto nos atrasos na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvos e ao estado de compensação das doenças

Orientamos pessoas com HAS e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Capacitamos a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento de pessoas HAS.

Capacitamos a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas sendo responsável desta atividade a gestora da UBS e o medico de atenção da família.

Observamos no gráfico abaixo o indicador (4,1), de acordo com o atendimento em cada mês da intervenção.



**Proporção de pessoas com HAS com registro adequado na ficha de Acompanhamento.**

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

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

Em relação da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento comporto se positivamente no 1ro mês (33) 100% no 2do mês (98)93,3 % e no 3ro mês (111) 88,8%de cumprimento devido que não tenham na UBS modelos oficias de ficha de acompanhamento e a impressora se encontrava em reparação foi resolvido corto prazo pela secretaria de saúde do município.

#### **Ações.**

Monitoramos qualidade dos registros de pessoas com diabetes na UBS.

Fizemos monitoramento dos registros.

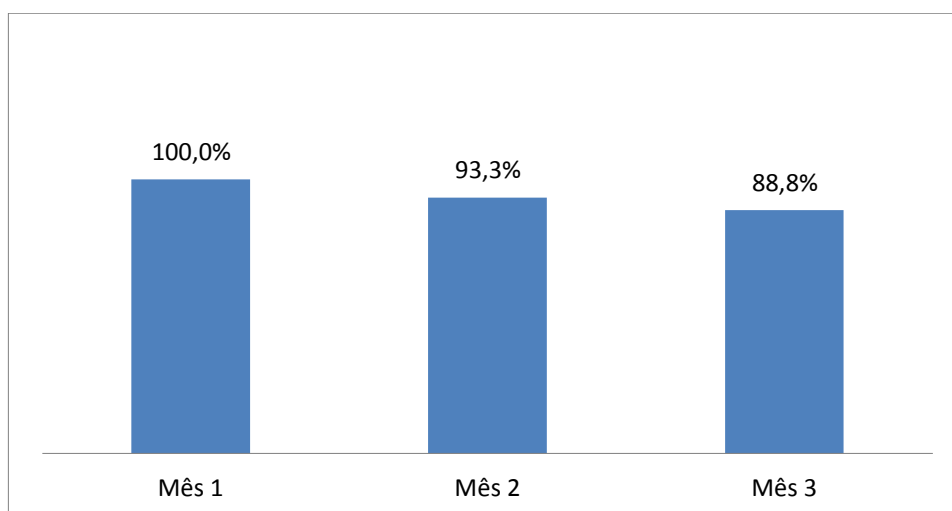
Organizamos um sistema de registros que viabilize situações de alerta quanto nos atrasos na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvos e ao estado de compensação das doenças.



Orientamos pessoas com diabetes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Capacitamos a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento de pessoas diabetes, além de capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Sendo responsável desta atividade a gestora da UBS e o médico de atenção da família.

Observamos no gráfico abaixo o indicador (4,2), de acordo com o atendimento em cada mês da intervenção.



**Proporção de pessoas com DM com registros adequados na ficha acompanhamento.**

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

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

Em relação da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular comportou-se no 1ro mês (80) 100% e, 2do mês (134) 99,3% % no 3ro (235) 92,9 % devido que se monitoro o numero de pessoas com estratificação de risco sendo um trabalho feito pela equipe de saúde os atendimentos começaram pelos usuários com alto risco.

**Ações:**

Monitoramos o número de pessoas com HAS com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

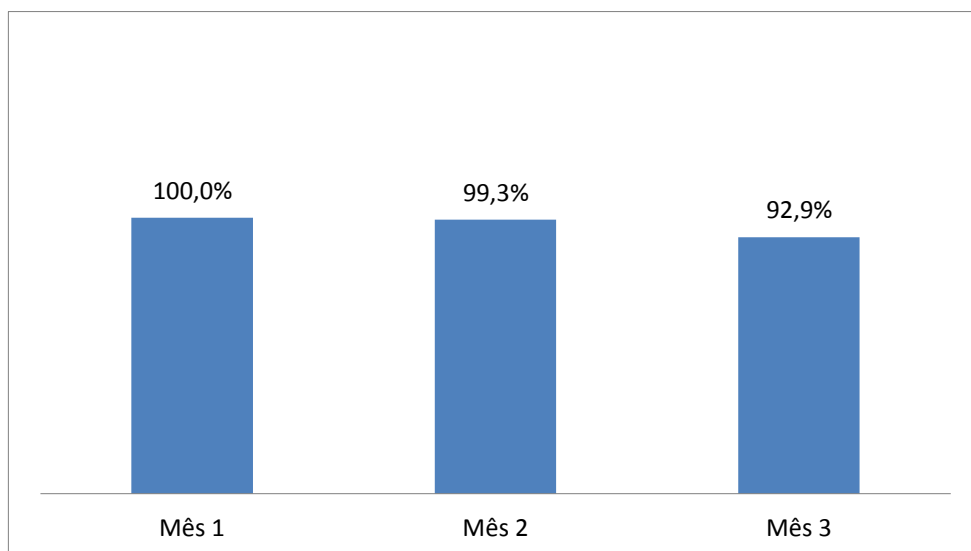
Priorizamos o atendimento as pessoas com Hipertensão avaliadas com de alto risco além de organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Orientamos aos usuários quanto ao seu nível de risco e a importância de acompanhamento regular, esclarecer as pessoas com HAS e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis para evitar complicações cardiovasculares, neurológicas e outras.

