

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNA SUS  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL – DMS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS – UFPEL  
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – EAD**



**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE AOS ADULTOS  
PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA  
E/OU DIABETES MELLITUS NA UNIDADE BÁSICA DE  
SAÚDE SANTO ANTÔNIO DE ITACOATIARA - AM.**

**BEATRIZ PAUSE**

**Itacoatiara, AM – 2013.**

**BEATRIZ PAUSE**

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE AOS ADULTOS  
PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA  
E/OU DIABETES MELLITUS NA UNIDADE BÁSICA DE  
SAÚDE SANTO ANTÔNIO DE ITACOATIARA - AM.**

Trabalho de conclusão de curso  
apresentado ao Programa de Pós Graduação  
em Saúde da Família Modalidade EaD  
Universidade Aberta do SUS – Universidade  
Federal de Pelotas, como requisito à obtenção  
do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Lucimar da Silva Moura

**Itacoatiara, AM – 2013.**

**TESES, DISSERTAÇÕES E TRABALHOS ACADÊMICOS  
DADOS PARA ELABORAÇÃO DA FICHA CATALOGRÁFICA**

Instituição: Universidade Aberta do SUS – UNASUS

Faculdade / Instituto: Universidade Federal de Pelotas – UFPEL

Tipo de trabalho: Trabalho de Conclusão do Curso (TCC)

( ) TESE ( ) DISSERTAÇÃO ( X ) TRABALHO ACADÊMICO

Programa ou Curso: Especialização em Saúde da Família

Área de conhecimento: Saúde Pública

Aluno: Beatriz Pause

Título: Melhoria da atenção à saúde aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde Santo Antônio de Itacoatiara – AM.

Subtítulo:

Orientador: Lucimar da Silva Moura

Co-orientador (es):

Local: Itacoatiara – AM.

Ano: 2013

Total de folhas: 119

Palavras-chave: (no máximo 5)

Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde.

Bibliotecário Responsável  
(Assinatura e carimbo com CRB)

**BEATRIZ PAUSE**

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE AOS ADULTOS  
PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA  
E/OU DIABETES MELLITUS NA UNIDADE BÁSICA DE  
SAÚDE SANTO ANTÔNIO DE ITACOATIARA - AM.**

Monografia aprovada em 25 de setembro de 2013, como requisito à obtenção do título de especialista em Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS/ Universidade Federal de Pelotas.

---

Enfermeira Lucimar da Silva Moura  
(Orientadora)

Banca Examinadora:

---

Banca 1: Prof<sup>o</sup> Giancarlo Bacchieri

---

Banca 2: Prof<sup>a</sup> Gabriela Prado

## Dedicatória

*Dedico este trabalho ao meu esposo Marcelo Souza de Paula e ao meu filho Eduardo Pause, que sempre acreditaram em meu potencial e me apoiaram incondicionalmente em toda essa jornada, com paciência e compreensão.*

*Aos meus pais Ivo e Maria Nelci Zander Pause, meus irmãos, nora, cunhados (as) e sobrinhos (as) que sempre torceram por minha vitória.*

*A Valentina, Luz das nossas vidas, pelas alegrias e bênçãos diárias.*

## Agradecimento Especial

*À minha orientadora Lucimar da Silva Moura, pela compreensão, carinho e força e a Lenise P. Cecílio, grandes mestras, por terem me apoiado e auxiliado com muita sabedoria sempre disponíveis nos momentos necessários e terem acreditado no meu potencial.*

## **Agradecimentos**

*A Deus, por estar sempre ao meu lado iluminando e guiando meus passos.*

*Ao Vereador Aluisio Jasper Neto pelas palavras de entusiasmo e força.*

*Aos ACS da UBS Santo Antônio de Itacoatiara - Alcimarina Figueiredo, Aurilene Carvalho, Darclei Vieira, Eliege Figueiredo, Francinete Oliveira, Isonne Simões, Jane Menezes, Lúcia Solimões e Maria do Carmo Verçosa pela disposição, colaboração, apoio e amizade.*

*À Ex-diretora da UBS Santo Antônio Silvana N. Palma e ao Dr. Rafael Menegon pelo incondicional apoio, compreensão e amizade.*

*Ao Dr. Cícero José da Silva pelo incondicional apoio, companheirismo e amizade.*

*Aos usuários da ESF 20, pelo consentimento, oportunidade, carinho e amizade conquistada para realização das tarefas, o que me proporcionou a conclusão desta especialização.*

*Ao Município de Itacoatiara pela acolhida.*

*Aos demais profissionais de saúde da UBS Santo Antônio, sem os quais não seria possível a conclusão deste trabalho.*

## Epígrafe

*“Há um tempo em que é preciso abandonar as  
roupas usadas...*

*Que já têm a forma do nosso corpo...*

*E esquecer os nossos caminhos que nos levam sempre  
aos mesmos lugares...*

*É o tempo da travessia...*

*E se não ousarmos fazê-la...*

*Teremos ficado... Para sempre...*

*À margem de nós mesmos...”*

Fernando Pessoa.



## LISTA DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
Figura 1 – Cobertura do Programa de Atenção ao Diabético	72
Figura 2 – Cobertura do Programa de Atenção ao Hipertenso	73
Figura 3 – Proporção de profissionais de saúde capacitados	77
Figura 4 – Proporção de Diabéticos com exame do pé diabético	78
Figura 5 – Proporção de Hipertensos com exame clínico de acordo com protocolo	79
Figura 6 – Proporção de Diabéticos com solicitação de exames complementares	80
Figura 7 – Proporção de Hipertensos com solicitação de exames complementares	80
Figura 8 – Proporção de Diabéticos com tratamento medicamentosos da lista do Hiperdia ou Farmácia Popular	82
Figura 9 – Proporção de Hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou Farmácia Popular	82
Figura 10 – Proporção de Diabéticos que conseguem todos os medicamentos da lista do Hiperdia	83
Figura 11 – Proporção de Hipertensos que conseguem todos os medicamentos da lista do Hiperdia	84
Figura 12 – Proporção de Diabéticos com glicemia compensada	86
Figura 13 – Proporção de Hipertensos com pressão arterial compensada	86
Figura 14 - Proporção de Diabéticos que estão com a ficha de acompanhamento atualizada	88
Figura 15 – Proporção de Hipertensos que estão com a ficha de acompanhamento atualizada	88
Figura 16 – Proporção de Diabéticos com estratificação de risco cardiovascular	89

Figura 17 – Proporção de Hipertensos com estratificação de risco cardiovascular	90
Figura 18 – Proporção de Diabéticos com consulta periódica com dentista	93
Figura 19 – Proporção de Hipertensos com consulta periódica com dentista	93
Figura 20 - Proporção de Diabéticos acompanhados que a situação de risco e vulnerabilidade da família foi avaliada	99
Figura 21 - Proporção de Hipertensos que a situação de risco e vulnerabilidade da família foi avaliada.	99

## **LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS**

**AABB** – Associação Atlética Banco do Brasil

**ACS** – Agente Comunitário de Saúde

**APS** – Atenção Primária a Saúde

**CA** – Câncer

**CEO** – Centro de Especialidades Odontológicas

**CNES** – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

**CNS** – Conselho Nacional de Saúde

**ESF** – Estratégia Saúde da Família

**HIPERDIA** – Hipertensão e Diabetes

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**IDH-M** – Índice de Desenvolvimento Humano - Municipal

**NASF** – Núcleo de Apoio da Saúde da Família

**PCCUM** – Preventivo Câncer de Uterino e Mama

**PNI** – Programa Nacional de Imunização

**PNUD** – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

**PSF** – Programa Saúde da Família

**MS** – Ministério da Saúde

**SMS** – Secretaria Municipal de Saúde

**TCLE** – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

**TSB** – Técnico de Saúde Bucal

**UBS** – Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

	Pág.
1. ANÁLISE SITUACIONAL.....	15
1.1. Situação da ESF/APS.....	15
1.2. Relatório da Análise Situacional.....	15
1.3. Comentário Comparativo.....	24
2. ANÁLISE ESTRATÉGICA.....	25
2.1. Justificativa.....	25
2.2. Objetivos e Metas.....	26
2.2.1 Objetivo geral.....	26
2.2.2 Objetivos específicos.....	26
2.2.3 Metas.....	26
2.3. Metodologia.....	29
2.3.1 Ações.....	29
2.3.2 Indicadores.....	46
2.3.3 Logística.....	55
2.3.4 Cronograma.....	58
3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO.....	62
4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	71
4.1. Resultados.....	71
4.2. Discussão.....	100
4.3. Relatório para Gestores.....	103
4.4. Relatório para Comunidade.....	105
5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE PROCESSO DE APRENDIZADO.....	107
6. BIBLIOGRAFIA.....	110
7. ANEXOS.....	112
8. APÊNDICE.....	116

## RESUMO

PAUSE, Beatriz. Melhoria da atenção à saúde aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde Santo Antônio de Itacoatiara – AM. 2013. 116f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Especialização em Saúde da Família. Universidade Aberta do SUS / Universidade Federal de Pelotas, Pelotas - RS.

Este trabalho tem como objetivo promover a melhoria do processo de trabalho e do atendimento do Programa de Atenção aos Adultos Portadores de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus no município de Itacoatiara - AM, bem como a ampliação dos saberes dos usuários hipertensos e diabéticos da ESF 20. O Estudo baseou-se no projeto de intervenção ao Programa Hiperdia, a população estudada constituiu-se de 69 diabéticos e 95 hipertensos de ambos os sexos, cadastrados no SIAB com diagnóstico de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. A coleta de dados foi realizada através de levantamento junto aos prontuários e ficha espelho dos usuários, visita domiciliar para busca ativa e demais informações no período de fevereiro a maio de 2013. Para desenvolver um trabalho coerente o estudo foi fundamentado nos cadernos da atenção Básica nº 14, 15, 16 e nas diretrizes da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia e outros. Com os dados coletados foi possível identificar preliminarmente a não adesão do usuário ao Programa Hiperdia bem como o tratamento quase que exclusivamente medicamentoso. Também foi possível comprovar a falta de comprometimento do profissional da atenção Básica com este usuário e deficiências da rede no que se refere a realização dos exames complementares para estratificação de risco cardiovascular desta população. Em consonância com o protocolo estabelecido no Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde estes resultados confirmaram a necessidade de reprogramar ações educativas para orientar e sistematizar medidas de prevenção, cuidado, controle e vinculação dos portadores desses agravos às unidades básicas, mediante ações de capacitação dos profissionais, conforme diretrizes estabelecidas nas Normas Operacionais de Assistência à Saúde - SUS -01/2001.

**Palavras-chave:** Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde.

## **ABSTRACT**

PAUSE, Beatriz. Improvement of health care to adults with systemic hypertension and/or diabetes mellitus in the Basic Health St. Anthony of Itacoatiara - AM. In 2013. 116f. Completion of course works (Specialization). Specialization in Family Health. Open University of SUS/Federal University of Pelotas, Pelotas - RS.

This work aims to promote the improvement of the work process and Care Program, Care to Adults with Hypertension and/or Diabetes Mellitus in Itacoatiara - AM, as well as the expansion of the knowledge of hypertensive patients and diabetic FHS 20. The study was based on the design of the intervention program Hiperdia. The study population consisted of 69 diabetic and 95 hypertensive patients of both sexes, registered in SIAB diagnosed with hypertension and/or diabetes mellitus. Data collection was conducted through survey with records and record mirror of users and active search for home visits and other information in the period February to May 2013. To develop a coherent work the study was based on the roll of attention Primary No. 14, 15, 16 and the guidelines of the Brazilian Society of Endocrinology and Metabolism and others. With the data collected it was possible to preliminarily identify noncompliance User Program Hiperdia and treatment almost exclusively drug, It was also possible to prove the lack of commitment of the professional attention with this Basic user and network deficiencies as regards the achievement of exams for cardiovascular risk stratification in this population. In accordance with the protocol set out in the Plan of Reorganization of Care for Hypertension and Diabetes Mellitus of the Ministry of Health, these results confirmed the need to reprogram educational activities to guide and systematize prevention, care, control and linking these diseased patients the basic units through training activities for professionals, according to guidelines set forth in the Operating Standards for Health Care - SUS - 01/200.

**Words-key: Diabetes Mellitus, Arterial hypertension, family health, primary health care.**

## **APRESENTAÇÃO**

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. Para tanto foi realizado o desenvolvimento de um projeto de intervenção aos hipertensos e diabéticos residentes no território de abrangência da Unidade Básica de Saúde Santo Antônio de Itacoatiara – AM. O volume está organizado em cinco unidades, sendo que as partes encontram-se organizadas independentes entre si, embora sequenciais e interligadas. Na primeira parte está o relatório da análise situacional desenvolvido na unidade 1 do curso de especialização. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica através da construção do projeto de intervenção ao longo da unidade 2 do curso. A terceira parte consta do relatório da intervenção que foi redigido ao final da unidade 3 do curso. Na quarta parte encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construído ao longo da unidade 4. Na quinta e ultima parte consta a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem na implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês julho de 2012, quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas, sua finalização ocorreu no mês de setembro de 2013, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

## **1. ANÁLISE SITUACIONAL**

### **1.1 Situação da ESF/APS**

Sou enfermeira do PROVAB/MS em Itacoatiara, Amazonas. A UBS onde atuo é composta por 03 ESF, cada equipe com médico, dentista, técnico de saúde bucal (TSB), enfermeira, técnica de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS) e pessoal de apoio (repcionista, copeira, auxiliar de serviços gerais).

A equipe na qual atuo possui 09 ACS, os quais atendem 872 famílias num total de 3750 pessoas e fica em uma área distante da UBS, dificultando por vezes o acesso e também a locomoção tanto do usuário como dos funcionários.

Na UBS pode-se identificar a precariedade de infraestrutura, tanto física como funcional. Na maioria das vezes não há salas, mesas ou cadeiras para um atendimento adequado e prioritário aos usuários, e a medicação também sempre está em falta, mas me parece que isso é uma constante pelo Brasil afora. Apesar das dificuldades encontradas o usuário tem atendimento quando necessário.

### **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O Município de Itacoatiara está situado na região norte do Brasil faz parte da região metropolitana de Manaus, a capital do estado do Amazonas, distante aproximadamente 265 km desta e pertence à Mesorregião do Centro amazonense.

A estimativa populacional do IBGE para 2012 é de aproximadamente 89.064 habitantes, sendo o 3º maior do estado em população e o maior de sua microrregião. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE/2010), os homens representavam 48,85% da população (42.421 habitantes) e as mulheres, 51,15% (44.419 habitantes), 77% da população (65.327 habitantes) residiam na zona urbana e 23% (19.513 habitantes) na zona rural e ribeirinha.



O índice de fecundidade é de 7,74 filhos por mulher e a mortalidade infantil em menores de 05 anos era de 14,26 a cada mil crianças. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH - M) é de 0,711 e é considerado médio pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), porém abaixo da média nacional e estadual. A maior concentração de pobreza é na região oeste da cidade, devido estrutura socioeconômica frágil, porém, os bairros com maior índice de riqueza e nobres também se localizam nesta região. No município a incidência de pobreza é de 56,78%. Dados do IBGE/2000 mostram que a população é composta por pardos (58,37 % - 41.367 habitantes), brancos (32,21 % - 22.504 habitantes), pretos (5,7 % - 4.110 habitantes), indígenas (3,09 % - 2.228 habitantes) e amarelos (0,63% ou 430 habitantes) e 0,10% do total da população não declararam suas etnias (IBGE/2010).

O sistema de saúde do município de Itacoatiara – AM está estruturado, mas tem muitas deficiências e falta de infraestrutura, devido, especialmente, a questões político-administrativas.

O município possui cento e quatro (104) estabelecimentos de saúde, a maioria pública. Destes, trinta e sete (37) prestam serviços odontológicos. Porém, conforme Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) apenas vinte e nove (29) estabelecimentos são cadastrados. De acordo com dados do CNES (Competência 08/2012) o município possui quatorze (14) Unidades Básicas de saúde (UBS), sendo sete (07) na zona urbana, cinco (05) na zona rural e outras duas, uma (01) na vila de Lindóia e uma (01) na Vila Novo Remanso. Fazem parte destas, vinte (20) Equipes Saúde da Família (ESF), sendo dezessete (17) ESF Modalidade 1, uma (01) ESF\_M2, um (01) ESF Quilombola Assentado, um (01) ESF\_M1 Quilombola Assentado e duzentos e quarenta e quatro (244) Agentes Comunitários de Saúde (ACS), quatro (04) Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF1) com Assistente Social, Fisioterapeuta, Educador Físico, e Nutricionista. Também, fazem parte das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), vinte dois (22) Auxiliares de Enfermagem, vinte três (23) Auxiliares em Saúde Bucal (ASB), vinte quatro (24) Cirurgiões dentistas, vinte sete (27) Enfermeiros, vinte e sete (27) Médicos, seis (06) Técnicos de Enfermagem e dois (02) Técnicos em Saúde Bucal (TSB). Temos um (01) Centro de Especialidade Odontológica do Tipo 2 (CEO II).

O único hospital da cidade é de média complexidade e possui cento e vinte (120) leitos, com atendimento de emergência, clínica e maternidade, no entanto não

há UTI neonatal e faltam outras especialidades na rede pública. Nesse aspecto o município é carente, porém, conta com ginecologista, cirurgião bucomaxilofacial, cirurgião-geral, nutricionista, psicólogo, assistente social e educador físico. No entanto há dificuldade com outros profissionais, como por exemplo, um endocrinologista.

Quanto à realização de exames complementares, temos apenas exames complementares essenciais como Hemograma completo, EAS e EPF e há pouco mais de um mês, ou seja, dias antes da fiscalização da PMAQ é que se iniciou a marcação de Ultrassom, mas ainda assim é precário e a demanda e tempo de espera fazem com que muitos usuários desistam.

A UBS Santo Antônio se localiza em área urbana no bairro Santo Antônio. Não possui vínculo com instituição de ensino, o modelo de atenção é ESF, onde atuam três (03) Equipes – ESFSB, cada uma delas com um Médico, um Enfermeiro, um Cirurgião Dentista, um Técnico de Enfermagem, um Técnico em Saúde Bucal e 9 ou 10 Agentes Comunitários de Saúde, 03 auxiliares de serviços gerais, 02 Auxiliares de enfermagem que realizam triagem dos usuários e 03 Recepcionistas que intercalam seus turnos de trabalho. O horário de atendimento vai das 07 às 17 horas. No entanto nem todos os profissionais trabalham em turno integral.

Apesar de se encontrar em área estratégica, das três equipes atuantes, duas tem acessibilidade facilitada pela localização em seu território, uma delas é responsável por uma área um pouco distante. A estrutura física não está em conformidade com o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde do Ministério da Saúde, pois não está adequada para abrigar três equipes com saúde bucal e não possui espaços apropriados para as diversas atividades como por exemplo: Sala de espera - não há - o que existem são apenas corredores apertados com bancos e sem ar condicionado (estão lá, mas não funcionam há muito tempo); Sala de reuniões e educação em saúde - às vezes as reuniões são realizadas no pátio da UBS ou na sala do fisioterapeuta, pequena e sem nenhuma estrutura, ou onde convier no momento; sala de consulta de enfermagem - uma única sala de tamanho reduzido onde três enfermeiras atendem suas demandas sem nenhuma privacidade para o atendimento ao usuário; sala de inalação não existe e o aparelho de nebulização está com defeito há mais de um ano, quando funcionava era na sala de curativo. A sala da administração era dividida com a farmácia agora foi deslocada para outra “salinha” onde eram realizadas as coletas de sangue. Aliado a isso ainda

tem o agravante de que a maioria dos funcionários estaciona seus veículos (motos) em frente a uma das portas de entrada (existem duas). Sendo assim, essas situações atrapalham muito o fluxo das pessoas e isso ocorre diariamente, já sugerimos que os estacionassem em outro lugar, mas não obtivemos resultados. Outra situação é o atendimento do Programa de Atenção aos Adultos portadores de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus e de outros programas onde os usuários ficam em pé aguardando atendimento, não há bancos nem espaço suficiente para acomodar todos (é atendido duas micro áreas por dia em que o programa é agendado).

Para essa Unidade Básica de Saúde a situação para minimizar ou superar essas deficiências seria a reorganização do projeto estrutural, muitas mudanças dependem disso porque do jeito que está limita muitas estratégias de melhoria nos processos de trabalho, não há estrutura adequada para abrigar todos os usuários de maneira humanizada. Nem todos os dias a demanda é grande, mas a tendência é de que esteja sempre aumentando principalmente como resultado da busca ativa, que está sendo bem positiva.

Considerando que a Atenção Básica em acordo com a Portaria Nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, anexo I “caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades” percebemos ao observar in loco que a realidade do processo de trabalho na UBS está longe do que se preconiza pois deveria estar acontecendo “por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações”. As populações e territórios são definidos, mas o envolvimento da população não é aceito, o que se vê é que a comunidade deve acatar o que lhes é imposto. Ainda, ocorre à falta de humanidade e boas práticas por parte de alguns profissionais que lá trabalham e a principal, a falta de comprometimento com a atenção primária à saúde. Muitos profissionais reclamam que se tem muito a fazer (parte burocrática, não lhes dando tempo para o atendimento humanizado). O que

se percebe é simplesmente a falta de boa vontade, pois não há uma organização sistemática das ações que devem ser desenvolvidas e quando existe não ocorre com envolvimento e compartilhamento de todos os envolvidos (membros das equipes). Algumas enfermeiras se acham “donas da equipe” e simplesmente não aceitam o apoio e colaboração e sim apenas o que por elas é determinado. Com essas atitudes arbitrárias o maior prejudicado é o usuário que não tem confiança na equipe e tampouco na UBS da sua área de abrangência, pois o mesmo consegue perceber claramente a falta de entrosamento entre os membros das equipes.

Assim, o processo de trabalho da equipe está em desacordo com o preconizado para a Atenção Básica, pois não existe o compromisso com os programas, a promoção da saúde e a prevenção de doenças, o foco fica num trabalho burocrático com preenchimento de muitos papéis e sem se dar conta que o centro da atenção deve ser o usuário. Sem contar que não há o interesse em basear-se na Atenção preconizada pelos cadernos da Atenção Básica.

As situações do tipo “falta tudo” dificultam o trabalho e quando o trabalho é realizado, por exemplo, nas consultas de enfermagem das gestantes não há uma sala adequada para atendimento individualizado, as enfermeiras estão em uma única sala (três equipes - em atendimento simultâneo) não há como manter a privacidade destas usuárias comprometendo assim a eficácia e eficiência do atendimento.