Capacitamos a equipe para a realização de estratificação de risco segundo o escore de framingham ou de lesões em órgãos salvos.

Capacitamos a equipe para a importância do registro desta avaliação, além de estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Observamos no gráfico abaixo o indicador (5,1), de acordo com o atendimento em cada mês da intervenção



**Proporção de pessoas com HAS com estratificação de risco cardiovascular por Exame clínica.**

**Meta 5.2.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100 % das pessoas com DM e dar conhecer outros profissionais para trabalhar em conjunto pra modificar modo e estilo de vida dos usuários.

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

Em relação da proporção de diabéticos com estratificação de risco comportou no 1ro mês (33)100% no 2do mês (98) 93,3 % e 3ro mês (111) 88,8 % devido quase monitoro o numero de pessoas com estratificação de risco sendo um trabalho feito pela equipe de saúde os atendimentos começaram pelos usuários com alto risco.

### **Ações**

Monitoramos o número de pessoas com DM com realização de pelos menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

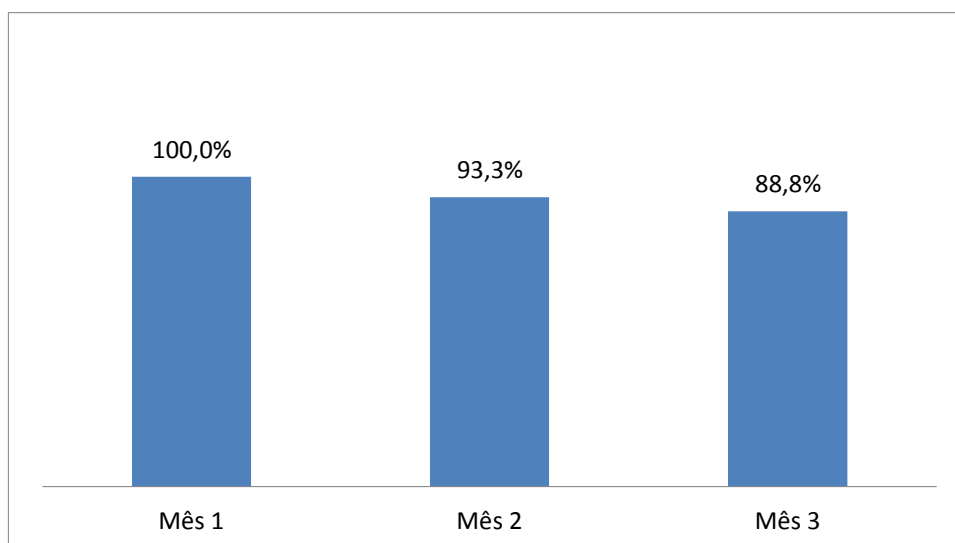
Priorizamos atendimento as pessoas com diabetes avaliadas como de alto risco, além de organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Orientamos aos usuários quanto ao seu nível de risco e a importância de acompanhamento regular, esclareci mos às pessoas com diabetes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

Capacitamos à equipe para a realização de estratificação de risco segundo o escore de framingham ou de lesões em órgãos salvos.

Capacitamos equipe para a importância do registro desta avaliação, além de estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Observamos no gráfico abaixo o indicador (5,2), de acordo com o atendimento em cada mês da intervenção.



**Proporção de diabéticos com estratificação de risco com exame clínica em dia**

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

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

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

Em relação da proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável comportou-se positivo, foi um trabalho feito pela equipe como orientações sobre alimentação saudável em salas de espera com palestra, o papel fundamental da nutricionista comportando se no 1ro (80)100% no 2do mês (134)99,3% e 3ro mês (253)100 % também, se fizeram varias ações como, por exemplo, café da manhã saudável, atividades nas comunidades sobre quem conhece mais sobre alimentação saudável, dirigido pela nutricionista e com a participação de equipe de saúde, promovendo novos estilos de alimentação, que fazem uma melhor evolução desta doença e evitando-se as complicações que podem desencadear uma alimentação não saudável.

#### **Ações**

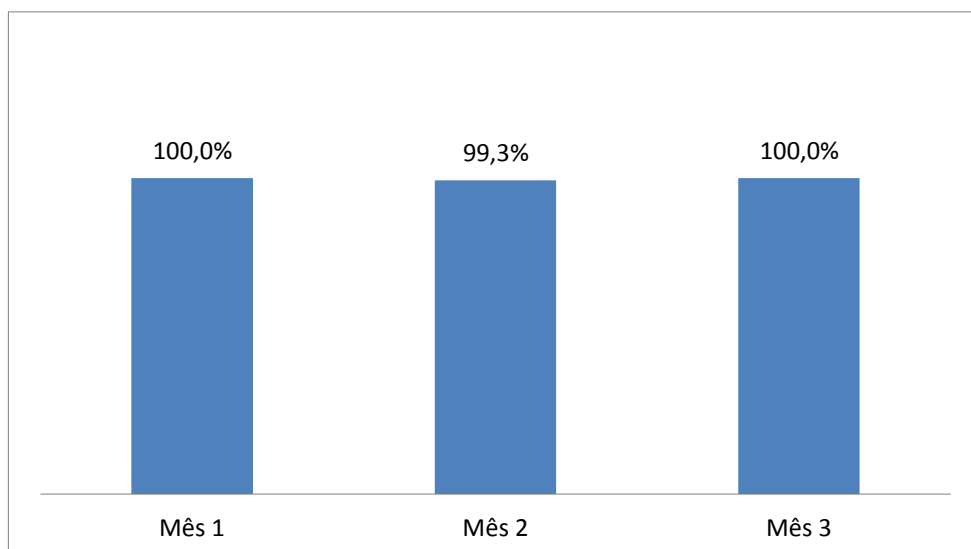
Monitorar a realização de orientação de pessoas com HAS semanalmente conjuntamente com a equipe de saúde.

Organizamos práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Orientamos pessoas com HAS e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Capacitamos a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável além sobre metodologias de educação em saúde.

Observamos no gráfico abaixo o indicador (6,1), de acordo com o atendimento em cada mês da intervenção.



**Proporção de pessoas com HAS com orientação nutricional sobre alimentação saudável.**

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

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

Em relação da proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável pode-se avaliar como comportamento positivo, pois foi um trabalho feito pela equipe com orientações sobre alimentação saudável em salas de espera com palestra e um papel fundamental da nutricionista comportando se no 1ro (33)100% 2do mês (98) (93,3 %) e no 3ro mês (114) 91,2 %, considero que foi positivo, também se fizeram varias ações como, por exemplo, café de amanhã saudável, atividades nas comunidades sobre quem conhece, mas sobre alimentação saudável dirigido pela nutricionista e com a participação de equipe de saúde promovendo novo estilos de alimentação que fazem uma melhor evolução desta doença e evita as complicações que podem desencadear uma alimentação não saudável .

### **Ações**

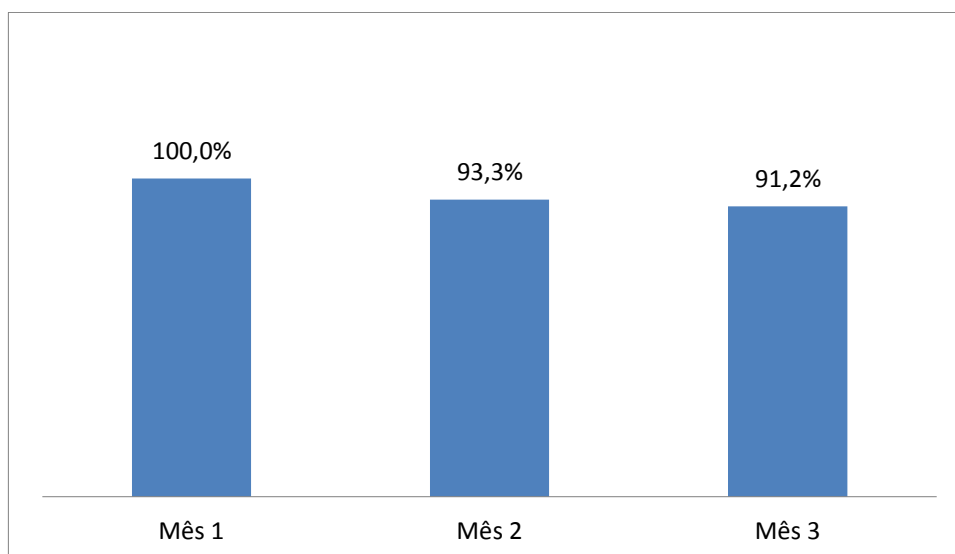
Monitoramos a realização de orientação de pessoas com diabetes semanalmente conjuntamente com a equipe de saúde.

Organizamos práticas coletivas sobre alimentação saudável em nossa UBS semanalmente organizada pelos protocolos de atendimento onde a nutricionista e responsável destas atividades

Orientamos as pessoas com diabetes e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Capacitamos a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável além sobre metodologias de educação em saúde.

Observamos no gráfico abaixo o indicador (6,2), de acordo com o atendimento em cada mês da intervenção.



**Proporção de pessoas com Diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável**

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

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

Em relação da proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física foi cumprido no 1ro mês (80), 100 % no 2do mês (135) 100%, 3ro (253), 100 % com a participação da equipe de saúde e principalmente do educador físico, com participação dos pacientes nos diferentes atendimentos, além motivados pela atividade se fizeram práticas físicas, regularmente até agora se mantém duas vezes semana com a participação deles e a população de risco.

### **Ações**

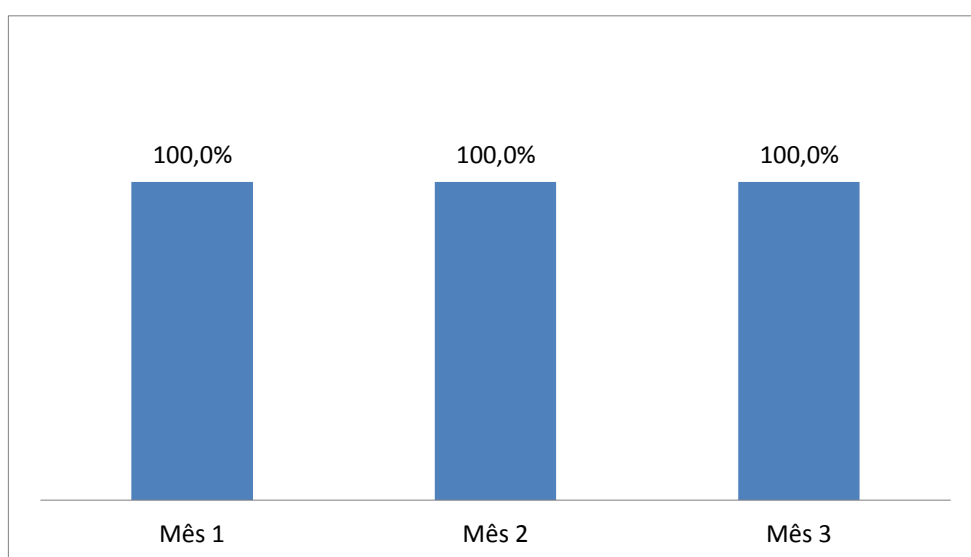
Monitoramos a realização de orientação para atividades física regular às pessoas com HAS.