A UBS em questão tem 12.298 pessoas, sendo 6.026 do sexo feminino e 6.272 do sexo masculino, no entanto, a distribuição da população por sexo e faixa etária estimada para a área adstrita está aquém da estimativa brasileira. Para alcançar o número ideal os serviços deveriam ser padronizados e o comprometimento do profissional deveria estar arraigado em seu dia a dia. Faz-se necessário um maior comprometimento e atenção humanizada ao usuário, identificando as falhas, realizando busca ativa para identificar todas as pessoas da área e os cadastrando quando identificados. Também é importante sensibilizar essas pessoas demonstrando o quão importante é a promoção da saúde e a importância dos programas de prevenção e promoção à saúde inserindo-os neste contexto.

O acolhimento da UBS em questão deixa a desejar, pois se encontram alguns profissionais despreparados para acolhimento humanizado, eles recebem os usuários da maneira que podem, não atuam em acordo com os princípios do

acolhimento, no entanto, sabem o que é demanda espontânea. As informações solicitadas pelos usuários são respondidas imediatamente, porém, nem sempre as respostas são as mais indicadas e esperadas e as consultas são agendadas pelos agentes Comunitários de Saúde (ACS). Se necessário atendimento imediato do usuário os mesmos são encaixados na agenda médica do dia (cinco vagas). E se houver necessidade e o número de vagas tiver sido preenchido, ainda assim o usuário é atendido, um aspecto positivo. Porém, não há classificação de risco tampouco a utilização de protocolos. Assim, faz-se necessário a implantação de estratégias de educação continuada e educação em saúde bem como a qualificação do acolhimento que trariam melhorias no atendimento ao usuário da demanda espontânea.

O atendimento odontológico ocorre todos os dias da semana, manhã ou tarde, porém os horários são intercalados entre os três dentistas, pois existe apenas um consultório para as três equipes, então, quando um dos dentistas está em atendimento o outro possivelmente deverá estar na comunidade fazendo trabalho de promoção de saúde bucal o que nem sempre acontece e o outro intercalando horários. Cabe aqui salientar que não se percebe uma educação em saúde efetiva, porém, quando perguntados todos dizem que fazem, no entanto não é o que se percebe na prática e o que os usuários nos relataram. As consultas são agendadas pelos ACS, sendo que são reservadas três vagas diárias para atendimento de urgência por cada equipe, estas vagas são sempre preenchidas. O que se percebe é que a demanda é bem maior do que a oferta de serviços. Sem contar que por vezes faltam materiais e os equipamentos não funcionam, relatam que os equipamentos são muito antigos e que os consertos quando ocorrem não são eficazes. Também se pode perceber um alto número de extrações dentárias e relatam que não há materiais e instrumentais adequados para o tratamento recomendado.

A vacinação da referida UBS funciona de maneira muito organizada, são duas vacinadoras, uma no turno da manhã e outra à tarde. Possui sala apropriada com todas as vacinas preconizadas pelo PNI/MS (Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde) onde são atendidas todas as faixas etárias.

Sobre a Atenção à Saúde da Criança não são realizadas ações específicas para este grupo etário, não há protocolos e os dados não correspondem à realidade, nem sempre o que é informado corresponde ao que é executado, as consultas de puericultura como temos avaliado, nem sempre acontecem nos primeiros 7 dias de

vida, muitas vezes demoram a acontecer e outras nem chegam a ser realizadas mas ao preencher o censo para compilação de dados os números aparecem. As consultas de enfermagem para a faixa etária de 0 a 02 anos começaram a ser realizadas a pouco mais de um mês, incompletas e longe do preconizado pelo Ministério da Saúde. Quando realizadas nem sempre os dados são preenchidos na caderneta da criança para o melhor acompanhamento. Para melhoria do processo de trabalho poderia ser priorizada a capacitação imediata e contínua em puericultura para enfermeiras, médicos e demais funcionários da UBS. Frisando a importância das consultas de puericultura e de que a falta de tempo não justifica, pois ao assumir o trabalho na UBS todos os profissionais deveriam saber que todas estas ações fazem parte da estratégia, pois só assim pode-se fazer uma Atenção Básica de qualidade, visando sempre à promoção em saúde e não o adoecer.

Na UBS, são realizadas as ações de atenção ao pré-natal, no entanto, faz-se necessário maior comprometimento por parte das equipes em conscientizar as gestantes sobre a importância e a necessidade do acompanhamento pré-natal conforme preconizado com linguagem acessível e condizente com a realidade da gestante. As consultas de pré-natal começaram a ser mais esmiuçadas a partir de fevereiro de 2013, anteriormente só se faziam consultas de enfermagem básicas não havia prescrição de suplementação de ácido fólico e de ferro. Sobre o processo de trabalho, as consultas de pré-natal e inscrição no SISPRENATAL poderiam ser distribuídas em dias diferentes, ou seja, cada equipe deveria atender o grupo em dias diferentes da semana. As três equipes atendem em uma única sala, em um mesmo dia, não há privacidade da usuária para relatar seus problemas apenas a medida da altura uterina e ausculta fetal são realizadas em sala específica. Os atendimentos ocorrem nas segundas-feiras pela manhã, consultas de pré-natal subsequentes e a tarde apenas inscrição no SISPRENATAL. A busca ativa deveria ser reforçada pelas enfermeiras da UBS, não há controle efetivo e não se procura saber o porquê a demanda às vezes cai ou a gestante não comparece as consultas.

Sobre o PCCU - Prevenção do Câncer de Colo de Útero não há dados suficientes de registros das informações. A cobertura deste programa atinge 77% das mulheres da área adstrita. Essa ação programática não possui protocolos de atendimento e tampouco de rastreamento e seguimento. Sem contar que por vezes a coleta é realizada por pessoa não habilitada para tal. A adesão das mulheres não é tão eficaz, falta conscientização sobre esse agravo, o acesso das usuárias poderia

ser facilitado por demanda espontânea, mas sem deixar de lado a busca ativa continuada das usuárias. Na UBS é determinado apenas um dia da semana para que o exame seja realizado, não são considerados os fatores que podem comprometer o comparecimento das usuárias para este atendimento. As palestras educativas em grupo poderiam ser mais específicas e os resultados na maioria das vezes demoram muito para chegar e quando chegam não é realizado o rastreamento e seguimento das usuárias com resultados alterados.

Sobre o câncer de mama a cobertura encontrada foi de 85%, no entanto, não corresponde à realidade, percebe-se uma diferença gritante entre os dados computados e a realidade do dia a dia. O exame de palpação das mamas para diagnóstico precoce de câncer de mama começou a ser realizado em fevereiro de 2013, antes eram realizados apenas a coleta de PCCU. Como estratégia de ação sugere-se atenção e envolvimento, o que se percebe claramente é que os envolvidos (enfermeiros, mais especificamente) não demonstram o empenho necessário para este tipo de exame (apesar de ser preconizado este atendimento há algum tempo pelo Ministério da Saúde) o serviço deveria ser realizado como forma de prevenção, no entanto não é o que se percebe in loco, as informações para as usuárias são um tanto vagas e nem sempre o exame é realizado como realmente deveria ser. Fato é que busca ativa e educação em saúde podem melhorar muito estas ações. No município não há mamógrafo, quando necessário a usuária é encaminhada para a capital do Estado.

O cuidado aos hipertensos e diabéticos - HIPERDIA é realizado de forma continuada em grupos, a cada semana são atendidos grupos de duas ou três micro áreas, porém, nem sempre o comparecimento do usuário é efetivo percebe-se que comparecem na UBS quando seu medicamento termina para buscar mais e/ou quando é realizada busca ativa pela especializanda juntamente com os ACS em dias próximos a data do controle no HIPERDIA. Também não há estratificação de risco, não seguem nenhum protocolo e não são realizadas anotações específicas, exceto o número de atendimentos no censo, não há exame clínico e físico adequados, não seguem padrões e as consultas médicas são para renovação de receita na maioria das vezes. Grupos de educação em saúde, atividades integrativas e de cuidados a saúde não são realizados. Para a melhoria da qualidade de vida destes usuários a educação continuada em saúde e ações como a prática de exercícios físicos poderia promover a maior adesão deste usuário ao programa e assim, depositar confiança e

empatia pelo profissional que os atende levando-os aos cuidados essenciais a saúde.

Para uma ação de qualidade as consultas preconizadas devem ser priorizadas com maior atenção a prevenção do que a “medicalização”. Na consulta de enfermagem, apenas orientações quanto à dieta e exercícios físicos e cuidados gerais são repassados, avaliações mais detalhadas como anamnese e exame físico não são realizadas. Sendo assim, as consultas de enfermagem e médica deveriam ser mais específicas com abordagem educativa individualizada. Na maioria das vezes as orientações são tão básicas que o usuário não sente vontade em retornar é mais fácil continuar em casa tomando o mesmo medicamento e se dirigir a UBS apenas para buscar essa medicação ou retornar a consulta com o médico quando se sente muito mal. Não há orientações com especificidade para o problema tampouco sobre os riscos futuros. Há que se dar maior ênfase a Atenção para este grupo de usuários, adquirir a confiança dos mesmos para que se sintam a vontade para retornar e participar.

Não foi possível coletar dados específicos para registrar os indicadores de saúde do idoso, 70% dos idosos residentes da área são cadastrados na UBS, porém, nem todos são acompanhados não há um programa específico de saúde do Idoso. O que se percebe é que a maioria dos idosos acompanhados na área tem a carteira do idoso, porém, só procuram a UBS para atendimento geralmente por demanda espontânea ou quando convidados pelos ACS ou solicitado pelos familiares para se realizar a visita domiciliar. A caderneta do Idoso nem sempre é preenchida adequadamente e muitos não a utilizam e quando há atendimento são apenas realizadas orientações alimentares e sobre importância para atividade física regular. Para melhoria no atendimento ao idoso poderia ser implantado o programa saúde do idoso, a implementação de atividades de recreação e em grupo com a participação de orientador físico (quem faz esse papel na cidade é a AABB - Associação Atlética Banco do Brasil – eles buscam os idosos interessados em um ônibus e os levam para atividades em sua sede quase todos os dias da semana). A atenção básica da UBS não realiza ações com este grupo etário. Seria viável a promoção da saúde do idoso com o intuito de melhorar seu bem estar físico e mental juntamente com os familiares para promover a família.

O maior desafio para a UBS é fazer com que todos, tanto usuários como os trabalhadores, se comprometam com a Atenção Básica e se perceba o quanto



algumas mudanças beneficiariam a Estratégia Saúde da Família priorizando a prevenção, como cuidado essencial e prioritário. Infelizmente a UBS tem recursos escassos, tanto de pessoal como de estrutura física. Ao finalizar esta análise podemos perceber a incrível mudança de visão sobre a situação da ESF, pois na segunda semana não tínhamos a visão crítica de agora e tampouco a noção de como tudo iria transcorrer, fato é que a situação analisada foi de muita deficiência e pouca melhoria, pois a falta de comprometimento por parte dos envolvidos em melhorar a saúde Básica é gritante e pede socorro, acredito que com a intervenção do Ministério da Saúde e a capacitação permanente dos envolvidos (ou seja, aos comprometidos com a atenção básica) tudo poderá ser solucionado, pois ao assistir a aula inaugural do nosso excelentíssimo Ministro da Saúde, fiquei muito emocionada. No entanto a realidade nua e crua está ainda muito distante das palavras proferidas.

### **1.3. Comentário comparativo entre texto inicial e o relatório da análise situacional**

Ao analisar ambos os textos podemos inferir que nossa visão inicial estava bem restrita, no entanto, foi possível identificarmos a precariedade física e funcional da atenção Básica. Com o decorrer das semanas podemos analisar com olhar crítico e maior responsabilidade todas as atividades e programas desenvolvidos na UBS onde iríamos atuar.

Fato é que durante a análise da situação do serviço de saúde percebemos o quanto é precária a estrutura física da UBS, a visão relatada no início do curso sobre a situação da ESF/APS na UBS foi justificada ao final da análise situacional já que os problemas estruturais relatados apareceram no decorrer desta avaliação. No início do curso não tínhamos a real dimensão das dificuldades enfrentadas com relação às ações programáticas essenciais para a atenção básica, como programa de pré-natal, programa HIPERDIA, programa de prevenção do câncer de colo de útero e mama, programa de puericultura, programa de atenção ao idoso e essa percepção só foi possível através do levantamento dos problemas da UBS possibilitando que o trabalho fosse reorganizado a partir desta constatação.

## **2.ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO**

### **2.1 Justificativa**

A oferta dos serviços de saúde com qualidade, equidade e atendimento integral aos usuários é preconizada pelo Ministério de Saúde tendo como “porta de entrada” a Atenção Primária a Saúde (APS) e a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A efetividade comprovada da ESF é fundamental para que a sociedade, a família e os cidadãos sejam beneficiados pela oferta de ações de saúde voltadas ao atendimento das necessidades e demandas de uma população definida bem como ao atendimento das doenças e agravos mais prevalentes na população (Brasil, 2000).

No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial e 10 milhões de portadores de diabetes. Sua incidência e prevalência crescentes, associadas às complicações decorrentes destas doenças as fazem ser considerado um importante problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Por serem na maior parte do seu curso assintomática, o diagnóstico e tratamento da hipertensão e da diabetes são frequentemente negligenciados. É frequente a baixa adesão dos usuários aos programas preconizados pela Atenção Básica além de não haver uniformidade nos serviços de saúde no atendimento aos usuários, sendo que muitas vezes, não são utilizados os protocolos específicos para estas doenças (Brasil, 2006).

Considerando que hipertensão e diabetes são agravos de saúde que mais causam comorbidades o tema é de extrema relevância, pois os cuidados aos hipertensos e diabéticos aliados ao HIPERDIA (Sistema de cadastramento e acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos) devem ser realizados de forma continuada, semanalmente, individualmente e em grupos. Na UBS em questão nem sempre o comparecimento do usuário é programado percebe-se que comparecem

na UBS quando seu medicamento termina para buscar mais e/ou quando é realizada busca ativa em dias próximos da data do seu controle no HIPERDIA. Não há estratificação de risco e os protocolos específicos para estes agravos não são adotados pelos profissionais. Os registros das informações são precários, as consultas de enfermagem superficiais e as consultas médicas servem apenas para renovação de receita ou atendimento de problemas agudos. Não são realizados grupos de educação em saúde. A importância do cuidado aos pacientes crônicos e a baixa cobertura do acompanhamento destes pacientes na UBS Santo Antônio motivou a escolha por essa ação programática como tema do Projeto de Intervenção.

## **2.2 Objetivos e Metas**

### **2.2.1 Objetivo Geral**

Melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus.

### **2.2.2 Objetivos Específicos**

1. Ampliar a cobertura à hipertensos e diabéticos
2. Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa
3. Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na Unidade
4. Melhorar o registro das informações
5. Mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular
6. Promoção da saúde
7. Realizar ações de promoção à saúde e prevenção de doenças nas famílias dos hipertensos e/ou diabéticos

### **2.2.3 Metas**

**Relativa ao objetivo 1 – Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos**

1. Rastrear 60% dos adultos com 18 anos ou mais de idade para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).
2. Rastrear 100% dos adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).
3. Cadastrar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência detectados pelo rastreamento no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.
4. Captar 60% dos adultos hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência da UBS sem acompanhamento há mais de 1 ano.

**Relativa ao objetivo 2** - Promover a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa

1. Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas conforme periodicidade recomendada.
2. Buscar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos à realização de exames complementares conforme periodicidade recomendada.

**Relativas ao objetivo 3** - Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na UBS.

1. Capacitar 100% dos profissionais no atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético conforme protocolos do Ministério da Saúde.
2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos para diabéticos.
3. Realizar solicitação de exames complementares periódicos a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS.
4. Garantir tratamento medicamentoso para 100% dos pacientes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
5. Identificar e acompanhar 100% de hipertensos e diabéticos descompensados de acordo com o protocolo adotado.
6. Encaminhar para consulta especializada 100% dos hipertensos e/ou diabéticos que apresentarem essa necessidade.

**Relativa ao objetivo 4** – Melhorar o registro das informações.

1. Manter atualizada a ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS.

**Relativa ao objetivo 5 – Mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular.**

1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS periodicamente (pelo menos uma vez ao ano).
2. Acompanhar 100% dos pacientes de alto risco.
3. Avaliar o comprometimento de órgãos alvo em 100% dos hipertensos e diabéticos de alto risco.

**Relativa ao Objetivo 6 – Promoção da Saúde**

1. Garantir consulta periódica com dentista a 60% dos pacientes hipertensos e diabéticos acompanhados.
2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos acompanhados.
3. Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos acompanhados.
4. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes que fumam.

**Relativa ao objetivo 7 – Realizar ações de promoção à saúde e prevenção de doenças nas famílias dos hipertensos e/ou diabéticos.**

1. Orientar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados sobre a cobertura vacinal de todos os indivíduos de sua família.
2. Orientar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados sobre o Programa de prevenção do câncer de colo uterino e de mama de todas as mulheres de sua família.
3. Orientar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados sobre Programa de atendimento de puericultura das crianças de sua família.
4. Orientar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados sobre a situação do atendimento dos demais adultos hipertensos e/ou diabéticos de sua família.
5. Orientar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados sobre o atendimento programático aos idosos de sua família.

6. Orientar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados sobre os hábitos alimentares saudáveis para todos os membros da família.
7. Orientar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados sobre prática de atividade física regular para os todos os membros da família.
8. Realizar avaliação de risco e vulnerabilidade nas famílias de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados.

## **2.3 METODOLOGIA**

Projeto do tipo pesquisa-ação, descritivo e prospectivo, com abordagem quantitativa e qualitativa realizado no município de Itacoatiara – AM.

### **2.3.1 Ações**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 04 meses na Unidade Básica de Saúde – UBS Santo Antônio em Itacoatiara – AM. Participarão da intervenção os hipertensos e diabéticos pertencentes à área de abrangência da UBS, especificamente os usuários da ESF 20. Serão utilizados como ferramenta de trabalho, os cadernos de Atenção Básica número 14, 15 e 16 do Ministério da Saúde.

Meta: Rastrear 60% dos adultos com 18 anos ou mais de idade para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

- Eixo de monitoramento e avaliação: será feito um levantamento do número de adultos com 18 anos ou mais de idade submetidos ao rastreamento para HAS pela enfermeira. O monitoramento ocorrerá a partir do prontuário do usuário e através de captação destes usuários pelos ACS, será utilizada a ficha espelho da UBS e ficha complementar. Os dados serão transcritos para planilha eletrônica e a periodicidade do monitoramento ocorrerá sempre na terceira semana de cada mês.
- Eixo Organização e Gestão de Saúde: realizada a melhoria do acolhimento aos hipertensos da área adstrita, priorizando através do atendimento de livre demanda para todos os cadastrados que procurarem atendimento espontaneamente na UBS e também por meio de antecipação do horário da consulta para hipertensos

descompensados e/ou maiores de 60 anos. Será garantido material adequado para a tomada da medida de pressão arterial, a conferência dos materiais ocorrerá sempre na última semana de cada mês com a manutenção e calibragem dos materiais (esfigomanômetro, estetoscópio, fita métrica).

- Eixo Engajamento Público: Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 18 anos de idade e orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS, estas ações ocorrerão a partir da realização de atividades na comunidade (educação em saúde) para orientação e prevenção de fatores de risco e ocorrerá na própria comunidade através de convite prévio e em uma roda de conversa com a enfermeira, sempre na última semana do mês.
- Eixo Qualificação clínica: Capacitar a equipe da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Essa capacitação da equipe será realizada na UBS com a participação de todos os ACS, onde serão utilizados impressos sobre a técnica para aferição da pressão arterial, conforme caderno da atenção básica número 15 e 16, pela enfermeira. Estas capacitações ocorrerão na segunda semana do primeiro mês de intervenção.

Meta: Rastrear 100% dos adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

- Eixo Monitoramento e Avaliação: o monitoramento do número de adultos com pressão arterial maior que 135/80 mmHg será a partir da avaliação do livro de registro, ficha de cadastramento de hipertensos e diabéticos e do prontuário clínico, esta conferência será realizada uma vez por mês pela enfermeira.
- Eixo Organização e Gestão do Serviço: será realizado o registro dos adultos com pressão arterial maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus, estes pacientes farão controle da pressão arterial com o técnico de enfermagem e passarão por consulta com Médico da UBS.
- Eixo Engajamento Público: realizar conversas na associação do bairro para orientar os pacientes hipertensos e/ou diabéticos sobre a importância do controle da pressão arterial no primeiro mês da Intervenção e disponibilizar a aferição da pressão arterial no momento do encontro. Estas conversas serão realizadas pela enfermeira e/ou ACS.

- Eixo Qualificação da Prática Clínica: ampliar a capacitação dos ACS para rastreamento de diabéticos com pressão arterial maior que 135/80 mmHg, na própria UBS, na segunda semana do primeiro mês de intervenção, pela enfermeira .

Meta: Cadastrar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência detectados pelo rastreamento no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

- Eixo Monitoramento e Avaliação: será realizado o cadastramento de todos os pacientes hipertensos e diabéticos rastreados no Programa de Hipertensão e Diabetes, através da busca ativa realizada semanalmente pelos ACS.
- Eixo Organização e Gestão do Serviço: Garantir o cadastramento dos pacientes hipertensos e diabéticos detectados através do rastreamento dos ACS, disponibilizando que estes pacientes sejam acolhidos por um membro da equipe por demanda espontânea sendo organizada uma escala semanal de profissional para realizar o acolhimento.
- Eixo Engajamento Público: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS por meio da visita domiciliar dos ACS, em toda a visita o ACS irá falar sobre o Programa e também através da divulgação de cartazes distribuídos na comunidade e na recepção da UBS, esta ação será realizada semanalmente.
- Eixo Qualificação da Prática Clínica: ampliar a capacitação de ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência. Através de encontro semanal da enfermeira com ACS para trabalhar as dificuldades encontradas na busca ativa.

Meta: Captar 60% dos adultos hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência da UBS sem acompanhamento há mais de 1 ano.

- Eixo monitoramento e avaliação: realizado o monitoramento dos usuários para comparecimento a consulta a partir do controle no livro de registro e controle dos ACS. A busca ativa pelos ACS será realizada a todos os pacientes hipertensos e diabéticos que estão há mais de 1 ano sem acompanhamento na UBS. O registro dos usuários que compareceram na UBS após a busca ativa em livro de registro e posterior cadastramento no Programa será realizado pela enfermeira.



- Eixo organização e gestão dos serviços: será realizada a melhoria da qualidade do atendimento para controle de pressão arterial e glicemia capilar por meio de orientação e educação continuada sobre o acolhimento para os envolvidos na própria UBS e com explanação do assunto pela enfermeira, semanalmente. Organizar visitas domiciliares para realizar a busca ativa destes pacientes uma vez na semana e organização de atendimento para demanda espontânea para acolher os pacientes provenientes da busca ativa.
- Eixo engajamento público: realizar palestras e rodas de conversa com a comunidade na associação de bairro e com o grupo de Hipertensos e diabéticos sobre a importância e os cuidados para controle de hipertensão e diabetes. Pela enfermeira e/ou ACS.
- Eixo qualificação da prática clínica: realizar o treinamento dos ACS para realizar a busca ativa dos pacientes hipertensos e diabéticos que estão a mais de um ano sem acompanhamento na UBS. Realizada pela enfermeira da UBS orientando-os a incentivar o cadastramento no Programa.