Organizamos práticas coletivas sobre alimentação saudável, demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Orientamos pessoas com HAS e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular inclusive para o tratamento De HAS.

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

Observamos no gráfico abaixo o indicador (6,3), de acordo com o atendimento em cada mês da intervenção.



**Proporção de hipertensos com orientação sobre a pratica de atividade física regular**

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

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

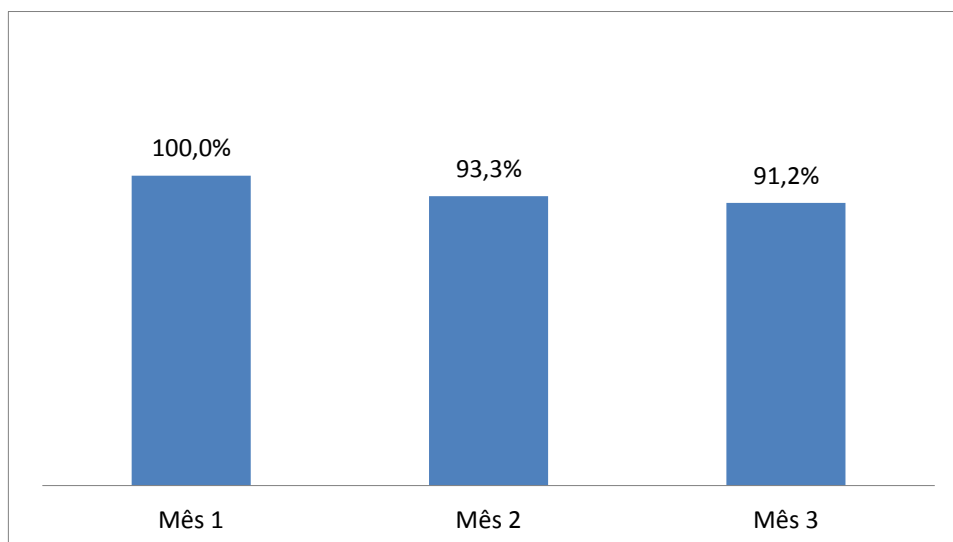
Em relação da proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física no 1romês (33) 100%, no 2do mês (98) 93,3 % e no 3ro mês (114) 91,2 % comporta se assim no terceiro mês porque não foi registrada a atividade nos prontuários dos usuários.

#### **Ações**

Monitoramos a realização de orientação para atividades física regular às pessoas com Diabetes.

Orientamos pessoas com diabetes na comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular inclusive para o tratamento da diabetes.

Observamos no gráfico abaixo o indicador (6,4), de acordo com o atendimento em cada mês da intervenção.



**Proporção de pessoas com DM que receberam orientações sobre a prática de atividade física regular.**

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

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

Em relação da proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo comportou positivamente nos 3 meses da intervenção, no 1ro mês(80) 100 %%, no 2do mês (135 ) 100 % e no 3ro (253) 100 % a população teve orientação sobre os riscos de tabagismo que pode desencadear complicações secundárias cardiovasculares, neurológicas, respiratórias e outras, e se realizaram palestras com o tema, além se fizeram capacitações com os ACS sobre o tema para melhorar o comportamento da orientação,visto que eles estão diretamente com a população da área de abrangência.

### **Ações**

Monitoramos realização de orientação sobre riscos do tabagismo às pessoas com HAS atividades educativas realizadas em nossa UBS.

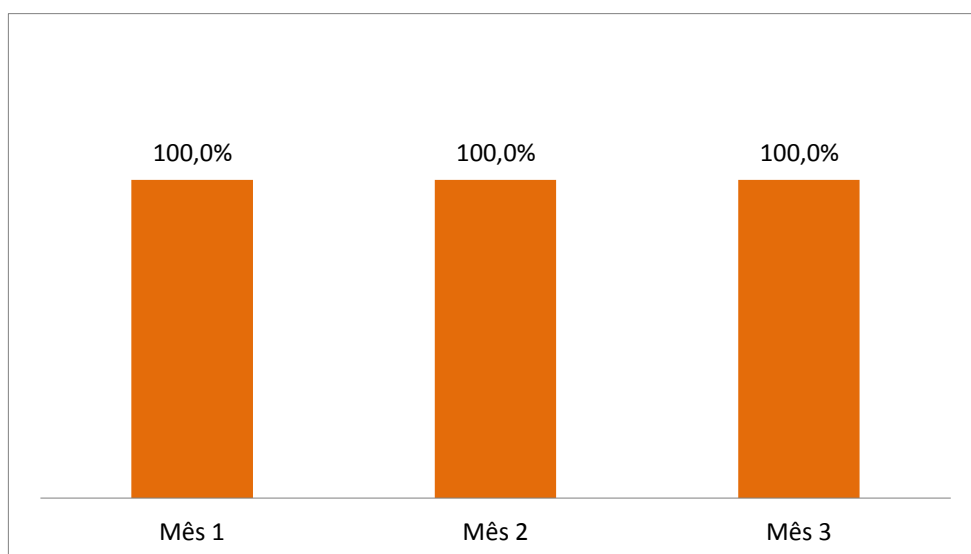
Orientamos pessoas com HAS tabagista sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e apoio psicológico com avaliação deles.