Meta: Buscar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas conforme periodicidade recomendada.

- Eixo de monitoramento e avaliação: será monitorado o comparecimento e a periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) a partir de análise de prontuário, ficha espelho ou livro de registro, semanalmente pela enfermeira e pelos ACS.
- Eixo organização e gestão dos serviços: organização de visitas domiciliares para buscar faltosos, organizando os ACS a realizarem no mínimo 2 visitas ao dia para os pacientes faltosos e também agendar um turno na semana para a enfermeira ou técnico de enfermagem realizarem visita domiciliar para os pacientes acamados e impossibilitados de deslocamento até a UBS.
- Eixo engajamento público: realizar orientação e esclarecimento a comunidade e usuários sobre a importância da realização das consultas e a periodicidade preconizada para as mesmas na própria comunidade por meio de encontros mensais com a disponibilização de cartazes informativos sobre o acompanhamento do Hiperdia. Pelos componentes da equipe.

- Eixo da qualificação da prática clínica: treinamento dos ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto à realização das consultas e sua periodicidade na UBS a partir de explanação do assunto pela enfermeira, mensalmente.

Meta: Buscar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos a realização de exames complementares conforme periodicidade recomendada.

- Eixo de monitoramento e avaliação: será monitorado o cumprimento da periodicidade de realização de exames complementares previstos no protocolo por meio da avaliação de prontuário, ficha espelho ou ficha complementar pela enfermeira, semanalmente.
- Eixo organização e gestão dos serviços: organização de visitas domiciliares pelos ACS para buscar hipertensos e/ou diabéticos com exames complementares em atraso no mínimo uma vez por semana e organizar encaixes na agenda do médico no dia seguinte a busca ativa para acolher os hipertensos e/ou diabéticos provenientes das buscas domiciliares.
- Eixo engajamento público: repassar informação a comunidade e aos usuários sobre a importância da realização e periodicidade preconizada para a realização dos exames complementares por meio de palestras realizadas na comunidade mensalmente.
- Eixo de qualificação da prática clínica: ampliar a capacitação dos ACS, preparando-os para fornecer orientação aos hipertensos e/ou diabéticos sobre exames complementares e sua periodicidade, esta capacitação será realizada na UBS pela enfermeira, por meio de mídia digital.

Meta: Capacitar 100% dos profissionais no atendimento ao paciente hipertenso e diabético conforme protocolos do Ministério da Saúde.

- Eixo de monitoramento e avaliação: realização de monitoramento da abrangência da capacitação entre os profissionais da UBS, com a assinatura do livro de presença no dia estabelecido para a capacitação, realizada na UBS e semanalmente.
- Eixo organização e gestão dos serviços: organização de capacitação para os profissionais de acordo com os protocolos adotados pelo Ministério da Saúde dispondo de versão atualizada do protocolo e impressa a cada 60 dias, esta

capacitação abordará acompanhamento ao paciente hipertenso e diabético na Atenção primária a Saúde, será realizada na própria UBS pela Enfermeira.

- Eixo engajamento público: compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social relatando os resultados alcançados e a importância das metas atingidas na própria comunidade ou na UBS mensalmente.
- Eixo da qualificação da prática clínica: capacitação dos profissionais para diagnóstico e manejo dos usuários hipertensos e/ou diabéticos de acordo com o protocolo adotado do Ministério da Saúde na UBS, mensalmente, pela enfermeira.

Meta: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos para diabéticos.

- Eixo monitoramento e avaliação: realizar o monitoramento do número de hipertensos e diabéticos com exames clínicos realizados de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde e com a periodicidade recomendada por meio de análise de dados em ficha espelho ou prontuário dos usuários pela enfermeira mensalmente.
- Eixo organização e gestão dos serviços: garantir que todos os pacientes atendidos em consulta passem por exame clínico por meio de acordo firmado com o médico da UBS que deve realizar o exame clínico em todos os usuários hipertensos e diabéticos, inclusive com a realização do exame físico dos pés e teste de sensibilidade dos diabéticos pela enfermeira e pelo médico.
- Eixo engajamento público: orientação dos usuários e da comunidade sobre a importância da realização do exame clínico e a periodicidade da realização nas consultas, a enfermeira irá realizar palestras na comunidade mensalmente, utilizando apresentação multimídia para demonstrar como é realizado o exame clínico.
- Eixo de qualificação da prática clínica: capacitação a cada 60 dias de toda a equipe na UBS para seguir o protocolo do Ministério da Saúde na realização do exame clínico dos pacientes hipertensos e diabéticos, atentando para a avaliação dos pés e palpação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos para diabéticos. Esta ação deverá ser desenvolvida pela enfermeira da equipe.

Meta: Garantir tratamento medicamentoso para 100% dos pacientes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

- Eixo monitoramento e avaliação: realizar o monitoramento do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia, fazendo o controle por meio de ficha de dispensação de medicamentos, a cada três meses.
- Eixo organização e gestão dos serviços: o técnico de enfermagem irá realizar o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e a manutenção de um registro em livro próprio das necessidades de medicamentos do programa Hiperdia a cada três meses.
- Eixo engajamento público: a equipe irá realizar orientação aos usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, realizando palestras de orientação na própria comunidade a cada 60 dias.
- Eixo da qualificação da prática clínica: realização de atualização e capacitação dos profissionais da UBS sobre o tratamento da hipertensão e/ou diabetes e as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia a cada 60 dias.

Meta: Identificar 100% dos hipertensos e diabéticos descompensados de acordo com o protocolo adotado.

- Eixo de monitoramento e avaliação: realizar monitoramento de usuários descompensados, por meio de análise de prontuário e ficha espelho pela enfermeira, semanalmente.
- Eixo organização e gestão dos serviços: priorizar o atendimento aos usuários de alto risco por meio de classificação de risco pela enfermeira e encaminhamento a consulta médica, organizando para que estes usuários tenham prioridade no atendimento, por meio de atendimento imediato na UBS e visita domiciliar para avaliação do ambiente em que o usuário reside a cada 30 dias.
- Eixo engajamento público: orientação aos usuários e a comunidade sobre a importância do adequado controle destas patologias com palestras na comunidade e na sala de espera, com a distribuição de folders informativos sobre prevenção e promoção da saúde a cada 60 dias.

- Eixo de qualificação da prática clínica: capacitação da equipe da UBS para a identificação dos casos descompensados e agravados, pela enfermeira através de apresentação em multimídia na UBS, a cada 60 dias.

Meta: Encaminhar para consulta especializada 100% dos hipertensos e/ou diabéticos que apresentarem essa necessidade

- Eixo monitoramento e avaliação: realizar o monitoramento do número de hipertensos e diabéticos encaminhados para consulta especializada de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde e com a periodicidade recomendada por meio de análise de dados em ficha espelho ou prontuário dos usuários pela enfermeira e mensalmente.
- Eixo organização e gestão dos serviços: garantir o encaminhamento para consultas especializadas por meio de acordo firmado com o médico da UBS que deve fazer o encaminhamento para os usuários na consulta médica conforme preconizado pelos protocolos do Ministério da saúde
- Eixo engajamento público: orientação dos usuários e da comunidade sobre a importância do encaminhamento a consultas especializadas a periodicidade do encaminhamento e as formas de como conseguir esta consulta. Esta ação será realizada pelos ACS.
- Eixo de qualificação da prática clínica: capacitação do médico da equipe para encaminhamento de especialidades e de toda a equipe da UBS para acompanhamento de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde.

Meta: Manter atualizada a ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS

- Eixo de avaliação e monitoramento: a enfermeira da UBS irá avaliar o registro de hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na UBS por meio de livro de registro e monitorar o correto preenchimento e a importância de manter atualizados estes registros, semanalmente.
- Eixo de Organização e gestão dos serviços: pactuar com a equipe o registro das informações e organizando sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consultas registrando em ata de reunião de

equipe o compromisso que cada profissional de saúde tem com a qualidade do registro e monitoramento das informações para identificar faltosos, a cada 30 dias.

- Eixo engajamento público: orientação aos usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário realizando palestra de orientação e esclarecimento na comunidade a cada 30 dias, pela enfermeira e/ou ACS.
- Eixo da qualificação da prática clínica: treinamento da equipe para o preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e/ou diabético, realizando treinamento na UBS a cada mês.

Meta: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na UBS.

- Eixo monitoramento e avaliação: monitorar o número de pacientes hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, implantando livro de registro para monitoramento de estratificação de risco anual, sendo realizado o monitoramento do livro de registro, mensalmente pela enfermeira.
- Eixo organização e gestão dos serviços: equipe irá priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco com marcação de consulta imediata e organizando a agenda para o atendimento desta demanda semanalmente.
- Eixo engajamento público: orientação e esclarecimento dos usuários e comunidade quanto ao nível de risco, importância do acompanhamento regular e controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação) ressaltando que mudanças para hábitos saudáveis impactam nos níveis da pressão arterial e glicose por meio de palestras na comunidade a cada três meses.
- Eixo de qualificação da prática clínica: capacitação da equipe para realizar estratificação de risco segundo o score de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, importância do registro desta avaliação e estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, na UBS por meio de mídia digital e impressos, pela enfermeira e trimestralmente.

Meta: Acompanhar 100% dos pacientes de alto risco.

- Eixo de monitoramento e avaliação: monitorar o número de usuários hipertensos e/ou diabéticos de alto risco acompanhados pela enfermeira, através de prontuário e/ou ficha espelho, mensalmente.
- Eixo de organização e gestão dos serviços: organização da agenda para o atendimento de consultas médicas por meio de liberação de vagas diárias para atendimento desta demanda.
- Eixo engajamento público: equipe irá prestar orientação aos usuários de alto-risco e a comunidade sobre a importância do acompanhamento regular por meio de palestras na comunidade, trimestralmente.
- Eixo da qualificação da prática clínica: sensibilização da equipe para o acompanhamento de todos os pacientes de alto-risco por meio da realização de capacitação na UBS e orientação sobre os cuidados e acompanhamento de usuários de alto risco, pela enfermeira, na segunda semana do segundo mês de intervenção.

Meta: Avaliar o comprometimento de órgãos alvo em 100% dos hipertensos e diabéticos de alto risco.

- Eixo de monitoramento e avaliação: avaliar e monitorar o número de usuários hipertensos e/ou diabéticos de alto risco acompanhados pela equipe que apresentem comprometimento em órgãos alvo, este monitoramento será realizado pela enfermeira através levantamento de dados do prontuário e/ou ficha espelho, mensalmente.
- Eixo de organização e gestão dos serviços: o profissional médico e enfermeiro da UBS avaliarão o comprometimento em órgão alvo na consulta realizada com o paciente hipertenso e diabético registrando a informação na ficha espelho do paciente.
- Eixo engajamento público: orientação aos usuários de alto risco e a comunidade sobre a importância do acompanhamento regular e apresentar alguns sinais de alerta para lesão em órgão alvo, por meio de palestras na comunidade, pela equipe e trimestralmente.
- Eixo da qualificação da prática clínica: sensibilização da equipe para o acompanhamento de todos os pacientes de alto risco com comprometimento de órgãos alvo por meio da realização de capacitação na UBS e orientação sobre os

cuidados e acompanhamento de usuários de alto risco, pela enfermeira, na segunda semana do segundo mês de intervenção.

Meta: Garantir consulta periódica com dentista a 60% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

- Eixo de monitoramento e avaliação: monitorar a realização de consultas periódicas anuais com dentista a 60% dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na UBS, por meio do prontuário e/ou ficha espelho, pela enfermeira e mensalmente.
- Eixo organização e gestão dos serviços: organização da agenda da saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e/ou diabético estabelecendo prioridades de atendimento e considerando a classificação do risco odontológico, reservando um número de vagas na agenda, semanalmente, considerando que urgências odontológicas terão prioridades e será atendido tão logo chegarem a UBS.
- Eixo de engajamento público: buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde e mobilização para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista, realizando palestras de orientação na comunidade, trimestralmente.
- Eixo da qualificação da prática clínica: capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso e/ou diabético realizando capacitação na UBS sobre a importância do tratamento bucal destes usuários, pela enfermeira e/ou odontóloga, trimestralmente e estabelecendo fluxo de encaminhamento interno onde todos os profissionais fazem o encaminhamento para o dentista diariamente, caso não tenha sido feita avaliação.

Meta: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos.

- Eixo de avaliação e monitoramento: monitorar se os pacientes hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na UBS receberam orientação nutricional no momento do atendimento, por meio de análise de prontuário ou ficha espelho, mensalmente.
- Eixo da organização e gestão dos serviços: organizar que todos os atendimentos individuais realizados na UBS para hipertensos e diabéticos seja



realizado orientações quanto à alimentação saudável e também a organização de práticas coletivas aos usuários e comunidade sobre importância da alimentação saudável, realizando palestras de orientação na comunidade a cada três meses.

- Eixo de engajamento público: organização de práticas coletivas sobre alimentação saudável por meio de palestras na comunidade que estimulem a mudança de hábitos alimentares e a troca de receitas saudáveis, a cada três meses.
- Eixo da qualificação da prática clínica: capacitação da equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável e metodologias de educação em saúde, na UBS, mensalmente.

Meta: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos.

- Eixo monitoramento e avaliação: monitorar a realização de orientação para atividade física regular para hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na UBS por meio de acompanhamento das práticas de atividade física em livro de registro próprio a cada mês.
- Eixo de organização dos serviços: Organizar que todos os atendimentos individuais realizados na UBS para hipertensos e diabéticos seja realizado orientações quanto à prática de atividade física e organizar práticas coletivas para orientação de atividade física e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade semanalmente.
- Eixo de engajamento público: orientar hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular por meio de palestras na comunidade e organizar grupos de hipertensos e diabéticos para caminhadas acompanhadas de um educador físico, semanalmente.
- Eixo da qualificação da prática clínica: capacitar equipe sobre promoção da prática de atividade física regular e metodologias de educação em saúde por meio de palestras trimestrais.

Meta: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes que fumam.

- Eixo de avaliação e monitoramento: monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos pacientes que fumam e que são acompanhados na UBS, através de prontuário e/ou ficha espelho, mensalmente.
- Eixo organização e gestão dos serviços: Organizar que todos os atendimentos individuais realizados na UBS para hipertensos e diabéticos seja realizado orientações quanto aos riscos do tabagismo aos pacientes que fumam e demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" por meio de relatório situacional trimestralmente.
- Eixo de engajamento público: orientar hipertensos e/ou diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo por meio de palestras na comunidade, pela equipe e mensalmente.
- Eixo da qualificação da prática clínica: capacitação da equipe para o tratamento de pacientes tabagistas através das orientações e metodologias fornecidas pelo manual do INCA e sobre metodologias de educação em saúde na UBS, mensalmente.

Meta: Orientar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos sobre a cobertura vacinal de todos os indivíduos de sua família.

- Eixo de monitoramento e avaliação: monitorar a orientação sobre cobertura vacinal de todos os indivíduos da família dos hipertensos e/ou diabéticos nas consultas mensais ou por meio da visita mensal do ACS no domicílio e registro na ficha espelho do paciente. O monitoramento será realizado pela enfermeira no final de cada mês.
- Eixo de organização e gestão dos serviços: promoção, organização, planejamento, gestão das ações do trabalho em equipe para o cuidado das famílias, priorizando as de risco e vulnerabilidade, demandar junto ao gestor municipal a articulação de parcerias interinstitucionais para ampliar a oferta de ações e qualificação das atividades de gestão em saúde e de fortalecimento do controle social, mensalmente.
- Eixo engajamento público: divulgação das potencialidades das ações trans e interdisciplinar incentivo ao autocuidado por meio de palestras, mensalmente, pela enfermeira ou ACS.

- Eixo qualificação da prática clínica: realizar capacitação da equipe, principalmente com os ACS sobre calendário básico de vacinação por meio da reunião de equipe na UBS, mensalmente.

Meta: Orientar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos sobre o Programa de prevenção do câncer de colo uterino e de mama de todas as mulheres de sua família.

- Eixo de monitoramento e avaliação: monitorar a orientação sobre o Programa de prevenção do câncer de colo uterino e de mama de todas as mulheres de sua família por meio das consultas mensais, do prontuário, visitas mensais dos ACS no domicílio do usuário e registro na ficha espelho do paciente. A checagem das informações será realizada pela enfermeira ao final de cada mês.
- Eixo de organização e gestão dos serviços: promover o trabalho em equipe para o cuidado das famílias, priorizando as de risco e vulnerabilidade envolvendo-os na organização, planejamento e gestão das ações por meio de palestras educativas e organização da agenda de consulta médica para acolher a demanda de usuárias.
- Eixo engajamento público: divulgação das potencialidades das ações trans e interdisciplinar incentivo ao autocuidado, por meio de palestras, mensalmente, pela enfermeira ou ACS.
- Eixo da qualificação da prática clínica: capacitação da equipe para ações de promoção a saúde sobre o Programa de prevenção do câncer de colo uterino e de mama, mensalmente.

Meta: Orientar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos sobre Programa de atendimento de puericultura das crianças de sua família.

- Eixo de monitoramento e avaliação: monitorar a orientação sobre o Programa de atendimento de puericultura das crianças de sua família por meio das consultas mensais, do prontuário, visitas mensais dos ACS no domicílio do usuário e registro na ficha espelho do paciente. A checagem das informações será realizada pela enfermeira ao final de cada mês.
- Eixo de organização e gestão dos serviços: promover o trabalho em equipe para o cuidado das famílias, priorizando as de risco e vulnerabilidade envolvendo-os

na organização, planejamento e gestão das ações por meio de palestras educativas e organização da agenda de consulta médica para acolher a demanda de usuários.

- Eixo engajamento público: divulgação das potencialidades das ações trans e interdisciplinar incentivo ao autocuidado por meio de palestras, mensalmente, pela enfermeira ou ACS.
- Eixo da qualificação da prática clínica: capacitação da equipe para ações de promoção a saúde sobre o Programa de atendimento de puericultura, mensalmente.

Meta: Orientar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos sobre a situação do atendimento dos demais adultos hipertensos e/ou diabéticos de sua família.

- Eixo de monitoramento e avaliação: monitorar a orientação sobre a situação do atendimento dos demais adultos hipertensos e/ou diabéticos de sua família por meio das consultas mensais, do prontuário, visitas mensais dos ACS no domicílio do usuário e registro na ficha espelho do paciente. A checagem das informações será realizada pela enfermeira ao final de cada mês.
- Eixo de organização e gestão dos serviços: promover o trabalho em equipe para o cuidado das famílias, priorizando as de risco e vulnerabilidade envolvendo-os na organização, planejamento e gestão das ações por meio de palestras educativas e organização da agenda de consulta médica para acolher a demanda de usuários.
- Eixo engajamento público: divulgação das potencialidades das ações trans e interdisciplinar incentivo ao autocuidado por meio de palestras, mensalmente, pela enfermeira ou ACS.
- Eixo da qualificação da prática clínica: capacitação da equipe para ações de promoção a saúde sobre a situação do atendimento dos demais adultos hipertensos e/ou diabéticos de sua família, mensalmente.

Meta: Orientar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos sobre o atendimento programático aos idosos de sua família.

- Eixo de monitoramento e avaliação: monitorar a orientação sobre o atendimento programático aos idosos de sua família por meio das consultas mensais, do prontuário, visitas mensais dos ACS no domicílio do usuário e registro na ficha espelho do paciente. A checagem das informações será realizada pela enfermeira ao final de cada mês.

- Eixo de organização e gestão dos serviços: promover o trabalho em equipe para o cuidado das famílias, priorizando as de risco e vulnerabilidade, envolvendo-os na organização, planejamento e gestão das ações por meio de palestras educativas e organização da agenda de consulta médica para acolher a demanda de usuários.
- Eixo engajamento público: divulgação das potencialidades das ações trans e interdisciplinar incentivo ao autocuidado por meio de palestras, mensalmente, pela enfermeira ou ACS.
- Eixo da qualificação da prática clínica: capacitação da equipe para ações de promoção a saúde sobre o atendimento programático aos idosos de sua família, mensalmente.

Meta: Orientar para 100% dos hipertensos e/ou diabéticos sobre os hábitos alimentares saudáveis para todos os membros da família.

- Eixo de monitoramento e avaliação: monitorar a orientação sobre os hábitos alimentares saudáveis para todos os membros da família por meio das consultas mensais, do prontuário, visitas mensais dos ACS no domicílio do usuário e registro na ficha espelho do paciente. A checagem das informações será realizada pela enfermeira ao final de cada mês.
- Eixo de organização e gestão dos serviços: promover o trabalho em equipe para o cuidado das famílias, priorizando as de risco e vulnerabilidade envolvendo-os na organização, planejamento e gestão das ações por meio de palestras educativas e organização da agenda de consulta médica para acolher a demanda de usuários.
- Eixo engajamento público: divulgação das potencialidades das ações trans e interdisciplinar incentivo ao autocuidado por meio de palestras, mensalmente, pela enfermeira ou ACS.
- Eixo da qualificação da prática clínica: capacitação da equipe para ações de promoção a saúde sobre o os hábitos alimentares saudáveis para todos os membros da família, mensalmente.

Meta: Orientar para 100% dos hipertensos e/ou diabéticos sobre prática de atividade física regular para os todos os membros da família.

- Eixo de monitoramento e avaliação: monitorar a orientação sobre prática de atividade física regular para os todos os membros da família por meio das consultas

mensais, do prontuário, visitas mensais dos ACS no domicílio do usuário e registro na ficha espelho do paciente. A checagem das informações será realizada pela enfermeira ao final de cada mês.

- Eixo de organização e gestão dos serviços: promover o trabalho em equipe para o cuidado das famílias priorizando as de risco e vulnerabilidade, envolvendo-os na organização, planejamento e gestão das ações por meio de grupos de atividades educativas, mensalmente.
- Eixo engajamento público: divulgação das potencialidades das ações trans e interdisciplinar incentivo ao autocuidado por meio de palestras, mensalmente, pela enfermeira ou ACS.
- Eixo da qualificação da prática clínica: capacitação da equipe para ações de promoção a saúde sobre a prática de atividade física regular para os todos os membros da família, mensalmente.

Meta: Realizar avaliação de risco e vulnerabilidade nas famílias de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

- Eixo de monitoramento e avaliação: monitorar a orientação sobre situação de risco e vulnerabilidade para os membros da família por meio das consultas mensais, do prontuário, visitas mensais dos ACS no domicílio do usuário e registro na ficha espelho do paciente. A checagem das informações das fichas A dos agentes comunitários de saúde será realizada pela enfermeira ao final de cada mês. Através deste levantamento será aplicada a Escala Coelho para avaliar o risco e vulnerabilidade de cada família.

<b>Tabela 01. Dados da Ficha A do SIAB e escore de pontuação de risco. Dados da Ficha A</b>	<b>Escore</b>
Acamado	3
Deficiência Física	3
Deficiência mental	3
Baixas condições de saneamento	3
Desnutrição (Grave)	3
Drogadição	2
Desemprego	2

Analfabetismo		1
Menor de seis meses		1
Maior de 70 anos		1
Hipertensão Arterial Sistêmica		1
Diabetes Mellitus		1
Relação Morador/cômodo	Se maior que 1	3
	Se igual a 1	2
	Se menor que 1	0

Fonte: COELHO, Flávio Lúcio G; 2002; p. 5

A partir da pontuação das sentinelas estabelece-se, de acordo com o Escore total, a classificação de risco, que varia de R1- risco menor- a R3 – risco máximo.

Escore 5 ou 6 = R1

Escore 7 ou 8 = R2

Escore maior que 9 = R3

- Eixo de organização e gestão dos serviços: promover o trabalho em equipe para o cuidado das famílias priorizando as de risco e vulnerabilidade envolvendo-os na organização, planejamento e gestão das ações, por meio de grupos de atividades educativas, mensalmente.
- Eixo engajamento público: divulgação das potencialidades das ações trans e interdisciplinar incentivo ao autocuidado por meio de palestras, mensalmente, pela enfermeira ou ACS.
- Eixo da qualificação da prática clínica: capacitação da equipe para ações de promoção a saúde sobre situação de risco e vulnerabilidade para os membros da família, mensalmente.

### 2.3.2 - Indicadores

**Relativo ao Objetivo 1:** Ampliar a cobertura à hipertensos e diabéticos.

- **Meta 1:** Rastrear 60% dos adultos com 18 anos ou mais de idade para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

**Indicador 1:** Proporção de adultos com 18 anos ou mais de idade rastreados para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

**Numerador:** Número de adultos com 18 anos ou mais de idade rastreados para HAS.

**Denominador:** Número de adultos com 18 anos ou mais residentes no território.

- **Meta 2:** Rastrear 100% dos adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

**Indicador 2:** Proporção dos adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg rastreados para Diabetes Mellitus (DM).

**Numerador:** Número de adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg rastreados para Diabetes Mellitus (DM).

**Denominador:** Número de adultos rastreados para HAS com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

- **Meta 3:** Cadastrar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência detectados pelo rastreamento no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na UBS.

**Indicador 3.1:** Proporção de hipertensos detectados pelo rastreamento cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da UBS.

**Numerador:** Número de hipertensos detectados pelo rastreamento cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da UBS.

**Denominador:** Número de hipertensos detectados pelo rastreamento.

**Indicador 3.2:** Proporção de diabéticos detectados pelo rastreamento cadastrados no Programa de Atenção à Diabetes Mellitus da UBS.

**Numerador:** Número de diabéticos detectados pelo rastreamento cadastrados no Programa de Atenção à Diabetes Mellitus da UBS.

**Denominador:** Número de diabéticos detectados pelo rastreamento.

- **Meta 4:** Captar 60% dos adultos hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência da UBS sem acompanhamento há mais de 1 ano.

**Indicador 4.1:** Proporção de adultos hipertensos da área de abrangência sem acompanhamento há mais de um ano captado pelo programa da UBS.

**Numerador:** Número de adultos hipertensos da área de abrangência sem acompanhamento há mais de um ano captado pelo programa da UBS.



**Denominador:** Número de hipertensos da área de abrangência e cadastrados na UBS sem acompanhamento há mais de um ano.

**Indicador 4.2:** Proporção de adultos diabéticos da área de abrangência sem acompanhamento há mais de um ano captado pelo programa da UBS.

**Numerador:** Número de adultos diabéticos da área de abrangência sem acompanhamentos há mais de um ano captados pelo programa da UBS.

**Denominador:** Número de diabéticos da área de abrangência e cadastrados na UBS sem acompanhamento há mais de um ano.

### **Relativa ao objetivo 2 - Promover a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa**

- **Meta 1:** Buscar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas conforme periodicidade recomendada.

**Indicador 1.1:** Proporção de hipertensos faltosos às consultas conforme periodicidade recomendada que receberam busca ativa.

**Numerador:** Número de hipertensos faltosos às consultas conforme periodicidade recomendada que receberam busca ativa.

**Denominador:** Número de hipertensos faltosos às consultas conforme periodicidade.

**Indicador 1.2:** Proporção de diabéticos faltosos às consultas conforme periodicidade recomendada que receberam busca ativa.

**Numerador:** Número de diabéticos faltosos às consultas conforme periodicidade recomendada que receberam busca ativa.

**Denominador:** Número de diabéticos faltosos às consultas conforme periodicidade recomendada.

### **Relativas ao objetivo 3 - Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na UBS.**

- **Meta 1:** Capacitar 100% dos profissionais no atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético conforme protocolos adotados na UBS.

**Indicador 1:** Proporção de profissionais da equipe capacitados para atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético conforme protocolos adotados na UBS.

**Numerador:** Número de profissionais da equipe capacitados para atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético conforme protocolos adotados na UBS.

**Denominador:** Número de profissionais na equipe.

- **Meta 2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso para diabéticos.

**Indicador 2.1:** Proporção de pacientes hipertensos com exame clínico adequado nas consultas.

**Numerador:** Número de pacientes hipertensos com exame clínico adequado nas consultas.

**Denominador:** Número de pacientes hipertensos cadastrados no programa da UBS

**Indicador 2.2:** Proporção de pacientes diabéticos com exame clínico adequado nas consultas.

**Numerador:** Número de pacientes diabéticos com exame clínico adequado nas consultas.

**Denominador:** Número de pacientes diabéticos cadastrados no programa da UBS.

- **Meta 3:** Realizar solicitação de exames complementares periódicos a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS.

**Indicador 3.1:** Proporção de pacientes hipertensos com solicitação de exames complementares em dia.

**Numerador:** Número de pacientes hipertensos com solicitação de exame complementar em dia.

**Denominador:** Número de pacientes hipertensos cadastrados no programa da UBS.

**Indicador 3.2:** Proporção de pacientes diabéticos com solicitação de exames complementares em dia.

**Numerador:** Número de pacientes diabéticos com solicitação de exame complementar em dia.

**Denominador:** Número de pacientes diabéticos cadastrados no programa da UBS.

- **Meta 4:** Garantir tratamento medicamentoso para 100% dos pacientes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

**Indicador 4.1:** Proporção de hipertensos com tratamento medicamentoso da lista do hiperdia ou Farmácia Popular.

**Numerador:** Número de hipertensos com tratamento medicamentoso da lista do hiperdia ou Farmácia Popular.

**Denominador:** Número de hipertensos residentes no território e acompanhados na UBS.

**Indicador 4.2:** Proporção de diabéticos com tratamento medicamentoso da lista do hiperdia ou Farmácia Popular.

**Numerador:** Número de diabéticos com tratamento medicamentoso da lista do hiperdia ou Farmácia Popular.

**Denominador:** Número de diabéticos residentes no território e acompanhados na UBS.

- **Meta 5:** Identificar e acompanhar 100% dos hipertensos e diabéticos e descompensados de acordo com o protocolo adotado.

**Indicador 5.1:** Proporção de hipertensos com níveis pressóricos descompensados.

**Numerador:** Número de hipertensos com níveis pressóricos descompensados.

**Denominador:** Número de hipertensos residentes no território e acompanhados na UBS.

**Indicador 5.2:** Proporção de diabéticos com níveis glicêmicos descompensados.

**Numerador:** Número de diabéticos com níveis glicêmicos descompensados.

**Denominador:** Número de diabéticos residentes no território e acompanhados na UBS.

- **Meta 6:** Encaminhar para consulta especializada 100% dos hipertensos e/ou diabéticos que apresentarem essa necessidade.

**Indicador 6.1:** Proporção de hipertensos encaminhados à consulta especializada conforme encaminhamento médico.

**Numerador:** Número de hipertensos encaminhados à consulta especializada conforme encaminhamento médico.

**Denominador:** Número de hipertensos que necessitaram encaminhamento médico.

**Indicador 6.2:** Proporção de diabéticos encaminhados à consulta especializada conforme encaminhamento médico.

**Numerador:** Número de diabéticos encaminhados à consulta especializada conforme encaminhamento médico.

**Denominador:** Número de diabéticos que necessitaram encaminhamento médico.

**Relativa ao objetivo 4 – Melhorar o registro das informações.**

- **Meta 1:** Manter atualizada a ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS.

**Indicador 1.1:** Proporção de hipertensos com ficha de acompanhamento atualizada.

**Numerador:** Número de pacientes hipertensos com a ficha de acompanhamento atualizada.

**Denominador:** Número total de hipertensos cadastrados na UBS.

**Indicador 1.2:** Proporção de diabéticos com ficha de acompanhamento atualizada.

**Numerador:** Número de pacientes diabéticos com a ficha de acompanhamento atualizada.

**Denominador:** Número total de diabéticos cadastrados na UBS.

**Relativa ao objetivo 5 – Mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular.**

- **Meta 1:** Realizar estratificação de risco cardiovascular anual em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na UBS.

**Indicador 1.1:** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular anual em dia.

**Numerador:** Número de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular anual em dia.

**Denominador:** Número total de hipertensos cadastrados na UBS.

**Indicador 1.2:** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico anual em dia.

**Numerador:** Número de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico anual em dia.

**Denominador:** Número total de diabéticos cadastrados na UBS.

- **Meta 2:** Acompanhar 100% dos usuários de alto risco.

**Indicador 2.1:** Proporção de Hipertensos de alto risco acompanhados pela equipe da UBS.

**Numerador:** Número de hipertensos de alto risco acompanhados na UBS.

**Denominador:** Número de hipertensos de alto risco da UBS.

**Indicador 2.2:** Proporção de diabéticos de alto risco acompanhados pela equipe da UBS.

**Numerador:** Número de diabéticos de alto risco acompanhados na UBS.

**Denominador:** Número de diabéticos de alto risco da UBS.

- **Meta 3:** Avaliar o comprometimento de órgãos alvo em 100% dos hipertensos e diabéticos de alto risco.

**Indicador 3.1:** Proporção de Hipertensos de alto risco com avaliação de comprometimento de órgãos alvo.

**Numerador:** Número de hipertensos de alto risco com avaliação de comprometimento de órgãos alvo.

**Denominador:** Número de hipertensos de alto risco cadastrados na UBS.

**Indicador 3.2:** Proporção de diabéticos de alto risco com avaliação de comprometimento de órgãos alvo.

**Numerador:** Número de diabéticos de alto risco com avaliação de comprometimento de órgãos alvo.

**Denominador:** Número de diabéticos de alto risco cadastrados na UBS.

### **Relativa ao Objetivo 6 – Promoção da Saúde**

- **Meta 1:** Garantir consulta periódica com dentista a 60% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

**Indicador 1:** Proporção de hipertensos e/ou diabéticos com consulta periódica ao dentista em dia.

**Numerador:** Número de hipertensos e/ou diabéticos com consulta periódica ao dentista em dia.

**Denominador:** Número total de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na UBS.

- **Meta 2:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos.

**Indicador 2:** Proporção de hipertensos e/ou diabéticos que receberam orientação nutricional.

**Numerador:** Número de hipertensos e/ou diabéticos que receberam orientação nutricional.

**Denominador:** Número total de hipertensos e/ou diabético cadastrados na UBS.

- **Meta 3:** Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

**Indicador 3:** Proporção de Hipertensos e/ou diabéticos que receberam orientações sobre atividade física regular.

**Numerador:** Número de hipertensos e/ou diabéticos que receberam orientações sobre atividade física regular.

**Denominador:** Número total de hipertensos e/ou diabético cadastrados na UBS.

- **Meta 4:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes que fumam.

**Indicador 4:** Proporção de hipertensos e/ou diabéticos que receberam orientação sobre os riscos de tabagismo.

**Numerador:** Número de hipertensos e/ou diabéticos fumantes que receberam orientação sobre os riscos de tabagismo.

**Denominador:** Número total de hipertensos e/ou diabéticos fumantes cadastrados na UBS.

**Relativa ao objetivo 7 – Realizar ações de promoção à saúde e prevenção de doenças nas famílias dos hipertensos e/ou diabéticos.**

- **Meta 1:** Orientar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados sobre a cobertura vacinal de todos os indivíduos de sua família.

**Indicador 1:** Proporção de hipertensos e/ou diabéticos que foram orientados sobre cobertura vacinal de todos os indivíduos de sua família.

**Numerador:** Número de hipertensos e/ou diabéticos que receberam orientação sobre cobertura vacinal.

**Denominador:** Número total de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na UBS.

- **Meta 2:** Orientar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados sobre o Programa de Prevenção do Câncer de Colo uterino e de Mama de todas as mulheres de sua família.

**Indicador 2:** Proporção de hipertensos e/ou diabéticos que foram orientados sobre o Programa de Prevenção do Câncer de Colo uterino e de Mama de todas as mulheres de sua família.

**Numerador:** Número de hipertensos e/ou diabéticos que receberam orientação sobre o Programa de Prevenção do Câncer de Colo uterino e de Mama.

**Denominador:** Número total de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na UBS.

- **Meta 3:** Orientar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados sobre o Programa de atendimento de puericultura das crianças de sua família.

**Indicador 3:** Proporção de hipertensos e/ou diabéticos que foram orientados sobre o Programa de atendimento de puericultura das crianças de sua família.

**Numerador:** Número de hipertensos e/ou diabéticos que receberam orientação sobre o Programa de atendimento de puericultura das crianças de sua família.

**Denominador:** Número de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na UBS.

- **Meta 4:** Orientar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados sobre a situação do atendimento dos demais adultos hipertensos e/ou diabéticos de sua família.

**Indicador 4:** Proporção de hipertensos e/ou diabéticos que foram orientados sobre a situação do atendimento dos demais adultos hipertensos e/ou diabéticos de sua família.

**Numerador:** Número de hipertensos e/ou diabéticos que receberam orientação sobre a situação do atendimento dos demais adultos hipertensos e/ou diabéticos de sua família.

**Denominador:** Número total de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na UBS.

- **Meta 5:** Meta: Orientar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados sobre o atendimento programático aos idosos de sua família.

**Indicador 5:** Proporção de hipertensos e/ou diabéticos que foram orientados sobre o atendimento programático aos idosos de sua família.

**Numerador:** Número de hipertensos e/ou diabéticos que receberam orientação sobre o atendimento programático aos idosos.

**Denominador:** Número total de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na UBS.

- **Meta 6:** Orientar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados sobre os hábitos alimentares saudáveis para todos os membros da família.

**Indicador 6:** Proporção de hipertensos e/ou diabéticos que foram orientados sobre os hábitos alimentares saudáveis para todos os membros da família.

**Numerador:** Número de hipertensos e/ou diabéticos que receberam orientação sobre hábitos alimentares saudáveis.

**Denominador:** Número total de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na UBS.

- **Meta 7:** Orientar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados sobre prática de atividade física regular para os todos os membros da família.

**Indicador 7:** Proporção de hipertensos e/ou diabéticos que foram orientados sobre prática de atividade física regular para os todos os membros da família.

**Numerador:** Número de hipertensos e/ou diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

**Denominador:** Número total de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na UBS.

- **Meta 8:** Realizar avaliação de risco e vulnerabilidade nas famílias de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados.

**Indicador 8:** Proporção de famílias avaliadas quanto a situação de risco e vulnerabilidade.

**Numerador:** Número de famílias avaliadas quanto a situação de risco e vulnerabilidade.

**Denominador:** Número total de famílias dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na UBS.

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão e Diabetes será adotado o Protocolo de Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), Ministério da Saúde, 2001, que já foi impresso e encadernado para ser



disponibilizado aos profissionais de saúde da UBS. Será utilizado o livro de registro do usuário participante do programa Hiperdia disponível na UBS e o preenchimento da ficha espelho já disponibilizada na UBS, assim como será necessário a utilização da ficha complementar que também já está impressa na UBS. Estimamos alcançar com a intervenção o aumento da cobertura para 60% de usuários portadores de hipertensão e diabetes acompanhados na UBS.

O monitoramento das ações propostas será registrado em livro de registro específico para hipertensos e diabéticos onde a Enfermeira terá a responsabilidade de mensalmente identificar as consultas em atrasos, o não comparecimento às consultas agendadas, a garantia de entrega do tratamento medicamentoso, o registro apropriado das informações nas fichas espelhos e livro de registros pelos profissionais de saúde. Através das fichas espelho e complementar serão colhidas as informações sobre os atendimentos, como estratificação do risco, se o paciente está compensado e se foi realizado o exame clínico e exame laboratorial preconizado.

A análise situacional e a definição do foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação da equipe da UBS nas duas primeiras semanas de intervenção com temas como verificação da pressão arterial e glicemia, acolhimento, estratificação de risco do paciente crônico, acompanhamento do paciente descompensado e de alto risco, será utilizado as Diretrizes de Hipertensão de 2010 e os Cadernos da Atenção Básica nº 14, 15 e 16. Esta capacitação será ministrada pela enfermeira e ocorrerá na própria UBS através de apresentação em multimídia e dinâmicas de grupo, para isto será reservada 2 horas ao final do expediente no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará o protocolo e serão discutidos os tópicos com a equipe.

Para acolher a demanda de agravos agudos para hipertensão e Diabetes serão ampliadas as vagas para consulta de enfermagem e médica bem como para demanda imediata durante a semana, sendo acordado que todo o paciente hipertenso e/ou diabético que procurar atendimento na UBS será acolhido por um membro da equipe, conforme prévia escala de profissionais para acolhimento diário. A equipe de saúde realizará encaminhamentos a rede de especialistas, conforme preconizado pelo protocolo, mas não há como garantir o atendimento, visto que no município não são ofertados consultas com cardiologista e endocrinologistas até o

momento e a dificuldade de deslocamento dos usuários até os serviços mais próximos é outro limitador.

O projeto será apresentado pela especializanda à comunidade através de contato inicial com a associação de moradores e com os representantes da comunidade, depois serão realizadas palestras informativas na própria associação de moradores, semanalmente com o apoio dos agentes comunitários de saúde e usuários/familiares de hipertensos e diabéticos, objetivando o rastreamento de hipertensos e diabéticos e orientando sobre a importância do Programa de Hipertensão e Diabetes que está sendo realizado na UBS. Será apresentada a comunidade o que está detalhado no Projeto sobre o número de consultas, realização de exame clínico e laboratorial, visitas domiciliares e realização de atividades de educação em saúde e serão utilizados apresentações multimídia e entrega de folders informativos.

Ao final de cada semana a enfermeira examinará o livro de registro de hipertensos e diabéticos para identificar os faltosos às consultas de enfermagem e médica, com consultas e exames clínicos e laboratoriais em atraso. Aos ACS caberá realizar busca ativa de todos os faltosos ao programa semanalmente com encaminhamento a UBS para realização das consultas. Caso seja necessário poderá ocorrer a interferência da enfermeira, do dentista ou do médico para convencimento deste usuário sobre a importância do cuidado à saúde, caso o mesmo não tenha sido sensibilizado pelo ACS no momento da busca ativa, esta visita será realizada em um turno na semana juntamente com a visita dos pacientes acamados com dificuldade para deslocamento, o que ocorrerá sempre na 3ª semana do mês.

Para a realização da intervenção serão utilizados os materiais disponíveis, como os cadernos da atenção básica impressos, folders, aparelho de monitorização para glicemia, estetoscópio, esfignomanômetro, fita métrica e balança sendo todos os equipamentos calibrados e avaliados na última semana de cada mês.