Capacitamos a equipe para o tratamento de pessoas tabagista ale capacitar a equipe da UBS sobre metodologia de educação de saúde.

Orientamos pessoas com HAS tabagista sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e apoio psicológico com avaliação deles.

Observamos no gráfico abaixo o indicador (6,5), de acordo com o atendimento em cada mês da intervenção.



**Proporção de pessoas com HAS que receberam orientação sobre os riscos de tabagismo.**

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

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

Em relação da proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo com portou no 1ro mês (33) 100 % no 2do mês (98) 93,3 % e no 3ro mês (114) 92,2 % devido Orientamos pessoas com Diabetes tabagista sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e apoio psicológico com avaliação deles.

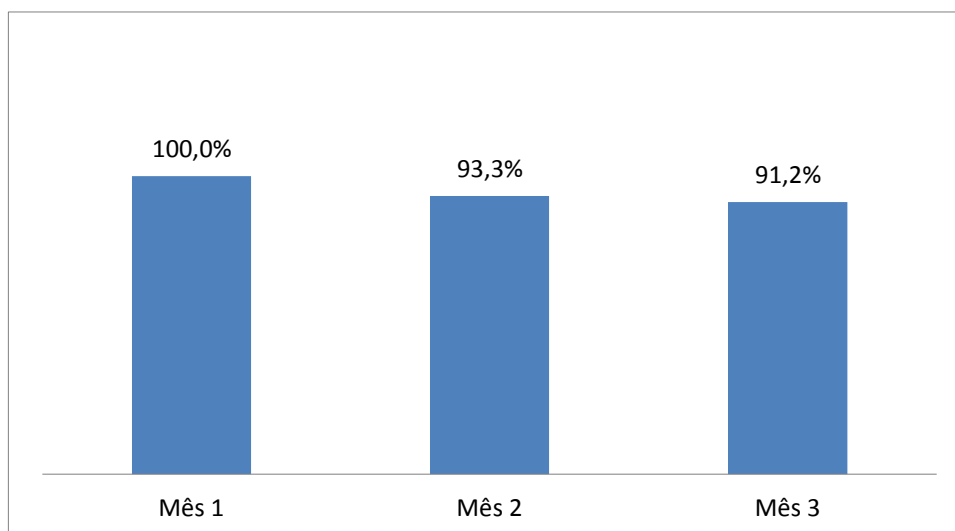
#### **Ações.**

Monitoramos a realização de orientação sobre riscos do tabagismo às pessoas com Diabetes. Atividades educativas realizadas em nossa UBS

Orientamos as pessoas com Diabetes tabagista sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e apoio psicológico com avaliação deles.

Capacitamos à equipe para o tratamento de pessoas tabagista além de capacitar a equipe da UBS sobre metodologia de educação de saúde.

Observamos no gráfico abaixo o indicador (6,6), de acordo com o atendimento em cada mês da intervenção.



**Proporção de pessoas com DM que receberam orientações sobre os riscos de tabagismo.**

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

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

Em relação da proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal comportou-se positivamente, no 1ro mês (80) 100 % no 2do mês (135) 100% e 3ro mês (252) 99,6 % porque a equipe fez Capacitação para oferecer orientações de higiene bucal mediante os protocolos de atendimentos odontológicos onde foi indicada esta atividade para os usuários e constantemente nos prontuários deles.

### **Ações**

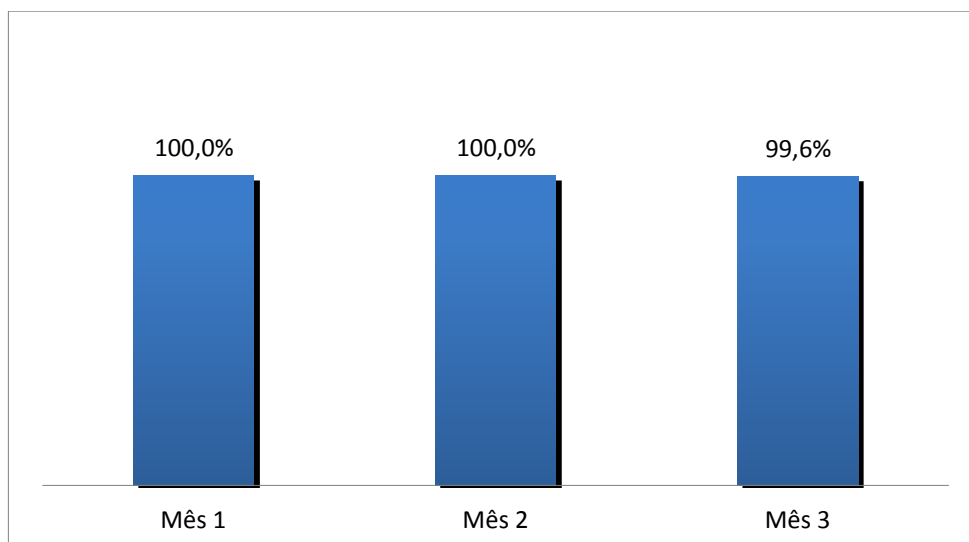
Monitoramos a realização de orientação de pessoas com HAS.