### 2.3.4 Cronograma

Fevereiro 2013			
Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
<p>- Capacitação da equipe sobre os Manuais e protocolos a serem utilizados;</p> <p>-Treinar equipe para correto preenchimento e importância dos registros utilizados;</p> <p>-localizar os prontuários dos hipertensos e diabéticos e transcrever todas as informações disponíveis na ficha espelho;</p> <p>-Realizar o primeiro monitoramento sobre consulta, exame clínicos e laboratoriais em atraso e outras informações sobre os indicadores;</p> <p>- Fazer o levantamento do estado de funcionamento de todos os equipamentos para aferição de pressão arterial, glicemia capilar e balança.</p> <p>-Garantir junto a gestão municipal a impressão de ficha espelho complementar e dos protocolos do MS que serão disponibilizados aos profissionais.</p>	<p>- Monitoramento sobre consulta, exame clínico, laboratoriais em atraso e outras informações sobre os indicadores;</p> <p>-Capacitação dos ACS sobre realização e importância da busca ativa;</p> <p>-Capacitação dos profissionais sobre utilização adequada dos materiais e importância da correta verificação dos parâmetros pressóricos, de glicemia, peso, altura e circunferência abdominal;</p> <p>- Capacitação dos Profissionais para avaliação de risco e vulnerabilidade;</p> <p>-capacitação da equipe para identificação de casos descompensados.</p> <p>-Visita domiciliar dos ACS para realizar busca ativa dos faltosos, com exames em atraso e os que não consultam a mais de 1 ano;</p>	<p>- Monitoramento sobre consulta, exame clínico, laboratoriais em atraso e outras informações sobre os indicadores se houver;</p> <p>-Busca ativa dos faltosos pelos ACS</p> <p>- Captação de usuários maiores de 18 anos;</p> <p>-Visita a comunidade para apresentação das ações a serem desenvolvidas;</p> <p>-Orientações a comunidade sobre a importância da participação nas palestras e o comparecimento dos usuários acometidos com Hipertensão e diabetes as consultas mensais pré-estabelecidas para acompanhamento;</p> <p>-Educação em Saúde na UBS direcionadas aos hipertensos e diabéticos e usuários em geral.</p>	<p>- Monitoramento sobre consulta, exame clínico, laboratoriais em atraso e outras informações sobre os indicadores se houver;</p> <p>-Busca ativa dos faltosos pelos ACS;</p> <p>-Palestra para todos os familiares e comunitários sobre a importância da prevenção a Hipertensão e diabetes;</p> <p>-Palestra na comunidade aos usuários portadores de Hipertensão e Diabetes participantes do Programa sobre prevenção e fatores de risco para o desenvolvimento de Hipertensão e diabetes;</p> <p>- Consolidação das informações coletadas em planilha eletrônica;</p> <p>- Educação emSaúde na UBS direcionadas aos hipertensos e diabéticos e usuários em geral;</p> <p>-Calibragem do esfigmomanômetro</p>

			e balança pelo responsável técnico.
--	--	--	-------------------------------------

Março 2013			
Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
<p>- Monitoramento sobre consulta, exame clínico, laboratoriais em atraso e outras informações sobre os indicadores se houver;</p> <p>-Busca ativa dos faltosos pelos ACS;</p> <p>-Capacitação com os ACS sobre monitoramento e acompanhamento de usuários – carteira vacinal, tabagismo, alimentação saudável e atividades físicas;</p> <p>-Educação emSaúde na UBS direcionadas aos hipertensos e diabéticos e usuários em geral.</p>	<p>- Monitoramento sobre consulta, exame clínico, laboratoriais em atraso e outras informações sobre os indicadores se houver;</p> <p>-Busca ativa dos faltosos pelos ACS;</p> <p>-Capacitação dos Profissionais para avaliação de risco e comprometimento de órgãos alvo;</p> <p>-Educação emSaúde na UBS direcionadas aos hipertensos e diabéticos e usuários em geral.</p>	<p>- Monitoramento sobre consulta, exame clínico, laboratoriais em atraso e outras informações sobre os indicadores se houver;</p> <p>- Busca ativa dos faltosos pelos ACS;</p> <p>- Captação de usuários maiores de 18 anos;</p> <p>- Visita Domiciliar enfermagem e médica para atendimento aos acamados e impossibilitados de se deslocarem até a UBS;</p> <p>-Avaliação clínica destes usuários;</p> <p>-Educação emSaúde na UBS direcionadas aos hipertensos e diabéticos e usuários em geral.</p>	<p>- Monitoramento sobre consulta, exame clínico, laboratoriais em atraso e outras informações sobre os indicadores se houver;</p> <p>- Busca ativa dos faltosos pelos ACS;</p> <p>- Consolidação das informações coletadas em planilha eletrônica;</p> <p>- Palestra na comunidade aos usuários portadores de Hipertensão e Diabetes sobre a importância da Vacinação de adultos, tabagismo alimentação saudável e atividades físicas;</p> <p>-Orientações para atualização de carteira Vacinal;</p> <p>-Educação emSaúde na UBS direcionadas aos hipertensos e diabéticos e usuários em geral;</p> <p>-Calibragem do esfignomanômetro e balança pelo responsável técnico.</p>

Abril2013			
Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
<p>- Monitoramento sobre consulta, exame clínico, laboratoriais em atraso e outras informações sobre os indicadores se houver;</p> <p>-Busca ativa dos faltosos pelos ACS;</p> <p>-Educação em Saúde na UBS direcionadas aos hipertensos e diabéticos e usuários em geral.</p> <p>-</p>	<p>- Monitoramento sobre consulta, exame clínico, laboratoriais em atraso e outras informações sobre os indicadores se houver;</p> <p>-Busca ativa dos faltosos pelos ACS;</p> <p>-Educação em Saúde na UBS direcionadas aos hipertensos e diabéticos e usuários em geral.</p>	<p>-Monitoramento sobre consulta, exame clínico, laboratoriais em atraso e outras informações sobre os indicadores se houver;</p> <p>- Busca ativa dos faltosos pelos ACS;</p> <p>- Captação de usuários maiores de 18 anos;</p> <p>- Visita Domiciliar para atendimento aos acamados e impossibilitados de se deslocarem até a UBS;</p> <p>-Avaliação clínica destes usuários acamados;</p> <p>-Educação em Saúde na UBS direcionadas aos hipertensos e diabéticos e usuários em geral.</p>	<p>- Monitoramento sobre consulta, exame clínico, laboratoriais em atraso e outras informações sobre os indicadores se houver;</p> <p>- Busca ativa dos faltosos pelos ACS;</p> <p>-Consolidação das informações coletadas em planilha eletrônica -</p> <p>Palestra sobre direitos dos usuários;</p> <p>-Palestra na comunidade sobre envolvimento da família, avaliação de riscos e vulnerabilidade;</p> <p>- Educação em Saúde na UBS direcionadas aos hipertensos e diabéticos e usuários em geral;</p> <p>- Orientações para promoção do auto cuidado na recepção da UBS</p> <p>-Calibragem do esfignomanômetro e balança pelo técnico responsável.</p>

Maio 2013			
Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
<p>-Monitoramento sobre consulta, exame clínico, laboratoriais em atraso e outras informações sobre os indicadores se houver;</p> <p>- Busca ativa dos faltosos pelos ACS;</p> <p>-Educação em Saúde na UBS direcionadas aos hipertensos e diabéticos e usuários em geral.</p>	<p>-Monitoramento sobre consulta, exame clínico, laboratoriais em atraso e outras informações sobre os indicadores se houver;</p> <p>- Busca ativa dos faltosos pelos ACS;</p> <p>-Educação em Saúde na UBS direcionadas aos hipertensos e diabéticos e usuários em geral.</p>	<p>-Monitoramento sobre consulta, exame clínico, laboratoriais em atraso e outras informações sobre os indicadores se houver;</p> <p>- Busca ativa dos faltosos pelos ACS;</p> <p>- Captação de usuários maiores de 18 anos;</p> <p>-Educação em Saúde na UBS direcionadas aos hipertensos e diabéticos e usuários em geral.</p> <p>-Apresentação dos resultados a comunidade</p>	<p>-Monitoramento sobre consulta, exame clínico, laboratoriais em atraso e outras informações sobre os indicadores se houver;</p> <p>- Busca ativa dos faltosos pelos ACS;</p> <p>-Consolidação das informações coletadas em planilha eletrônica;</p> <p>-Educação em Saúde na UBS direcionadas aos hipertensos e diabéticos e usuários em geral;</p> <p>-Calibragem do esfigmomanômetro e balança pelo técnico responsável.</p>

### **3.RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO**

O projeto de intervenção foi realizado na UBS Santo Antônio Município de Itacoatiara - AM no período de 04 de fevereiro a 31 de maio de 2013, a equipe é composta por enfermeira especializanda Bolsista do PROVAB, uma enfermeira responsável pela equipe, um médico clínico, uma dentista, 01 técnico em saúde bucal e 09 Agentes Comunitários de Saúde.

As ações previstas no cronograma do projeto de intervenção foram cumpridas nas semanas preestabelecidas, no entanto, em algumas delas foram necessárias readequações das datas sem prejuízo ao andamento da intervenção. Alguns obstáculos foram encontrados sendo os principais a não aceitação e engajamento por parte da equipe como um todo principalmente da enfermeira responsável pela equipe e da coordenação da Atenção Básica do município que não nos deu respaldo para que tivéssemos compreensão e êxito, apenas aceitou que desenvolvêssemos o trabalho visto que faz parte de um Programa. Porém, com afinco e determinação encaramos os desafios e dentro dos limites impostos fomos superando um a um e realizamos o que estava ao nosso alcance.

Estava proposto no projeto o levantamento do número de adultos com 18 anos ou mais de idade para serem submetidos ao rastreamento para HAS. O monitoramento desta ação ocorreu a partir do levantamento no prontuário do usuário e através da captação destes usuários pelos ACS, foi utilizada a ficha espelho da UBS e ficha complementar. Encontramos dificuldade nesta ação, pois os ACS não realizavam as buscas ativas com determinação, no entanto, sempre que questionados relatavam que realizavam esta ação, mas que não tem autonomia nem podem obrigar os usuários a comparecer.

Entre as ações realizadas a que obtivemos maior êxito foram às visitas domiciliares que fazíamos aos usuários para busca ativa (a enfermeira responsável pela equipe não costuma realizar essas visitas, apenas quando se faz estritamente

necessária e vez ou outra para acompanhar visitas médicas). Realizamos aproximadamente 80 visitas domiciliares para busca ativa com as ACS aos que não compareciam buscando sempre estreitar os laços de confiança e aproximadamente 58 consultas de enfermagem domiciliar aos que não podiam comparecer na UBS. As consultas e as conversas olho no olho, um abraço carinhoso, um aperto de mão tudo isso foi fortalecendo nossa atuação e a confiança perante os usuários, criamos vínculos e conseguimos demonstrar a eles a importância do cuidado primário à saúde bem como instigá-los a conhecerem seus direitos. Para esta ação, contamos algumas vezes com a participação das nove ACS, a enfermeira responsável pela equipe não colaborou para essa ação. O maior desafio foi enfrentar muitas vezes o sol forte, a chuva e também sempre dependíamos da carona (de moto) das ACS, visto que algumas micro áreas da equipe ficam um pouco distante da área adstrita.

As visitas domiciliares com o médico da equipe foram realizadas em número reduzido, devido ao fato de a enfermeira responsável pela equipe não permitir tal ação, estas visitas eram acompanhadas pelas ACS e pudemos perceber após relato dos usuários, a ineficiência e a baixa qualidade do atendimento, não havia envolvimento e sempre muito rápido, às vezes não podiam sequer relatar tudo o que desejavam. As dificuldades encontradas basearam-se na distância da UBS em relação à área adstrita e nas primeiras visitas com a nossa presença foi observada a desconfiança destes usuários pois nossa presença causava certa estranheza, porque, conforme relatado pelos mesmos não é comum uma enfermeira realizar visitas para conversar, no entanto, após algumas tentativas tivemos êxito.

A busca ativa pelas ACS é realizada, nos relatam que a realizam com todos os seus usuários semanalmente, porém, não tem autonomia e tampouco podem obrigar os usuários a fazer o que não querem principalmente porque não confiam nos serviços ofertados. Percebeu-se que não há engajamento e comprometimento em relação ao campo de atuação, mesmo depois de esclarecido por algumas vezes, as funções específicas de cada categoria profissional e da importância de realização de um trabalho em prol da população adstrita a sua equipe. As dificuldades percebidas são em relação à falta de estímulo e governabilidade por parte da enfermeira responsável pela equipe, da distância de algumas micro áreas em relação à área adstrita, falta de material de trabalho adequado onde muitas vezes precisam improvisar, sol forte diariamente e algumas vezes muito chuva, um dia do mês os ACS paralisam suas atividades para preencher papéis (censo mensal) e



depois entregá-los na secretaria de Saúde. Existe sobrecarga de funções, segundo relatado pelos ACS. A enfermeira da equipe não tem controle qualquer sobre a busca ativa nem tampouco sobre o agendamento dos usuários que fica por conta dos ACS, os quais realizam este agendamento direto na agenda de atendimento médico, conforme a solicitação dos usuários.

Também foi realizada a melhoria no acolhimento aos hipertensos e diabéticos da área adstrita priorizando através do atendimento de livre demanda os cadastrados que procuraram atendimento espontaneamente na UBS e também por meio de antecipação do horário da consulta médica para hipertensos e/ou diabéticos descompensados e/ou maiores de 60 anos. Encontramos dificuldade em conseguir realizar essa ação, pois muitas vezes o médico da equipe não estava na UBS no momento do atendimento aos pacientes do HIPERDIA (às vezes se encontrava em plantão no Hospital da cidade) dificultando a assistência prestada já que os pacientes eram remanejados para o outro dia.

As atividades de educação em saúde realizadas semanalmente na UBS aos hipertensos e diabéticos foi exitosa, percebemos que todos os ouvintes e participantes sentiam-se incluídos no programa por estarem sendo orientados e por sanar dúvidas em relação a sua saúde. Os encontros semanais eram organizados de forma que todas as micro áreas fossem contempladas para o atendimento, na 1ª terça do mês o encontro atendia os pacientes das micro áreas 7 e 8, na 2ª terça do mês eram atendidos os pacientes das micro áreas 2 e 4, na 3ª terça do mês, os pacientes das micro áreas 1, 3 e 6 e na 4ª terça do mês, os pacientes das micro áreas 5 e 9.

Percebemos que novas atitudes para mudanças de hábitos já foram assimilados e incorporados ao dia a dia da maioria dos presentes nos encontros de educação em saúde bem como tais informações foram incorporadas a todo o núcleo familiar. As dificuldades encontradas basearam-se na falta de um local apropriado para a realização dessa atividade os encontros eram realizados no corredor da UBS sem o mínimo de conforto, sem contar que às vezes o calor era insuportável e os transeuntes sem espaço adequado para transitar, comprometendo assim a qualidade das palestras. Outro fato que nos chamou a atenção foi a não participação e o envolvimento da enfermeira, dos ACS, médico e dentista da equipe para a realização de educação em saúde conforme o que se preconiza para a Atenção

Básica e ESF. Na média os encontros semanais contavam com cerca 20 pacientes entre diabéticos e hipertensos.

As palestras na comunidade foram realizadas com êxito aproveitamos as ocasiões onde se reuniram os usuários em dias determinados para o cadastramento do Programa Bolsa Família, em reunião de pais na escola da área e também na atividade exclusiva realizada para hipertensão e diabetes assim, foram realizadas três palestras envolvendo a comunidade, a primeira delas com a presença de aproximadamente 100 pessoas (como ouvintes da palestra) visto que era obrigatório o comparecimento para o cadastro no Programa Bolsa Família, na segunda a presença de 80, no entanto, 60 deles assinaram a lista de presença, na terceira tivemos a presença de mais de 90 pessoas, porém, apenas 52 assinaram a lista de presença. Consideramos um número expressivo de usuários que compareceram, bem como a presença de familiares, pois segundo relato dos ACS não era muito comum tantos usuários comparecerem a palestras anteriores.

Na ocasião das três palestras foram abordados os temas sobre o objetivo e o funcionamento do programa HIPERDIA na UBS, da importância do comparecimento e acompanhamento aos cuidados a saúde, da realização de exames complementares, entrega dos medicamentos previstos no programa, atendimento a livre demanda em caso de problemas agudos, importância da prevenção de hipertensão e diabetes, fatores de risco, vacinação, alimentação saudável, atividades físicas, prevenção ao tabagismo, PCCUM, envolvimento da família na prevenção de riscos e vulnerabilidade dos usuários hipertensos e diabéticos a outras intercorrências, Carta dos Direitos dos Usuários aos Serviços de Saúde e direito de serem respeitados como cidadãos.

As capacitações aos profissionais de saúde estabelecidas no cronograma da intervenção previam a realização nas semanas 1, 2, 5 e 6, no entanto foram necessários reformulações e as mesmas foram fragmentadas nas semanas 1, 2, 5, 6, 8 e 14 seguindo-se os temas determinados: capacitação sobre manuais e protocolos utilizados na intervenção; o correto preenchimento e a importância dos registros utilizados; realização e importância da busca ativa; utilização adequada dos materiais e correta verificação dos parâmetros pressóricos, de glicemia e dados antropométricos; avaliação de riscos e identificação de casos descompensados; acolhimento; monitoramento e acompanhamento de usuários em relação a carteira vacinal, tabagismo, alimentação saudável e atividades físicas; avaliação de riscos e

comprometimento de órgãos alvo. Contamos com duas capacitações extras no decorrer da intervenção, com o apoio de uma nutricionista falando sobre a importância da alimentação ao hipertenso e diabético e de um dentista falando sobre saúde bucal, tabagismo e cuidados com próteses dentárias. Apenas as ACS participaram destas capacitações. Uma das ACS teve um número expressivo de faltas, as demais compareceram em quase todas as semanas propostas, todas as que compareceram demonstraram interesse e faziam questionamentos quando surgiam dúvidas. Os profissionais de nível superior não aderiram por terem outras atribuições a serem realizadas e não considerarem as capacitações uma prioridade. Tampouco não foi possível a realização de tais capacitações no momento da realização das reuniões da equipe, visto todos terem outras tarefas a ser desempenhadas naquele momento onde não poderia haver delongas no horário estabelecido para a reunião. Em relação à enfermeira da equipe, foi entregue a ela um CD (mídia digital) contendo os principais Cadernos da Atenção Básica e os protocolos do Ministério da Saúde. Em relação ao médico, foi debatido juntamente com a especializanda a importância dos cadernos da Atenção Básica e protocolos do Ministério da Saúde e o mesmo comprometeu-se de lê-los tão logo fosse possível.

A calibragem dos equipamentos (balança, esfigmomanômetro, glicoteste) não foi realizada em nenhum momento durante os quatro meses da intervenção, no entanto, foi enviado documento a Coordenação da Atenção Básica solicitando a manutenção mensal ressaltando a importância desta manutenção visto que o uso constante e quase intermitente torna os aparelhos “viciados” podendo assim apresentar resultados “fora do comum” comprometendo a saúde do usuário. Ao entrar em contato com os responsáveis a resposta que nos foi dada é de que estará sendo providenciado tão logo seja possível. Mesmo sem a realização da calibragem dos equipamentos pela gestão municipal foi possível realizar a intervenção, pois os equipamentos que apresentavam problemas eram substituídos mas enfrentamos problemas com o hemoglicoteste, pois por diversas vezes não tínhamos material suficiente para realizar o exame capilar e faltavam tiras reagentes para realizar o exame em alguns usuários.

Outra ação que ficou comprometida foi que os pacientes atendidos em consulta nem sempre traziam os exames laboratoriais e muitos estavam com exame clínico em atraso, mas por meio de acordo firmado com o médico e a enfermeira

responsável pela equipe, todos os exames devem ser solicitados aos pacientes e que os usuários diabéticos devem ser avaliados com teste de sensibilidade nas extremidades e fornecidas orientações de cuidado ao pé diabético, porém, esta ação não foi realizada integralmente, eram realizados apenas pela especializanda e nem todos os usuários cadastrados tiveram os registros adequados do atendimento em seu prontuário, comprometendo assim a qualidade das informações. Os registros mais completos eram realizados pela enfermeira especializanda e poucas vezes a enfermeira da equipe registrava o exame físico e teste de sensibilidade dos pés dos diabéticos. Do total de 52 diabéticos cadastrados e acompanhados no programa, 36 diabéticos estavam com a avaliação do pé diabético realizado ao final dos 4 meses de intervenção. Pode-se nessa avaliação detectar três usuários com comprometimento das extremidades, uma delas necessitou amputar o pé esquerdo durante a intervenção mas não foi possível acompanhar o caso, visto que a usuária não retornou ao município antes do desligamento pelo PROVAB da especializanda.

O monitoramento do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia também foi realizado durante a intervenção sendo feito controle por meio de ficha de entrega de medicamentos, mas também foi constatado que muitos medicamentos prescritos para os pacientes estão em falta na farmácia da UBS o que compromete os resultados do tratamento. A SMS de Itacoatiara não tinha como disponibilizar todos os medicamentos do HIPERDIA devido à falta de verba para compra e ainda se encontrarem em fase de adaptação e adequação da nova gestão municipal.

A ação de priorizar o atendimento aos usuários de alto risco por meio de classificação de risco pela enfermeira com encaminhamento a consulta médica foi prejudicada, pois não foi possível a realização da estratificação de risco de todos os pacientes cadastrados no programa devido à dificuldade de retorno dos resultados dos exames complementares, sendo assim não foi feita a identificação dos pacientes de alto risco não sendo possível acompanhar e realizar a avaliação do comprometimento de órgãos alvo, já que apenas 5 pacientes diabéticos e 4 pacientes hipertensos foram estratificados no decorrer da intervenção. No momento do atendimento individual os pacientes foram orientados a realizar os exames complementares e trazer os resultados, mas foi constatadas dificuldades na realização dos exames sem falar que alguns só estavam disponíveis por um período de tempo, como as frações de colesterol por exemplo.

Uma ação realizada durante a intervenção foi à garantia de encaminhamento a rede especializada, o médico da UBS encaminhou poucos pacientes para consulta com especialistas mas todos que necessitaram foram encaminhados.

Uma ação proposta que não foi realizada com êxito foi à garantia de consulta periódica com o dentista para os pacientes hipertensos e diabéticos já que não houve por parte da enfermeira da equipe e da dentista um comprometimento em disponibilizar horários na sua agenda para atender os pacientes do programa nem foi realizada a estratificação do risco odontológico para prioridade do atendimento. A dentista afirmava que os atendimentos prestados a essa população estava sendo realizado embora não existisse nenhum registro destes atendimentos e encontramos poucas informações nos prontuários dos pacientes.

Para o monitoramento dos dados e indicadores tivemos ao nosso alcance os prontuários, livro de registro de dados do HIPERDIA e registro do SIAB no entanto, as dificuldades surgiam quando era necessário acessar os relatórios da equipe ou questionar a enfermeira responsável pela equipe sobre algum indicador pois a mesma nunca sabia ou não achava os arquivos para repassar as informações sendo que muitas vezes a mesma tentava esconder o livro de registro para que não tivéssemos acesso aos dados. Também tivemos dificuldade em obter os dados do SIAB, pois os responsáveis na secretaria de Saúde pela liberação nem sempre estavam dispostos a colaborar. Em relação aos prontuários nem sempre foi possível a coleta fidedigna dos dados devido à grafia ilegível, a falta de anotação de resultados de exames laboratoriais e de outros dados que poderiam ser úteis bem como a qualidade e ineficiência da consulta clínica. A consolidação dos dados em planilha eletrônica e o cálculo dos indicadores foi um desafio, mas com a colaboração da orientadora foi ajustado e adequado para o sucesso dos resultados finais. Os resultados foram positivos pois com empenho e colaboração dos usuários tivemos sucesso.

Durante todos os atendimentos individuais realizados conseguimos colocar em prática varias ações propostas no projeto como fornecer orientação sobre mudanças de hábitos, alimentação saudável e prática de exercício físico, também foram realizadas orientações sobre os riscos do tabagismo, autocuidado e cuidado ao pé diabético só não foi possível disponibilizar junto a SMS a medicação para auxiliar os fumantes para pararem de fumar, não havia verba para a compra do medicamento. Também durante o atendimento individual foram feitas orientações

para que todos os membros da família do diabético/hipertenso tivessem acompanhamento na UBS através dos outros programas e assistências prestadas pela UBS.

Uma ação que ficou a desejar é o engajamento das famílias consideradas de risco e vulnerabilidade, pois foi possível realizar a avaliação da situação de risco e vulnerabilidade em 52 famílias de usuários hipertensos sendo que neste grupo tivemos 09 famílias classificadas como R3 e 44 famílias classificadas como R2. Das 35 famílias de usuários diabéticos, 04 famílias identificadas como R3 e as outras 31 famílias como R2. Cabe salientar que o grande número de famílias classificadas como R2 provavelmente se deve ao fato de que o município não conta com rede de saneamento básico e a relação morador/cômodo ser maior que 1.

Fato que chamou atenção no período da coleta e monitoramento de dados foi o grande índice de resultados de exames para verminoses positivos no último ano, observaram-se estes resultados em mais de 60% dos registros nos prontuários dos usuários envolvidos no projeto de intervenção, prevalecendo E. Nana, E. Coli, Trichuris trichiura, G. Lamblia e A. Lumbricóides, dentre outros. Também se considera relevante o fato de não haver seguimento aos cuidados com os usuários descompensados e tampouco com os que apresentam comorbidades causadas por essas patologias.

Assim, a grande maioria das ações previstas no projeto de intervenção foi desenvolvida, no entanto, faço parte de um Programa do Governo Federal/Ministério da Saúde – PROVAB (Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica) e fui alocada no município de Itacoatiara, Amazonas, como trabalhadora bolsista pelo período de um ano, de junho de 2012 a junho de 2013, não tendo sido esclarecido e tampouco bem aceito por parte da Secretaria Municipal de Saúde pela gestão anterior e pela gestão atual. Pode-se destacar a insegurança, medo e má vontade dos demais profissionais da UBS em trabalhar em conjunto. Neste período ocorreram momentos difíceis, hostis e de assédio moral, porém, nada foi capaz de impedir o desempenho das funções atribuídas, pois os usuários da Atenção Básica necessitam de novos olhares e novas atitudes para o bem da sua saúde tão fragilizada e deixada de lado pelos profissionais atuantes e que estão “cegos” pelo tempo e sem vontade de evoluir, tampouco ver o outro como um ser integral, ou seja, como um todo e não apenas como mais um necessitado de atenção.

## 4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

### 4.1 Resultados

Segundo Bogdon&Bilken (1994) todos os materiais recolhidos em uma investigação:

[...] são os elementos que formam a base da análise, sendo simultaneamente as provas e as pistas, pois nos ligam ao mundo empírico. Fornecem os elementos que nos fazem pensar de forma adequada e profunda sobre o que pretendemos explorar [...].

Para a análise dos resultados do projeto de intervenção foram utilizados indicadores relacionados às patologias estudadas, os dados coletados foram obtidos através da coleta de dados em prontuários, livros de registro e dados do SIAB.

A intervenção teve como principal perspectiva a melhoria ao Programa Hipertensão no atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos no Município de Itacoatiara - AM na UBS Santo Antônio localizada no Bairro Santo Antônio. O foco da intervenção foram os usuários hipertensos e diabéticos da ESF 20 (Estratégia Saúde da Família – equipe 20) nos bairros a qual conta com um número de 69 usuários, o número total de diabéticos com 18 anos ou mais residentes na área de abrangência da UBS e 137 usuários, o número total de hipertensos com 18 anos ou mais residentes na área de abrangência da UBS.

Em acordo com os objetivos, metas e indicadores propostos os resultados alcançados foram:

**Objetivo 1 - Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos.**

**Meta** - Rastrear 60% dos adultos com 18 anos ou mais de idade para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

**Indicador** - Proporção de adultos com 18 anos ou mais rastreados para HAS.

O rastreamento da população acima de 18 anos para Hipertensão Arterial não foi realizada durante a Intervenção devido à constatação de que um número considerável de pacientes diabéticos e hipertensos já identificados estava sem acompanhamento sistematizado conforme preconizado pelos protocolos do MS. O foco durante os 4 meses de trabalho foi cadastrar e acompanhar os pacientes já identificados como hipertensos e diabéticos já que os mesmos buscavam a UBS para conseguir os medicamentos contínuos.

Foi realizado levantamento junto aos ACS para realizarmos a busca ativa dos pacientes diabéticos e hipertensos já identificados para realizarmos o cadastramento destes pacientes no programa, sistematizando o acompanhamento junto à equipe mensalmente.

Pode-se observar nos gráficos abaixo que nos decorrer dos 4 meses de intervenção foi possível realizar o cadastramento dos usuários diabéticos e hipertensos no Programa de Atenção ao Diabético e Hipertenso na UBS.



Figura 1 – Cobertura do Programa de Atenção ao Diabético.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2013.



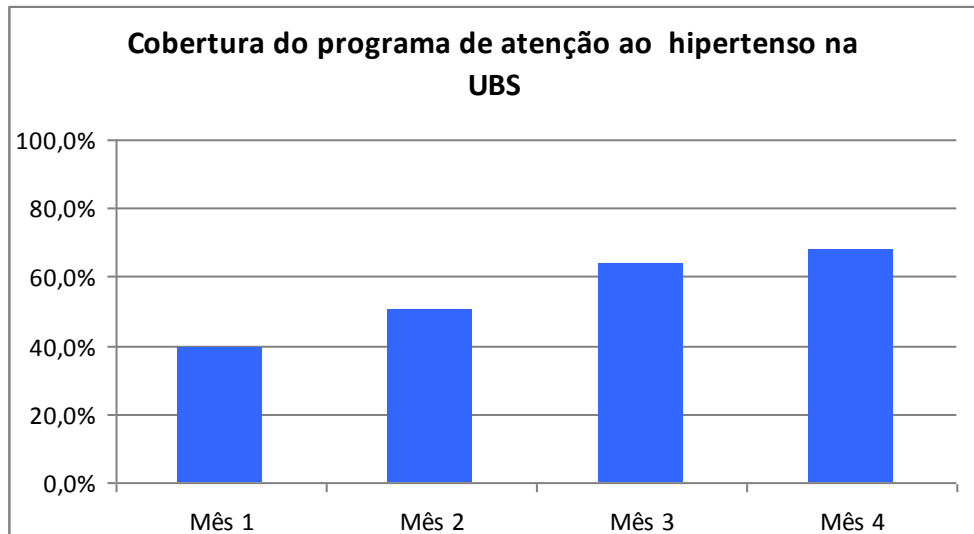


Figura 2 – Cobertura do Programa de Atenção ao Hipertenso.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2013.

Vale ressaltar que a cobertura do programa de Atenção ao Diabético e Hipertenso foi sendo ampliada mês a mês, podemos salientar que a cobertura do programa esta abaixo da estimativa de pessoas com 18 anos ou mais dos diabéticos/hipertensos (10% da população com 18 anos e mais) estabelecida na planilha de estudo, no entanto no mês três e mês quatro de intervenção foi possível ampliar a cobertura do programa de atenção ao diabético e hipertenso. A ação que mais colaborou para este aumento da cobertura do Programa foram às visitas domiciliares para busca ativa realizada pela especializanda e algumas vezes acompanhada pelas ACS bem como a persistência com o intuito de convencimento para a necessidade de cuidados a saúde e o restabelecimento de confiança e vínculo destes usuários.

No entanto, a não adesão de alguns usuários se deve ao fato de os profissionais de saúde da UBS não criarem vínculo com este usuário, a falta de comunicação entre os envolvidos, o desconhecimento das comorbidades que estas patologias poderão causar e outra dificuldade é a distância de algumas micro áreas em relação à UBS, as condições climáticas desfavoráveis e outros fatores pessoais como a idade, falta de confiança no profissional de saúde que o atende, falta de condições financeiras para o deslocamento e outros tantos que podem interferir na ampliação da cobertura de atendimento a estes usuários.

Assim, a ampliação da Cobertura no programa de atenção ao diabético e hipertenso mostra que o desenvolvimento de estratégias para ampliar esta cobertura ainda é um desafio à saúde Pública.

**Meta** - Rastrear 100% dos adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

**Indicador** - Proporção dos adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg rastreados para Diabetes Mellitus (DM).

Apesar de termos realizado atendimento a 93 usuários hipertensos durante os quatro meses de intervenção o rastreamento para Diabetes Mellitus não foi realizado visto que não havia fita teste e lanceta em número suficiente para realizar o teste de glicemia capilar, apenas para o atendimento aos usuários diabéticos.

**Meta** - Cadastrar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência detectados pelo rastreamento no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

**Indicador** - Proporção de hipertensos e/ou diabéticos detectados pelo rastreamento cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Conforme já foi esclarecido anteriormente não foi realizado o rastreamento de pacientes hipertensos e diabético sendo assim, essa meta de cadastrar quem foi rastreado não pode ser calculada já que não temos esse denominador. O trabalho de cadastramento ficou direcionado a população com diagnóstico de hipertensão e diabetes já identificada pela equipe de saúde.

**Meta** - Captar 60% dos adultos hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência da UBS sem acompanhamento há mais de 1 ano.

**Indicador** - Proporção de adultos hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência sem acompanhamento há mais de um ano captado pelo programa da UBS.

Constatamos que todos os pacientes cadastrados no programa durante os 4 meses de intervenção estavam sendo acompanhados pela equipe de saúde de alguma maneira através da verificação de pressão arterial, realização do hemoglicoteste capilar ou até mesmo na entrega mensal dos medicamentos mas

sem qualquer monitoramento e avaliação das informações de saúde destes pacientes. Sendo assim, não foi possível calcular esse indicador já que os 52 usuários diabéticos e os 93 usuários hipertensos estavam sendo acompanhados na UBS de alguma forma.

## **Objetivo 2 - Promover a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa.**

**Meta** - Buscar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas conforme periodicidade recomendada.

**Indicador** - Proporção de Hipertensos e/ou diabéticos faltosos as consultas conforme periodicidade recomendada que receberam busca ativa.

No primeiro mês não houve registro de faltosos diabéticos, no segundo mês faltaram 7, no terceiro mês 9 e no quarto mês 14 pacientes faltaram. Dos usuários hipertensos não houve registro de faltosos no primeiro mês, no segundo mês faltaram 19, no terceiro mês 23 e no quarto mês 29 pacientes faltaram.

Todos os usuários que faltaram receberam busca ativa. A busca ativa era realizada pela especializanda semanalmente e incansavelmente por vezes acompanhada dos ACS em suas micro áreas. Podemos ressaltar que todas as buscas realizadas pela especializanda tiveram êxito com o comparecimento dos usuários visto que sempre realizávamos a visita com o intuito de orientá-los e mostrar-lhes a importância do acompanhamento mensal e dos cuidados a saúde. Cabe salientar, que as buscas ativas realizadas pelas ACS, nem sempre eram exitosas visto que os próprios usuários não se sentiam confiantes de terem o atendimento de qualidade.

Consideramos alguns fatores observados como relevantes para justificar a ausência e dificuldades do comparecimento da totalidade dos usuários faltosos as consultas mensais como a falta de vínculo dos profissionais de saúde com estes usuários; a falta de comunicação entre os envolvidos; a falta de comprometimento dos profissionais de saúde com o engajamento dos usuários nas ações específicas de saúde como educação em saúde; as condições desfavoráveis da sala de espera na UBS; o tempo de espera devido a triagem ser realizada em apenas dois horários distintos do horário de atendimento para as consultas médicas e a falta de estímulo por parte da enfermeira responsável pela equipe; a distância de algumas micro áreas em relação à UBS; as condições climáticas desfavoráveis; viagens dos

usuários, dentre outros. Entretanto, consideramos o indicador positivo pois a busca ativa realizada pela especializanda e por algumas ACS foi uma constante e sempre enfatizando aos usuários a importância do comparecimento as consultas mensais, a adesão ao tratamento e cuidados a saúde bem como criamos vínculo para que pudessem perceber a importância dessas consultas.

**Meta** - Buscar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos à realização de exames complementares conforme periodicidade recomendada.

**Indicador** - Proporção de diabéticos e hipertensos faltosos à realização de exames complementares conforme periodicidade recomendada que receberam busca ativa.

No período da intervenção os diabéticos faltosos à realização de exames complementares conforme periodicidade recomendada foram no primeiro mês 8, no segundo mês 5, no terceiro mês 10 e no quarto mês 7 usuários .

Os hipertensos faltosos à realização de exames complementares conforme periodicidades recomendadas representaram no primeiro mês 17, no segundo mês 17, no terceiro mês 24 e no quarto mês 21 usuários.

Conforme observamos nos dados acima em relação ao número de usuários que realizaram os exames complementares se percebe um número pequeno de usuários faltosos à realização destes exames sendo assim, foi realizada busca ativa em visitas domiciliares pela especializanda com o intuito de informar sobre a importância da necessidade da realização destes exames para um monitoramento da saúde, no entanto, visto a falta de confiabilidade e a não criação de vínculo com os profissionais de saúde que atuam na UBS muitos destes usuários deixam os cuidados com sua saúde em segundo plano.

**Objetivo 3 - Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na UBS.**

**Meta** - Capacitar 100% dos profissionais no atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético conforme protocolos adotados na UBS.

**Indicador** - Proporção de profissionais da equipe capacitados para atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético conforme protocolos adotados na UBS.

A UBS Santo Antônio tem três equipes de Saúde da Família, a equipe no qual atuei conta com um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um

dentista, um técnico de saúde bucal e nove ACS, totalizando 14 profissionais. Os profissionais de saúde que compareceram na capacitação no primeiro mês foram 7 (77,8%), no segundo mês 8 (88,9%), no terceiro mês 6 (66,7%) e no quarto mês 8 (88,9%).

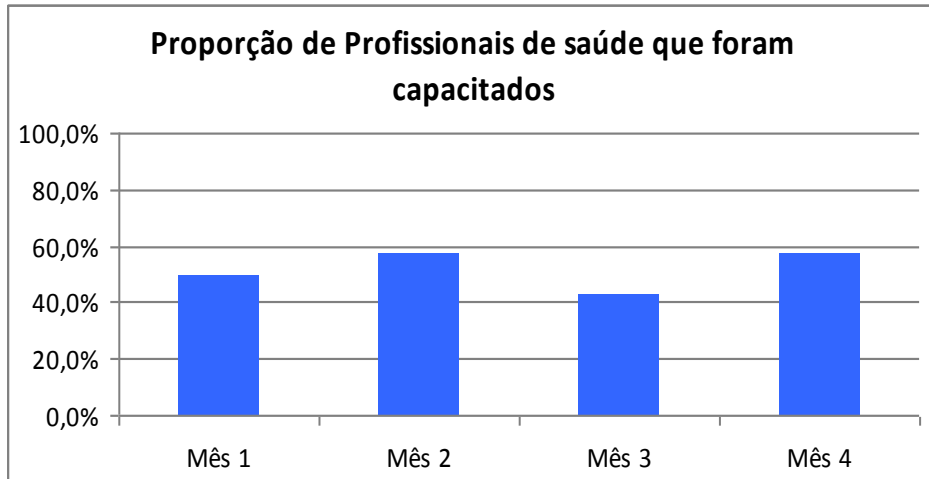


Figura 3 – Proporção de profissionais de saúde capacitados.

Fonte: Registro em lista de presença, 2013.

Nesta meta não foi possível a capacitação do número total de profissionais, pois os profissionais de nível superior não compareciam às capacitações e tampouco a técnica de saúde bucal e após o início do ano a equipe ficou sem técnico de enfermagem, porém algumas vezes contava com o apoio do técnico de enfermagem de outra equipe. Os profissionais que compareceram, ou seja, dos 9 ACS, podemos justificar as faltas assim: no primeiro mês uma estava de férias e outra de folga, no segundo mês tivemos apenas um faltoso cuja justificativa foi de que teve que levar o neto ao médico, no terceiro mês dois ACS faltaram, uma de férias e a outra não justificou a ausência. Em relação aos profissionais de nível superior em apenas uma das capacitações pudemos contar com a presença do médico, os demais profissionais sempre justificavam a ausência com o excesso de trabalho de que não poderia paralisar suas atividades para participar visto que estas capacitações eram realizadas durante o horário de trabalho.

**Meta** - Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibiais e pediosos para diabéticos.

**Indicador** – Proporção de diabéticos com exame do pé diabético em dia.

Os usuários diabéticos com o exame do pé diabético em dia, no primeiro mês representaram 4 (13,8%), no segundo mês 20 (52,6%), no terceiro mês 33 (68,8%) e no quarto mês 36 (69,2%).

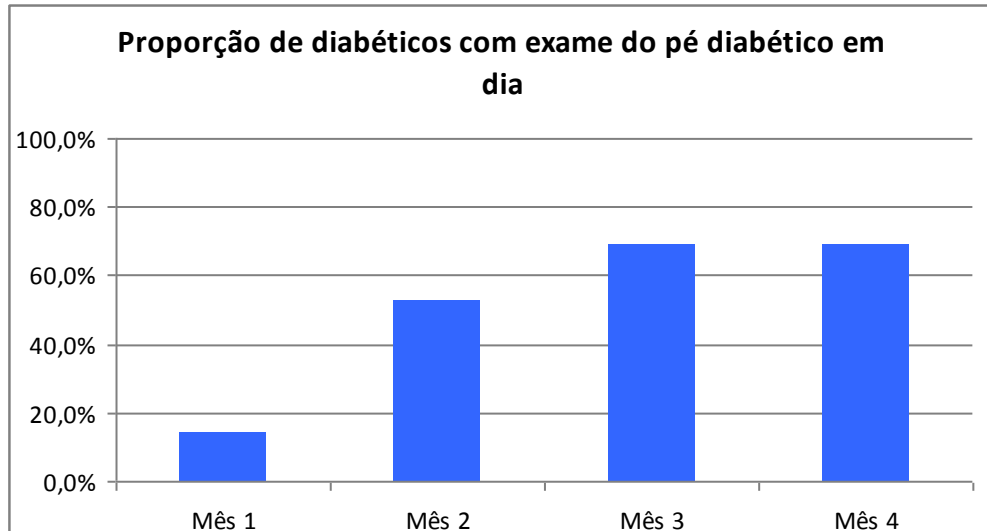


Figura 4 – Proporção de diabéticos com exame do pé diabético.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2013.

Neste gráfico observamos que a prática do exame do pé diabético na UBS era inexistente antes da intervenção, no entanto, após o início do projeto a situação foi sendo implantada, porém, o exame na maioria das vezes foi realizado apenas pela especializanda visto que a enfermeira responsável pela equipe deixou claro de que essa ação iria lhe tomar “muito tempo”. Também não tínhamos disponíveis Kits para avaliação neurosensorial.

**Meta** - Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibiais e pediosos para diabéticos.

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

Os usuários hipertensos com o exame clínico de acordo com o protocolo em dia no primeiro mês representaram 35 (64,8%), no segundo mês 46 (66,7%), no terceiro mês 63 (72,4%) e no quarto mês 73 (78,5%).

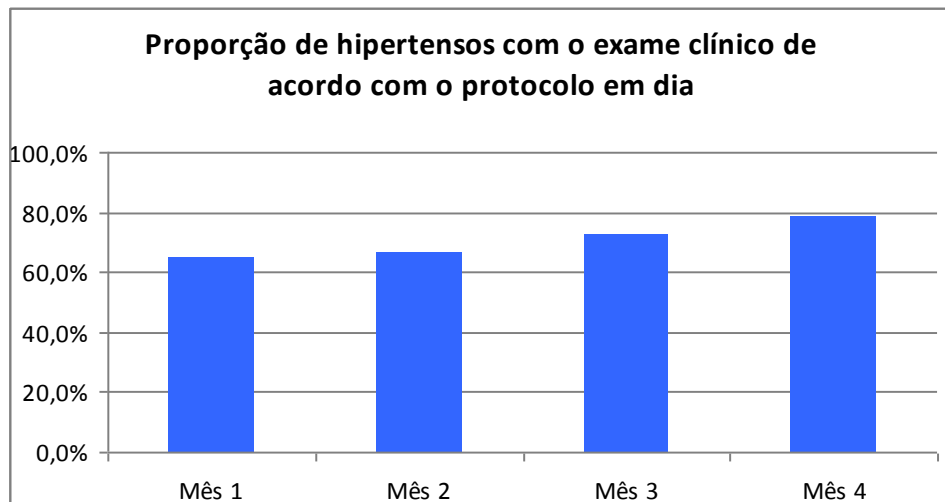


Figura 05 – Proporção de hipertensos com exame clínico de acordo com protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2013.

Em relação ao número de hipertensos com o exame clínico de acordo com o protocolo observamos um número crescente nos quatro meses de intervenção cabe nos considerar a relevância do exame clínico para a melhor análise da conduta terapêutica apropriada, bem como prevenção de comorbidades.

No entanto, salientamos que este exame clínico era realizado apenas pela especializanda visto que as consultas realizadas pela enfermeira responsável pela equipe se baseavam apenas em orientações e as consultas médicas baseavam-se na maioria das vezes em conduta medicamentosa.

**Meta** - Realizar solicitação de exames complementares periódicos a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS.

**Indicador** - Proporção de diabéticos e hipertensos com solicitação dos exames complementares do protocolo em dia.

Os usuários diabéticos com os exames complementares do protocolo solicitados representaram no primeiro mês 21 (72,4%), no segundo mês 33 (86,8%), no terceiro mês 38 (79,2%) e no quarto mês 45 (86,5%).

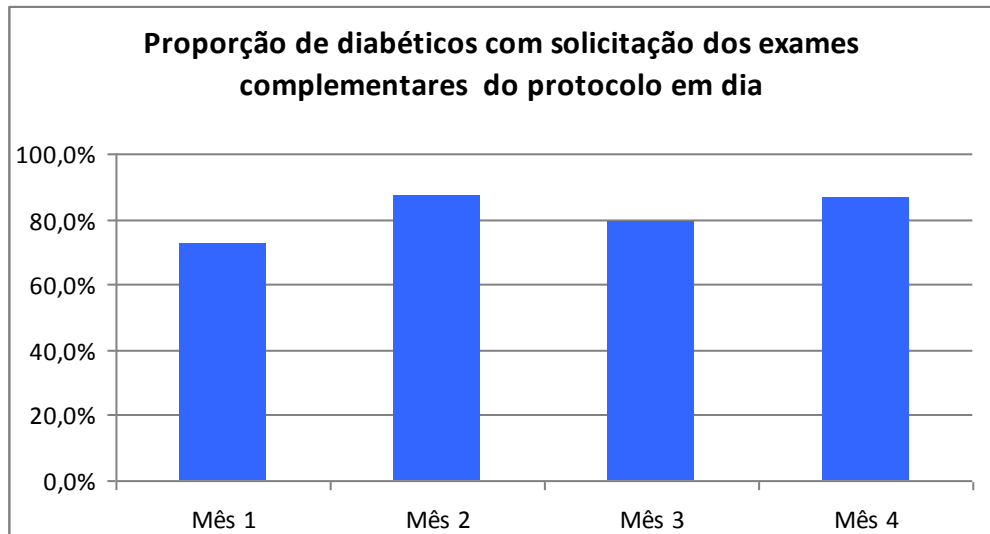


Figura 6 – Proporção de Diabéticos com solicitação de exames complementares.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2013.

Os usuários hipertensos no primeiro mês representaram 37 (68,5%), no segundo mês 52 (75,4), no terceiro no mês 63 (72,4%) e no quarto mês 72 (77,4%).

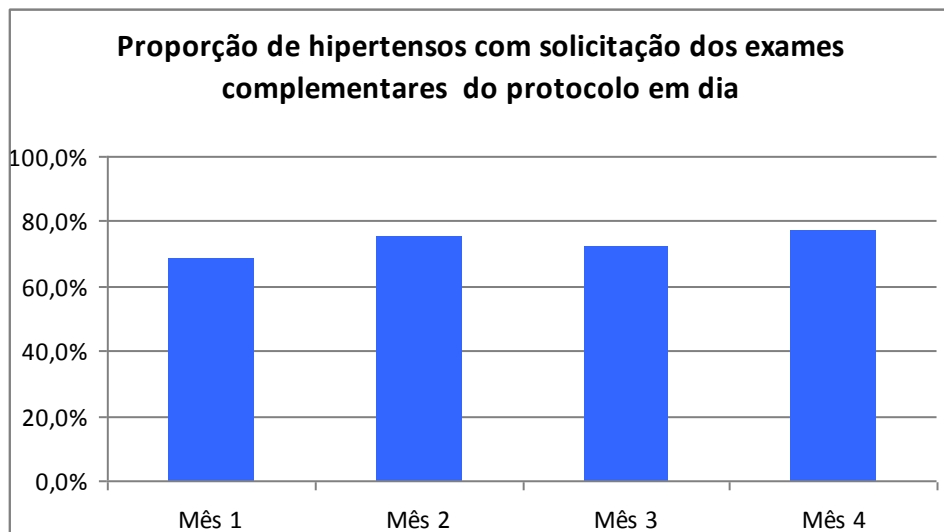


Figura 7 – Proporção de Hipertensos com solicitação dos exames complementares.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2013.