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

Orientamos as pessoas com HAS e seus familiares sobre a importância da higiene bucal para evitar complicações desta doença com atividades de educação pra saúde.

Capacitamos equipe para oferecer orientações de higiene bucal mediante os protocolos de atendimentos odontológicos será feita pelo odontologista.

Gráfico abaixo o indicador (6,7), de acordo com o atendimento em cada mês da intervenção



**Proporção de pessoas com HAS que receberam orientação sobre higiene bucal.**

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

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

Em relação da proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal comporto se no 1ro mês (33) 100 %, no 2do mês (98) 93,3 % e no 3ro mês (114) 91,2 % capacitamos a equipe para oferecer orientações de higiene bucal mediante os protocolos de atendimentos odontológicos.

### **Ações**

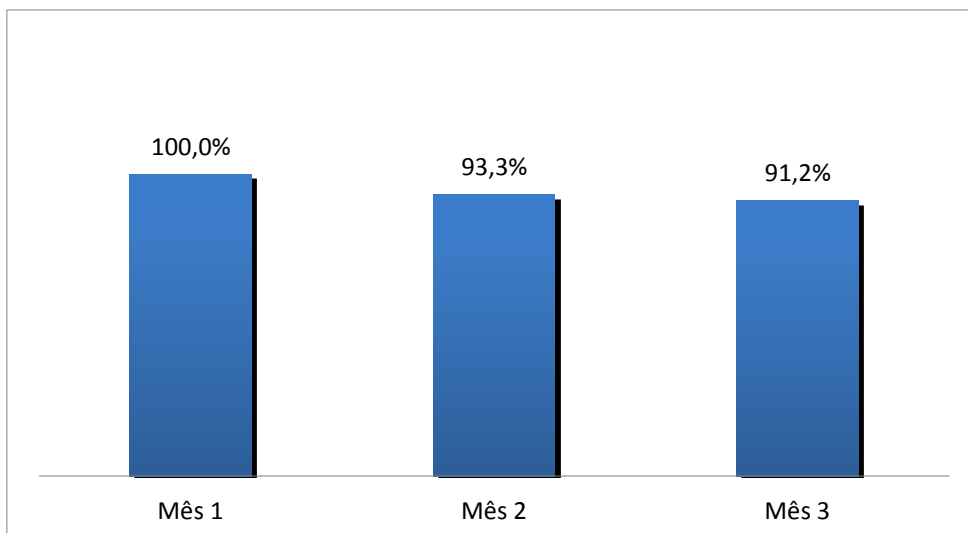
Monitoramos a realização de orientação de pessoas com diabetes.

Organizamos tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual

Orientamos as pessoas com diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal para evitar complicações desta doença com atividades de educação pra saúde onde participaremos todos os profissionais de nossa unidade.

Capacitamos a equipe para oferecer orientações de higiene bucal. Mediante os protocolos de atendimentos odontológicos será feita pelo odontologista.

Observamos no gráfico abaixo o indicador (6,8), de acordo com o atendimento em cada mês da intervenção.



**Proporção de pessoas com DM que receberam orientação sobre higiene bucal**

## 4.2 Discussão

A intervenção em minha UBS Raimundo do Rosário Mela Município Nova Olinda do Norte Estado Amazonas, contribuiu na melhoria da atenção as pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus com ampliação da cobertura da atenção aos usuários com essas doenças, além fizemos melhoria nos registros e a qualificação da atenção, onde foi muito importante o exame dos pés dos usuários Diabéticos, a avaliação odontológica, nutricional e fatores de riscos associados as doenças crônicas, registrando um total de 253 HTA e 125 Diabéticos com tendência continuar trabalhando com esta população de risco.

A intervenção teve importância para a equipe de saúde porque melhora o relacionamento entre a equipe e nossa comunidade, permitiu que a equipe se capacitasse para continuar nosso trabalho com as recomendações do Ministério da Saúde além o conhecimento sobre os protocolos destas doenças sendo eles muitos freqüentes em nossa comunidade, aumentamos o conhecimento sobre rastreamento, diagnósticos, tratamento e monitoramento da HAS e DM. Além a

recepção protocolizo sua função de informar a comunidade sobre nossa agenda de trabalho, quando é solicitada pela comunidade no momento específico além de trabalhar com qualidade no ordenamento dos registros dos usuários HAS e Diabéticos, com monitoramento realizado pela gerente da UBS, neste caso nossa Enfermeira que tem conhecimento da população da área de abrangência com doenças crônicas e eu dá atendimento aos pacientes segundo o protocolo do Ministério da saúde, apresentando a nova organização deste programa um impacto positivo em outras atividades no serviço de odontologia, nutricionista e educador físico onde fizemos avaliação integral dos pacientes com as doenças antes mencionadas.

Para o serviço a intervenção teve importância, onde ganhamos em organização e avaliação para os usuários HAS e DM, pois anteriormente eram avaliados o maior por cento pela médica, agora temos participação integral da equipe de saúde, tendo relacionamento os ACS como pilar fundamental do trabalho na equipe.

Assim viabilizamos a atenção a um maior número de pessoas, os registros e o agendamento deles viabilizou a otimização da agenda para a atenção da demanda espontânea, da mesma forma que a identificação e classificação dos fatores de riscos tem sido muito importantes para apoiar os atendimentos.

Para a comunidade a intervenção tem um impacto lento, na minha percepção, os usuários HTA e Diabéticos demonstram satisfação com a prioridade do atendimento, agora toda a equipe continua trabalhando e explicando comunidade a importância do controle destas doenças além a prevenção de complicações para o indivíduo, a comunidade e a sociedade, por isso continuamos fazendo atividades de promoção e prevenção para melhorar em 100 % a cobertura do programa para usuários hipertensos e diabéticos.

Em relação à pergunta: O que eu faria diferente, eu posso dizer que, realizaria atividades de promoção e prevenção em maior quantidade, teria mais integração da secretaria de saúde, escolas e prefeitura do município nesta intervenção para lograr um melhor apoio nas atividades realizadas pela equipe de saúde, a intervenção esta incorporada a nossa rotina do serviço, mesmo assim, continuamos trabalhando para planejar como superamos algumas deficiências encontradas na realização da intervenção.

Em relação à viabilidade de nossa equipe na incorporação desta intervenção à rotina do serviço, está sendo possível, pois, para isto ampliamos o trabalho e conscientizamos a comunidade em relação às necessidades, prioridades da atenção ao usuário com HAS e DM.

“Os próximos passos de nossa UBS é dar ampliação de cobertura aos usuários com HAS e DM, com a participação dos ACS em todas as micro áreas, e também tomando este projeto como exemplo, pretendo trabalhar no Programa da atenção das crianças e saúde mental”, porque além do programa avaliado nesta intervenção, considero muito importante em nossa área de abrangência os programas mencionados.

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

Como requisitos à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família têm a realização de um projeto de intervenção na Unidade Básica de Saúde de atuação com o propósito de qualificar a atenção em saúde.

A intervenção em Saúde aos usuários com HAS e DM foi realizada na UBS Raimundo do Rosário Melo com um total de 253 HAS e 125 DM cadastradas na UBS que se constituíram nossa população alvo.

Na UBS já eram realizadas ações com os usuários com HAS e DM um dia na semana. Não havia registros específicos que permitam controle e avaliação das ações realizadas, classificações de risco e os programas de busca ativa dos faltosos também eram inexistentes. Estes aspectos todos motivaram a escolha da saúde aos usuários com HAS e DM como foco da intervenção.

. As atividades educativas iniciadas no ano anterior na comunidade evidenciaram pouco conhecimento sobre suas doenças. Este projeto de intervenção surgiu como uma forma de superar algumas das deficiências do processo de trabalho e proporcionar melhores condições de saúde. A cobertura da primeira consulta atingiu nos hipertensos, no primeiro mês em 31,6 %, no segundo mês 53,4 % e terceiro mês 100 avaliando este indicador positivo e em DM 26, 4% no primeiro, no segundo mês 84,0% e terceiro mês 100%.

Outra atividade que permitiu a intervenção foi à capacitação da equipe para um atendimento integral. Isto possibilitou que a equipe fornecesse tanto no

acolhimento quanto nas consultas os esclarecimentos, orientações e encaminhamentos para consulta odontológica, nutricionista e educador físico.

Certamente muitos aspectos para o alcance destes objetivos foram dependentes do apoio da gestão, que possibilitou melhorar a intervenção realizada. O fornecimento de insumos e material de consumo para a realização do glicoteste além-disponibilização aos ACS de esfigmomanômetro para medida de pressão arterial aos usuários nas buscas ativas sempre em dia foi um destaque positivo.

Ainda existem alguns aspectos da gestão que, se melhorados, poderiam ajudar a qualificar ainda mais o serviço, viabilizariam a ampliação da intervenção e a implementação de outras ações programáticas. Destaco a importância de um oftalmoscópio para a realização de fundo de olhos aos usuários para prevenir complicações além à realização de exame como ECG, USD Renal, e hematológica como creatinina para avaliar esfera renal do usuário em seguimento.

Com o trabalho da equipe, fiquei melhor qualificada profissionalmente e a comunidade aumentou os conhecimentos no Programa de Saúde assim como fazer prevenção de diferentes doenças. Existem alguns aspectos que melhorados poderiam ajudar a qualificar ainda mais o serviço, é necessária a compra de equipamento para a realização do teste no município e reativo para a realização de exame no laboratório. Poderíamos programar a intervenção em outras ações programáticas como atenção saúde das crianças, mesmo jeito precisaríamos de um maior apoio da prefeitura do município, secretaria de saúde e outros setores.

## 6 Relatório da intervenção para a comunidade

Realizamos a intervenção em saúde as pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus pertencente à área de abrangência da Unidade Básica Raimundo do Rosário Melo com um total de 253 usuários com HAS e 125 DM cadastradas na UBS que se constituíram em nossa população alvo. O curso de Especialização em Saúde da Família é um projeto para melhorar algum aspecto da nossa unidade de saúde. Era preciso escolher um grupo para estas atividades. Na unidade de saúde já eram realizadas ações com os usuários Hipertensos e Diabéticos um dia na semana sem agendamentos nem seguimento adequado, agora é duas vezes na semana com atendimentos priorizados pelo odontólogo, nutricionista e algum outro profissional que eles precisem para ser avaliados.