Observamos nos gráficos que a solicitação de exames complementares conforme a periodicidade preconizada não foi alcançada e que houve variações nos percentuais mensais, observa-se um leve decréscimo no terceiro mês, mas deve-se



ao fato de que o número de usuários que compareceram ter sido superior ao mês anterior.

Encontramos algumas dificuldades para conseguir atingir essa meta já que nem todos os exames complementares puderam ser solicitados e o exame de colesterol HDL na maioria das vezes não era realizado devido a falta de reagente e Eletrocardiograma (ECG) não fazia parte da rotina médica ao atendimento a estes usuários. Os pacientes tiveram problemas para realizarem os exames, pois muitas vezes a demora na data da coleta proporcionava o esquecimento, desistência e muitos até perdiam seus pedidos. Muitos pacientes não trouxeram os resultados dos exames a tempo de serem avaliados na intervenção.

**Meta** - Garantir tratamento medicamentoso para 100% dos pacientes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

**Indicador** - Proporção de diabéticos com tratamento medicamentoso da lista do HIPERDIA ou Farmácia Popular.

Observamos que 100% dos usuários diabéticos e hipertensos acompanhados na UBS estão com prescrição de medicamentos para o controle do diabetes e da hipertensão ainda que alguns destes usuários não o façam conforme prescrito. No entanto, salientamos que para um tratamento efetivo e eficaz se faz necessário aliar o controle alimentar e atividade física favorecendo assim o cuidado a saúde.

Os usuários diabéticos que fazem uso de medicamentos da Farmácia popular no primeiro mês representaram 21 (72,4%), no segundo mês 26 (68,4%), no terceiro mês 33 (68,8%) e no quarto mês 37 (71,2%).

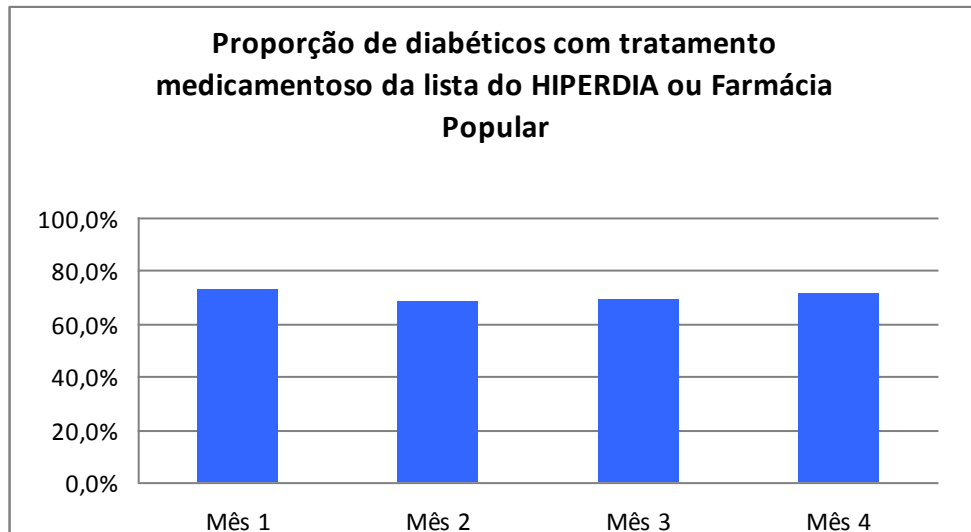


Figura 8 – Proporção de diabéticos com tratamento medicamentoso da lista do Hiperdia ou Farmácia Popular.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2013.

Os usuários hipertensos que fazem uso de medicamentos da farmácia popular no primeiro mês representaram 32 (59,3%), no segundo mês 47 (68,1%), no terceiro no mês 65 (74,7%) e no quarto mês 70 (75,3%).

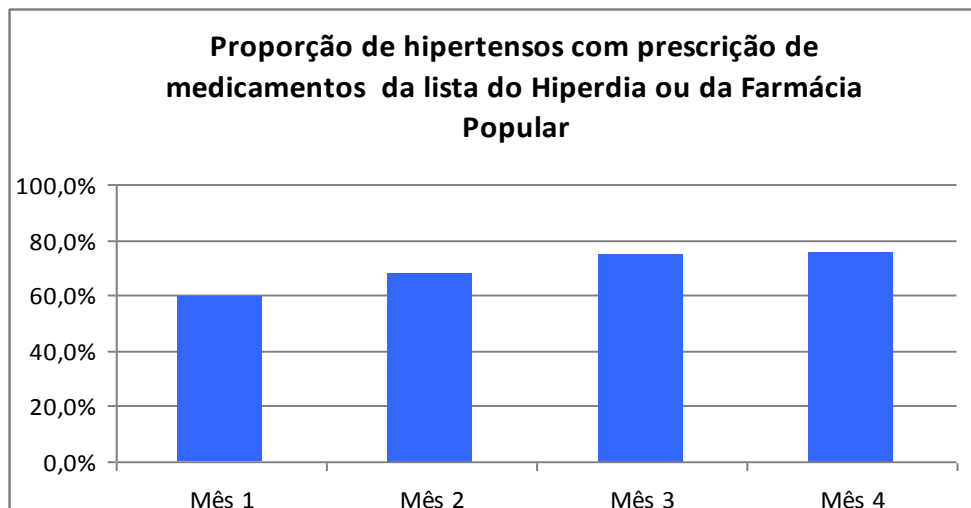


Figura 9 – Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2013.

Nos gráficos acima observamos que não foi alcançada a meta de garantir tratamento medicamentoso para 100% dos pacientes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Podemos considerar que a dificuldade de obter os medicamentos da lista do hiperdia ou farmácia popular pode ter contribuído para o não alcance da meta bem como aos usuários diabéticos a troca de receita para evitar a descontinuidade do tratamento. Alguns dos medicamentos prescritos aos pacientes cadastrados no programa não estavam disponíveis na farmácia da UBS, o que impactava em outros indicadores da qualidade da atenção prestada aos pacientes crônicos. Quase a totalidade dos pacientes cadastrados no programa não contava com recursos próprios para a compra de medicamentos para controlar a hipertensão e a diabetes contavam exclusivamente com os medicamentos entregues pela Farmácia popular/hiperdia o que não acontecia mensalmente.

Observamos essa realidade nos gráficos abaixo onde fica evidente que nem todos os medicamentos prescritos aos pacientes cadastrados estão disponíveis na lista do Hiperdia. Dos usuários diabéticos percebe-se que mais da metade consegue todos os medicamentos da lista, chegando a 67,3%.

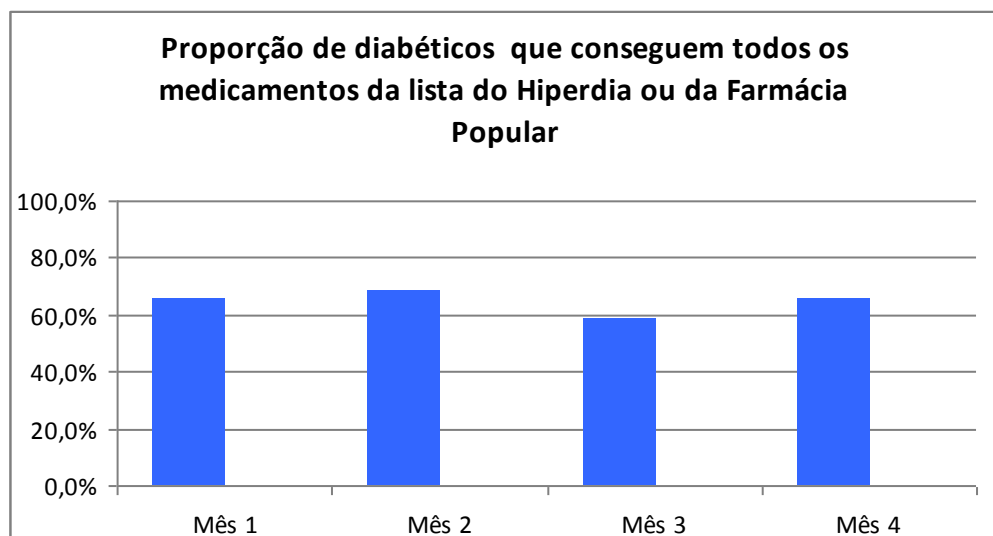


Figura 10 – Proporção de Diabéticos que conseguem todos os medicamentos da lista do hiperdia.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2013.

Já com os usuários hipertensos observa-se uma elevação no percentual de pacientes que conseguem todos os medicamentos na lista do Hiperdia/Farmácia Popular, com um total de 76,3%.

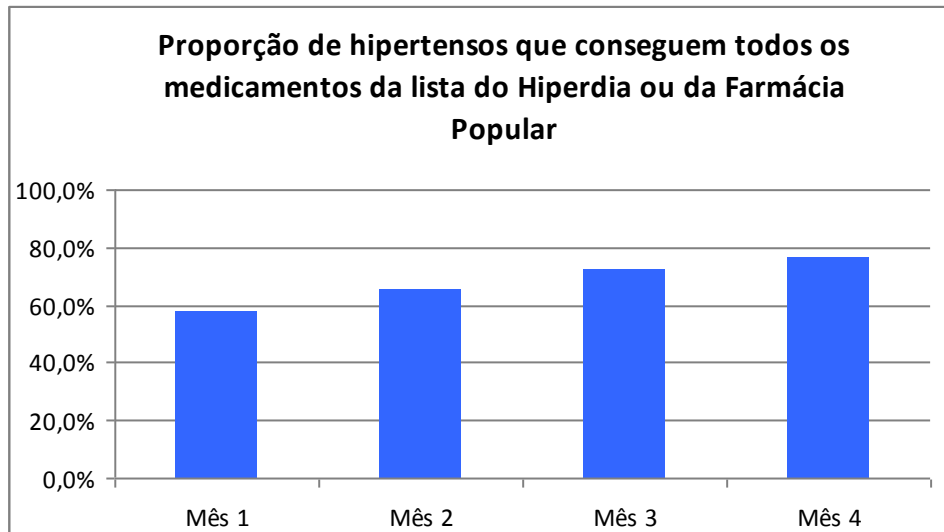


Figura 11 – Proporção de hipertensos que conseguem todos os medicamentos da lista do Hiperdia.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2013.

Observamos nestes gráficos que 25% a 30% dos usuários não tem acesso aos medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular, os principais fatores envolvem políticas públicas, readequação do setor farmacêutico, redistribuição e reordenação deste serviço, gestão municipal e troca de poderes os quais poderão interferir na disponibilidade de medicamentos para essa população.

A oferta contínua dos medicamentos cadastrados pelo Ministério da Saúde é um dos objetivos do Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. O fornecimento dos medicamentos aos inscritos no Programa é importante não só para o tratamento em si, mas também para a adesão do portador ao tratamento. Assim, podemos referir que o hipoglicemiante mais utilizado é a glibenclamida seguido de metformina, o anti hipertensivo hidroclorotiazida e outros como AAS 100mg e sinvastatina, confirmando o seguimento de uso e distribuição das medicações aprovadas nos manuais do Ministério da Saúde.

Consideramos que a falta dos medicamentos para distribuição de alguns deles, por vezes compromete o tratamento adequado. O processo de dispensação de medicamentos da Atenção Básica e do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão e Diabetes Mellitus (Hiperdia) ocorre de forma descentralizada em todas as Unidades de Saúde. Na farmácia da UBS estão disponíveis medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, a dispensação de medicamentos

fica sob responsabilidade de uma atendente de farmácia não capacitada. Observou-se que no município não existe uma Comissão de Farmácia e Terapêutica e que a lista de medicamentos selecionados no município não foi construída com base em dados epidemiológicos e nem sob critérios relacionados à quantificação e tipificação dos mais utilizados. O controle de estoque dos medicamentos não é efetivo favorecendo assim a má distribuição e comprometendo a dispensação para o usuário de acordo com as necessidades mensais. Observamos que em alguns meses esta dispensação não suporta a demanda esperada e que até o atual momento não houve reorganização do processo de trabalho farmacêutico.

No entanto, observamos os esforços do poder municipal para atender essa demanda. Devemos considerar que nova gestão municipal assumiu o município em estado crítico e que tem feito grandes avanços para readequação das ineficiências dentre elas o atendimento farmacêutico.

Um dado preocupante que foi levantado durante a intervenção é o fato de que muitos usuários diabéticos não tomam a medicação de acordo com a prescrição médica e aproximadamente 30% dos diabéticos não conseguem obter todos os medicamentos da lista do hiperdia.

Observamos que os diabéticos têm maior preocupação nos cuidados a saúde, pois a maioria toma a medicação corretamente consideramos o fato de que estes usuários têm “medo” das comorbidades que a patologia poderá causar prejudicando a autonomia do usuário. No entanto, durante as consultas foi observado que os usuários hipertensos não têm o mesmo nível de preocupação, pois relatam que quando está bem não veem a necessidade de fazer uso da medicação e ainda cometem alguns excessos alimentares nos fins de semana.

Enfatizamos sempre que a medicação só trará resultados positivos se aliados ao controle adequado de dosagem, horários adequados, adequação de dieta alimentar e atividade física.

**Meta** - Identificar e acompanhar 100% de hipertensos e diabéticos descompensados de acordo com o protocolo adotado.

**Indicador** - Proporção de diabéticos com a glicemia descompensada.

Os usuários diabéticos compensados no primeiro mês representaram 15 (51,7), no segundo mês 26 (68,4%), no terceiro mês 28 (58,3%) e no quarto mês 31 (59,6%).

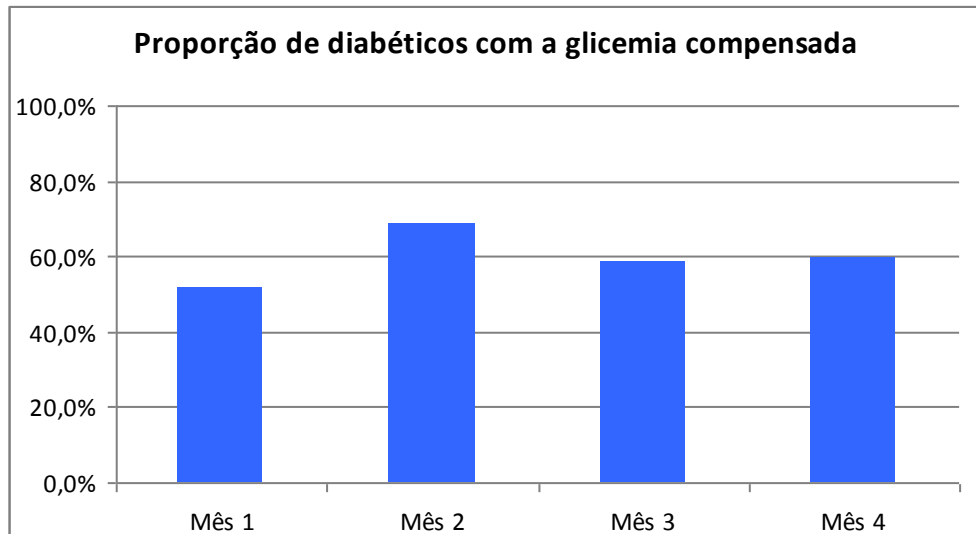


Figura 12 – Proporção de diabéticos com glicemia compensada.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2013.

**Indicador** - Proporção de hipertensos com a pressão arterial descompensada.

Os usuários hipertensos no primeiro mês representaram 41 (75,9%), no segundo mês 54 (78,3%), no terceiro mês 69 (79,3%) e no quarto mês 71 (76,3%).

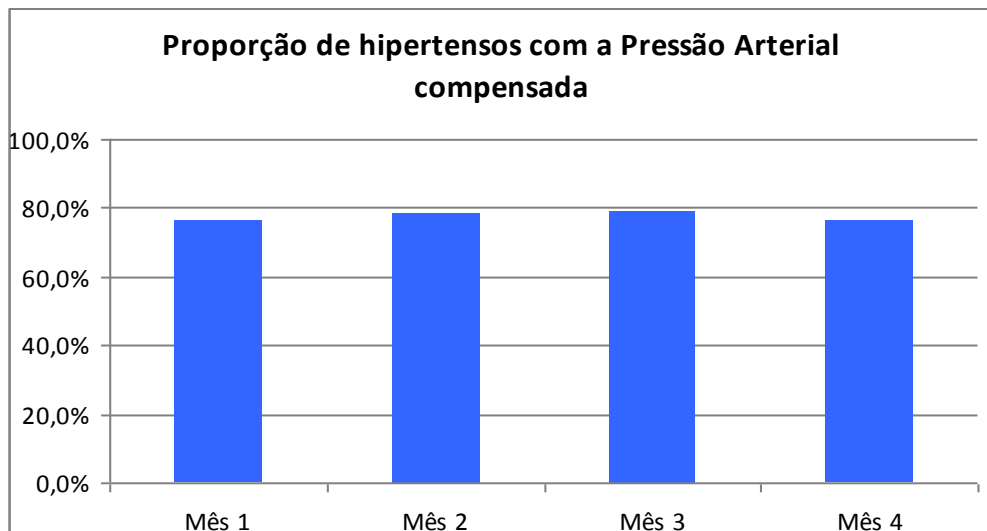


Figura 13 – Proporção de Hipertensos com a pressão arterial compensada.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2013.

Observamos que o número de usuários com glicemia compensada foi crescente no segundo mês, porém, no terceiro e quarto mês teve uma leve queda, no entanto, devemos considerar a proporcionalidade do número de usuários que compareceram nos meses anteriores foi menor em relação ao último mês. Os

usuários com pressão arterial compensada manteve-se estável nos quatro meses da intervenção.

Podemos inferir que a proporção de usuários compensados não foi a desejada já que esperávamos que 100% dos diabéticos estivessem compensados, mas atingimos a meta proposta de identificar e acompanhar todos os pacientes compensados e descompensados, aproximadamente 40% dos diabéticos cadastrados e 24% dos hipertensos cadastrados estão descompensados no último mês de intervenção e todos foram acompanhados pela equipe de saúde. Acredita-se que o fato de estarem descompensados se deve a não adesão ao tratamento medicamentoso, dosagem inadequada (não seguem a risca a prescrição e/ou por falta de orientação adequada por parte dos profissionais de saúde), alguns usuários intercalam tratamento medicamentoso com fitoterapia (chá caseiro) outros não fazem controle alimentar e atividade física e não consideram relevante o cuidado com a saúde (tem outras prioridades). Também ficou evidente durante a intervenção a falta de confiança dos pacientes nos profissionais de saúde, não existe vínculo.

**Meta** - Encaminhar para consulta especializada 100% dos hipertensos e/ou diabéticos que apresentarem essa necessidade.

**Indicador** - Proporção de diabéticos e hipertensos encaminhados para consulta na rede especializada.

Os usuários diabéticos que necessitaram e receberam encaminhamento para a rede especializada respectivamente foram 2, 4, 6 e 3 e os usuários hipertensos foram respectivamente 5, 6, 8 e 4 durante os quatro meses da intervenção. Apesar do baixo número de usuários encaminhados para as consultas especializadas todos receberam encaminhamento. Podemos enfatizar que estes encaminhamentos foram para nutricionista, psicóloga, ortopedista e fisioterapeuta. Destacamos que na gestão anterior o número de especialistas no município era irrisório, não era muito comum o médico realizar estes encaminhamentos, no entanto, com a nova gestão apesar dos esforços em ampliar a rede de especializações, ainda falta orientação para a melhoria do processo de trabalho para esses encaminhamentos e também o fato dos usuários desconhecerem que já existiam algumas especialidades no município, mas sempre que possível, realizávamos essas orientações e assim quando os usuários necessitavam e/ou solicitavam os mesmos recebiam este encaminhamento do médico da equipe.

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

**Meta** - Manter atualizada a ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS.

**Indicador** - Proporção de diabéticos e hipertensos que estão com a ficha de acompanhamento atualizada.

Os usuários diabéticos que estavam com a ficha de acompanhamento atualizada no primeiro mês representaram 4 (13,8%), no segundo mês 13 (34,2%), no terceiro mês 23 (47,9%) e no quarto mês 31 (59,6%).

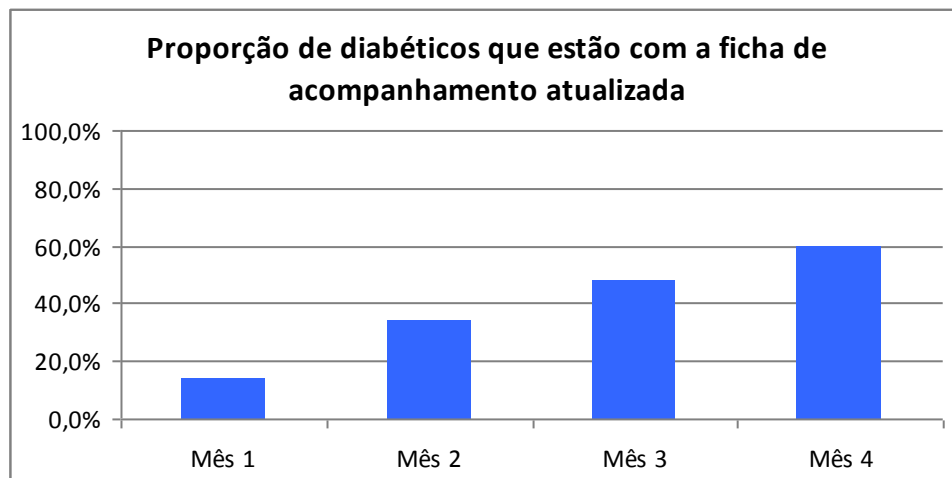


Figura 14 – Proporção de diabéticos que estão com a ficha de acompanhamento atualizada.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2013.

Os usuários hipertensos no primeiro mês representaram 10 (18,5%), no segundo mês 35 (50,7%), no terceiro mês 57 (65,5%) e no quarto mês 66 (71,0%).