Não havia fichas clínicas específicas que permitissem o controle e avaliação das ações realizadas, classificações de risco para saber quais usuários tem chance de desenvolver uma complicação e um programa de busca ativa para aqueles usuários que faltassem as consultas. Tudo isto incentivou mais ainda a escolha da saúde aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus como foco da intervenção.

A comunidade ganhou uma importante ferramenta para melhorar o estado de saúde. Foi preciso conhecer melhor este público, planejar, executar e monitorar as ações voltadas, Com a intervenção ganhou na melhoria do atendimento, pois antes estes não eram realizados de forma planejada e não existia controle nenhum dos usuários faltosos, existindo atraso em todo o que fosse relacionado com o Programa, atendimento odontológico, nutricionista e educador físico. O trabalho educativo era pouco, agora ao incrementar nosso labor educativo preventivo, diminuíram as complicações. O objetivo geral era melhorar a atenção à saúde aos usuários com Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus, os resultados alcançados neste período mostram a melhoria na atenção em poucos meses, além da continuidade das ações,

A cobertura da primeira consulta atingiu em Hipertensos o primeiro mês em 31,1%%, no segundo mês 53,4 % e terceiro mês 100% avaliando este indicador positivo e na Diabetes Mellitus 26,4 % no primeiro, no segundo mês 84,0 % e terceiro mês 100



Tivemos algumas dificuldades para atingir nossas metas que também; dificultaram a chegada a UBS dos usuários para receber atendimento, entre elas temos muitos usuários moram longe da UBS,

É importante destacar que a comunidade ficou conhecendo a existência do Programa de saúde de atenção aos usuários com Hipertensão Arterial e/o Diabetes Mellitus, os direitos deles, importância da realização do tratamento farmacológico, além de modificar aqueles fatores de riscos que podem atuar diretamente sobre sua saúde, as buscas ativas aos faltosos, todo foi feito com a ajuda dos agentes comunitários que iam às casas conversar com as famílias de quem faltava na consulta, permitiu um acompanhamento continuado pela equipe de saúde, outra atividade realizada foram às capacitações da equipe, todos aprenderam um pouco mais, sobre estas doenças. Isto permitiu que a equipe fornecesse tanto no acolhimento quanto nas consultas e os esclarecimentos, orientações e encaminhamentos. Entendo que é cada vez mais importante a participação de todos os usuários nas atividades da UBS. A comunidade conhece que a intervenção ficou incorporada na rotina do serviço. A unidade está trabalhando para manter as mesmas prioridades que foram estabelecidas neste projeto com o apoio da comunidade da área de abrangência.

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

O curso de Especialização em Saúde da Família foi muito importante para mim, comecei ele o dia 1ro de maio / 2015, com novas expectativas de trabalho, além de conhecer realmente o comportamento destas doenças em minha área de abrangência e no Brasil, fiz uma comparação com o comportamento deste indicador em outros países onde trabalhei anteriormente, com animo de ajudar e capacitar sobre o conhecimento do programa de atenção aos usuários com HAS e DM, foi uma experiência na minha área de trabalho onde intercambiei conhecimentos com outros profissionais além o estudo da língua português melhorou nos meses da intervenção, reconhecendo que é uma debilidade que tenho para escrever corretamente ainda, minhas expectativas iniciais foram satisfeitas porque melhorei os conhecimentos sobre o Programa de Saúde da Família no Brasil, intercambiei experiências com outros profissionais, trabalhei com aquelas vulnerabilidades que tinha minha UBS, foram muito educativos todos os casos clínicos apresentados.

Com a intervenção realizada junto a minha equipe, determinamos aqueles fatores de risco que estão diretamente relacionados com a incidência destas doenças, reforcei como orientar aos usuários na prevenção de diferentes complicações, diminuindo às internações, realizei acompanhamento direto com os usuários considerando a intervenção em nossa UBS incorporada rotina do serviço para poder atuar sobre as diferentes causas que contribuem com esse problema de saúde.

Entendi em geral, que nossa equipe conseguiu um melhor atendimento integral com excelência dos serviços, melhorando o acolhimento dos usuários. Reforcei a importância da APS no correto desenvolvimento das atividades de saúde principalmente nas atividades de promoção e prevenção de Saúde.

## Referencias

Brasil. Ministério de saúde. Caderno de Atenção Básica Nº 36 Diabetes Mellitus - Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica, disponibilizado pelo MS, de 2013.

Brasil. Ministério de saúde. Caderno de Atenção Básica Nº 37 Hipertensão Arterial Sistêmica - Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica, disponibilizados pelo MS, de 2013.

Brasil. Ministério de saúde. Caderno de Atenção Básica Nº7 Hipertensão Arterial HAS e Diabetes Mellitus DM. Protocolo. Brasília 2001.

Brasil. Ministério de saúde. Manual de HTA e DM. Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus Brasil. Brasília 2002.

Brasil. Ministério de saúde. Cadernos de Atenção Básica Diabetes Mellitus. Brasília. DF 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Brás Cardiol, vol. 95, n. 1, (supl.1), p. 1-51, 2010.

SILVA, J. L. L.; SOUZA, S. L. de. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 03, 2004.

HAJJAR, I. KOTCHEN T.A. Trends in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in the United States, 1988-2000. Jama, v. 290, n. 2, p. 199-206, 2003.

CAMPOS F.C.; FARIA H.P.; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.

## 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