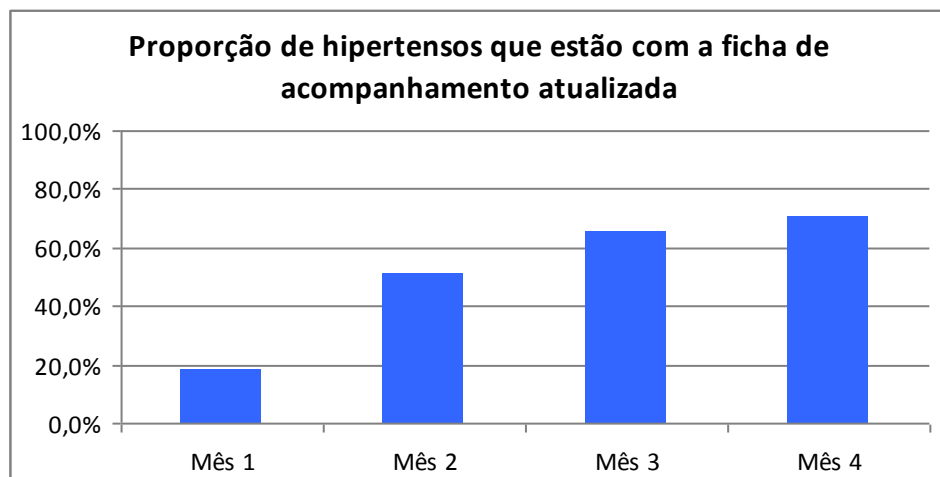




Figura 15 – Proporção de hipertensos que estão com a ficha de acompanhamento atualizada.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2013.

Percebemos nos gráficos acima que o número de usuários com as fichas de acompanhamento atualizadas foi crescente mês a mês visto que estas fichas foram implantadas no final do último ano e não havia a atualização diária por parte dos que dela faziam uso.

No entanto, a especializanda tratou de atualizar o maior número de fichas visto que facilitaria a visualização dos dados de maneira mais eficiente e eficaz. Foram realizadas capacitações para os profissionais de saúde no decorrer da intervenção com objetivo de reforçar a importância do registro na ficha de acompanhamento e de mantê-la atualizada com as informações da consulta.

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

**Meta** - Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS periodicamente (pelo menos uma vez ao ano).

**Indicador** - Proporção de diabéticos e hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Os usuários diabéticos estratificados no primeiro mês representaram 1 (3,4%), no segundo mês 3 (7,9%), no terceiro mês 4 (8,3%) e no quarto mês 5 (9,6%).

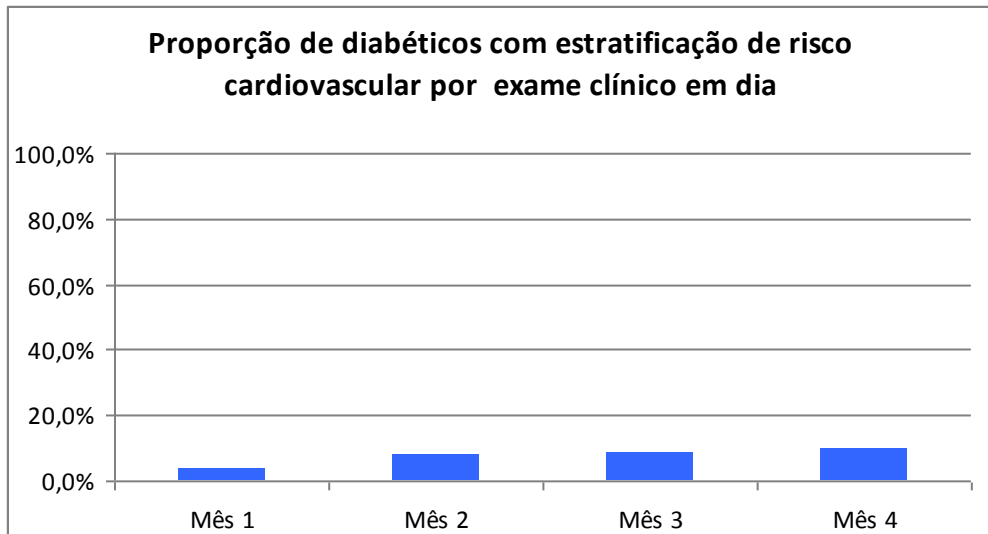


Figura 16 – Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2013.

Os usuários hipertensos estratificados no primeiro mês representaram 2 (3,7%), já no segundo mês foram estratificados 4 pacientes (5,8%), permanecendo esse número de 4 pacientes estratificados no terceiro e quarto mês.

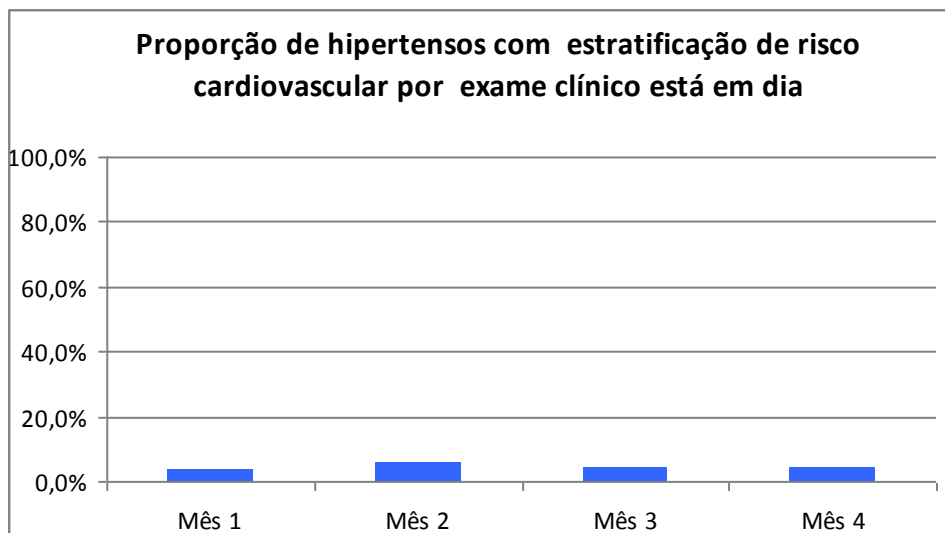


Figura 17 – Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2013.

Considerando os resultados apresentados nos gráficos acima devido ao baixo número de usuários que apresentaram os exames completos para que

podéssemos aplicar a tabela para o Escore de risco de Framingham o fator de risco classificado como médio é o que apresenta maior número representando 3 usuários, o risco classificado como alto representa 2 usuários visto que estes foram os que nos apresentaram resultados laboratoriais completos.

É importante ressaltar que a classificação de risco não contempla o total de cadastros no município, porque não são realizadas análises das frações de colesterol pelo laboratório central devido à constante falta de reagente, impossibilitando assim a aplicação do Escore de risco de Framingham.

No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 65% do total de óbitos na faixa etária de 30 a 69 anos (BRASIL, 2010). Entre as doenças cardiovasculares o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular encefálico (AVE) são as mais prevalentes. O diabetes e a hipertensão não controlada constituem o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares, cuja primeira causa de morte é o Acidente Vascular Encefálico.

**Meta** - Acompanhar 100% dos pacientes de alto risco.

**Indicador** - Proporção de diabéticos e hipertensos de alto risco acompanhados pela equipe da UBS.

Todos os pacientes de alto risco identificados durante a intervenção foram acompanhados pela equipe de saúde da UBS. Os dois pacientes diabéticos identificados como de alto risco foram avaliados quanto ao comprometimento de órgãos alvo e foram acompanhados no decorrer dos 4 meses de intervenção para compensação da glicemia.

Os pacientes hipertensos identificados como de alto risco acompanhados pela equipe realizaram avaliação do comprometimento de órgãos alvo, no entanto, os dois hipertensos de alto risco apresentaram-se descompensados ao final da intervenção. Entre as ações realizadas para acompanhar os pacientes hipertensos e diabéticos de alto risco a mais efetiva foi às visitas domiciliares realizada pela especializanda juntamente com os ACS da micro área, pois era possível identificar a real situação de moradia e condições socioeconômicas dos pacientes.

**Meta** - Avaliar o comprometimento de órgãos alvo em 100% dos hipertensos e diabéticos de alto risco.

**Indicador** - Proporção de diabéticos e hipertensos de alto risco com avaliação de comprometimento de órgãos alvo.

Nenhum usuário diabético foi identificado como de alto risco no primeiro mês, no segundo mês foram identificados 1 usuário de alto risco sendo realizado a avaliação de comprometimento de órgãos alvo (100%), no terceiro mês continuamos como o mesmo diabético de alto risco identificado e no quarto mês foi identificado mais um paciente, chegamos ao número de 2 diabéticos de alto risco com avaliação de comprometimento de órgãos alvo (100%).

No primeiro mês identificamos um paciente hipertenso de alto risco, sendo avaliado quanto ao comprometimento de órgãos alvo, no segundo mês identificamos mais um pacientes de alto risco, sendo que os dois foram avaliados quanto ao comprometimento de órgãos alvo (100%), no terceiro e quarto mês continuou com os mesmos dois pacientes avaliados (100,0%).

Nestes resultados, consideramos o número de diabéticos e hipertensos de alto risco acompanhados na UBS mensalmente, sendo que os dois usuários diabéticos de alto risco identificados também têm hipertensão associada. Conseguimos atingir a meta de realizar a avaliação de comprometimento de órgão alvo em 100% dos pacientes de alto risco, porém, encontramos dificuldades para identificar os pacientes de alto risco, já que a estratificação do risco cardiovascular não foi realizada na totalidade dos pacientes cadastrados no programa mas os que foram identificados como de alto risco foram avaliados.

Devemos considerar que a coexistência de HAS e Diabetes acarretam um incremento no risco de eventos cardiovasculares contribuindo assim com maior morbidade e mortalidade. Assim, considera-se que esta associação causa maior comprometimento de órgãos-alvos, como olhos, rins, coração, sistema nervoso e vasos sanguíneos, acarretando complicações como coronariopatia (ICO), acidente vascular encefálico (AVE), vasculopatias periféricas e nefropatias, as quais são responsáveis pela morbidade e mortalidade na HAS.

Para tanto, o controle pressórico adequado e da glicemia, levam em consideração a propedêutica clínica e complementar com avaliação de exames laboratoriais e de imagens. A não identificação dessas lesões em órgãos-alvo pode ter um grande impacto sobre a sobrevida, com elevados custos social como afastamento de atividades de trabalho e limitações físicas.

Assim, faz relevante a programação de esforços contínuos para a promoção de maior controle dos níveis tensionais e de glicemia da população através de terapêuticas não farmacológicas e farmacológicas juntamente aos profissionais de saúde envolvidos nos cuidados ao usuário da referida UBS, especialmente a enfermeira responsável pela equipe.

### **Objetivo 6 – Promoção da Saúde.**

**Meta** - Garantir consulta com dentista a 60% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

**Indicador** - Proporção de diabéticos e hipertensos com consulta periódica com dentista em dia.

Os usuários diabéticos que consultaram com dentista no primeiro mês representaram 0 (0%), já no segundo mês foram identificados 2 pacientes que consultaram com dentista (5,3%), no terceiro mês 1 (2,1%) e no quarto mês 6 (11,5%).

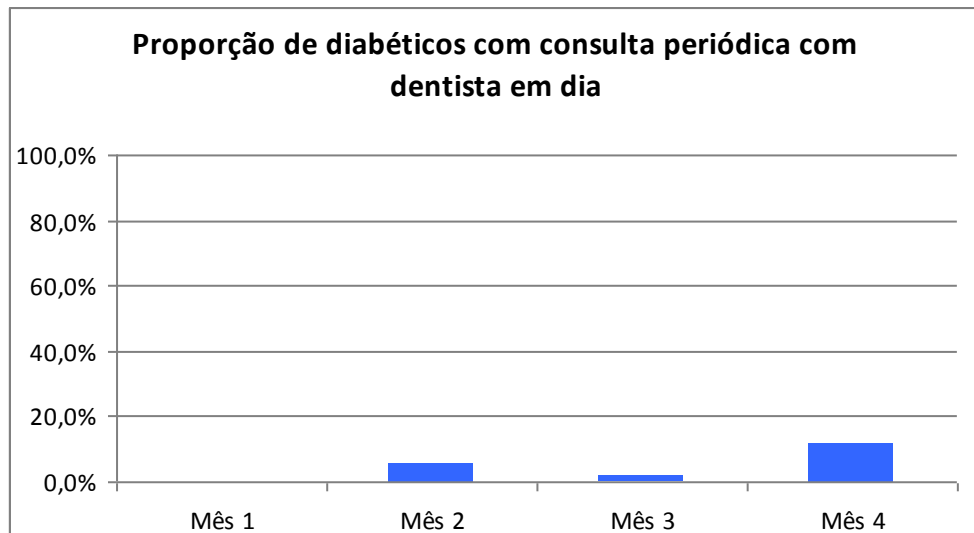


Figura 18 – Proporção de diabéticos com consulta periódica com dentista.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2013.

Os usuários hipertensos que consultaram com dentista no primeiro mês representaram 5 (9,3%), no segundo mês 6 (8,7%), no terceiro mês 8 (9,25%) e no quarto mês 8 (8,6%).

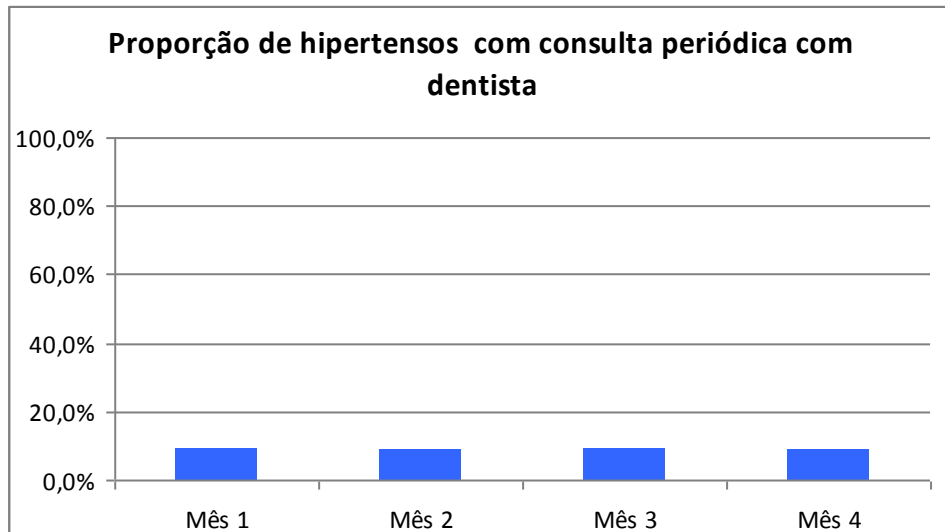


Figura 19 – Proporção de hipertensos com consulta periódica com dentista.  
Fonte: Planilha de coleta de dados, 2013.

Em análise aos gráficos acima percebemos a baixa adesão dos usuários as consultas odontológicas e como se percebe no gráfico dos usuários diabéticos não houve consulta com dentista no primeiro mês.

Cabe salientar que nesta meta não foi possível a intervenção, podemos inferir que não tínhamos governabilidade para intervir visto que a enfermeira e a dentista da equipe não aceitaram e não concordaram com a importância da intervenção.

Um dos entraves que consideramos para essa ausência é a falta de organização do processo de trabalho em acordo com os preceitos estabelecidos pelo Ministério da Saúde para a Atenção Básica,

Assim, podemos relatar como fatores para a baixa procura pelos serviços o baixo grau de confiança dos usuários com o serviço de saúde ofertado, a dificuldade de agendamento devido à demanda aumentada em outros grupos ou influencia cultural, sendo que para essa população além dos fatores citados acima, ir ao dentista não é uma prioridade muito menos sinônimo de prevenção de doenças.

Com isso, podemos sugerir como ações de promoção de saúde a necessidade de se realizar paralelo aos atendimentos direcionados ao Programa, acompanhamento adequado com ênfase na higiene bucal dos usuários. A saúde bucal é um dos componentes que reflete diretamente na qualidade de vida e hábitos

saudáveis sendo que a incorporação dessas ações possibilita uma melhoria do atendimento e manutenção da saúde desses usuários.

**Meta** - Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos acompanhados.

**Indicador** - Proporção de diabéticos e hipertensos acompanhados que receberam orientação nutricional.

Todos os usuários diabéticos e hipertensos acompanhados durante os 4 meses de intervenção receberam orientação nutricional. Estas informações foram repassadas nas consultas de enfermagem, nas palestras de educação em saúde e nos encontros em grupos enfocando sempre a importância da alimentação saudável, sem excessos, principalmente controlando excesso de sal, açúcar e gorduras.

O que nos chamou a atenção nesse indicador foi o fato de alguns usuários apesar dos relatos dos mesmos em estarem percebendo a importância do controle alimentar e da melhora em sua saúde alguns ainda cometem excessos nos fins de semana, no entanto, quando comparecem para a consulta se mostram interessados em adotar hábitos alimentares saudáveis.

**Meta** - Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos acompanhados.

**Indicador** - Proporção de diabéticos e hipertensos acompanhados que receberam orientação sobre atividade física regular.

Todos os usuários diabéticos e hipertensos acompanhados receberam orientação sobre a prática regular de atividade física e sempre enfatizamos nas consultas de enfermagem, nas palestras de educação em saúde e nos encontros de grupo a importância destas atividades para o bem estar e melhoria de sua condição de saúde aliados as necessidades e capacidades de acordo com as particularidades de cada usuário.

Um dos fatores que observamos durante a intervenção foi à mudança de postura da maioria destes usuários por diversas vezes os encontramos caminhando, alguns andando de bicicleta e todos nos deixavam claro de que perceberam o quanto a mudança de hábitos faz bem a sua saúde.

**Meta** - Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes que fumam.

**Indicador** - Proporção de diabéticos e hipertensos que fumam e receberam orientação sobre riscos do tabagismo.

Todos os usuários diabéticos e hipertensos acompanhados no programa receberam orientação sobre risco de tabagismo nas consultas individuais realizadas. Para o alcance desta meta as ações mais efetivas foram às consultas individuais, as palestras de educação em saúde com explanações sobre o tema e nos encontros de grupo semanais. Sempre enfatizando os malefícios do vício constituindo em uma das principais ameaças à saúde. O hábito de fumar causa inúmeras condições crônicas incluindo cardiopatia, derrame, câncer e problemas respiratórios crônicos e também está associado à morte prematura e incapacidade.

Encontramos em nosso grupo de usuários diabéticos e hipertensos apenas dois usuários fumantes um do sexo masculino e um do sexo feminino, fumante crônica. No entanto, cabe nos salientar que após muitas tentativas e conversas conseguimos êxito com a usuária fumante crônica, apesar da mesma não admitir percebemos que havia reduzido o número de cigarros fumados durante o dia. O que consideramos uma grande vitória, porque percebemos que aquela “tosse de fumante” havia diminuído quase na totalidade e a usuária estava fazendo uso com maior frequência da bicicleta para locomover-se.

### **Objetivo 7 – Realizar ações de promoção à saúde e prevenção de doenças nas famílias dos hipertensos e/ou diabéticos.**

**Meta** - Orientar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados sobre a cobertura vacinal de todos os indivíduos de sua família.

**Indicador** - Proporção de diabéticos e hipertensos acompanhados que receberam orientação sobre cobertura vacinal para os familiares.

Todos os usuários diabéticos e hipertensos cadastrados receberam orientação sobre cobertura vacinal para os familiares durante as consultas individuais, sala de espera e encontros com o grupo. Neste indicador podemos observar que a maioria dos usuários sabe da importância da atualização da carteira vacinal e preza pelos cuidados a saúde de seus familiares. Um dos fatores que colabora para a carteira vacinal dos familiares estar sempre atualizada é que a



maioria deles participa do programa Bolsa família sendo a Carteira vacinal em dia um dos requisitos para que façam jus ao benefício.

**Meta** - Orientar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados sobre o Programa de prevenção do câncer de colo uterino e de mama de todas as mulheres de sua família.

**Indicador** - Proporção de diabéticos e hipertensos acompanhados que receberam orientação sobre prevenção de CA de colo e CA de mama para os familiares.

Foram realizadas orientações a todos os usuários diabéticos e hipertensos sobre prevenção de CA de colo e CA de mama para os familiares durante as consultas, educação em saúde e encontros com o grupo. Neste indicador podemos observar que a maioria dos usuários sabe da importância destas orientações e preza pelos cuidados a saúde de seus familiares.

Um dos fatores que colabora para as mulheres manterem seus exames de PCCUM em dia é o fato de que a maioria deles participa do programa Bolsa família, sendo a realização do exame de PCCUM um dos requisitos exigidos para que façam jus ao benefício.

**Meta** - Orientar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados sobre Programa de atendimento de puericultura das crianças de sua família.

**Indicador** - Proporção de diabéticos e hipertensos acompanhados que receberam orientação sobre o programa de puericultura para os familiares.

Foram realizadas orientações a todos os usuários diabéticos e hipertensos sobre o programa de puericultura para os familiares durante as consultas, educação em saúde e encontros com o grupo. Neste indicador a orientação ocorre para que sejam repassadas as informações aos familiares com crianças menores de 05 anos e a importância das consultas conforme preconizada pelos manuais do Ministério da Saúde.

**Meta** - Orientar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados sobre a situação do atendimento dos demais adultos hipertensos e/ou diabéticos de sua família.

**Indicador** - Proporção de diabéticos e hipertensos acompanhados que receberam orientação sobre HAS/DIA para os familiares.

Todos os usuários diabéticos e hipertensos receberam orientações sobre HAS/DIA para os familiares nas consultas de enfermagem, educação em saúde e encontros de grupos. Tendo como enfoque principal as comorbidades que tais patologias poderão causar bem como orientações sobre alimentação saudável, atividade física e conhecimento acerca destas patologias. Orientando-os sempre sobre os direitos dos usuários acerca da boa prestação de serviços de saúde, consulta medica humanizada e a funcionalidade dos serviços de saúde em sua integralidade.

Ressaltamos a importância de repassar os cuidados e informações aos demais membros da família para que a continuidade e manutenção dos cuidados sejam corroborados pelos familiares bem como a prevenção de possíveis males a saúde de todos.

**Meta** - Orientar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados sobre o atendimento programático aos idosos de sua família.

**Indicador** - Proporção de diabéticos e hipertensos acompanhados que receberam orientação sobre o programa de acompanhamento dos idosos para os familiares.

Todos os usuários receberam orientações sobre o programa de acompanhamento dos idosos para os familiares. Assim, para a efetividade e eficácia da prevenção faz-se necessário que estes usuários sejam informados sobre as condições crônicas com suas complicações que poderão surgir bem como sobre estratégias de prevenção. Promovendo então mudanças de comportamentos para manter estilo de vida saudável e/ou conhecimentos para auto gerenciar as condições crônicas e sua autonomia.

**Meta** - Orientar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados sobre os hábitos alimentares saudáveis para todos os membros da família.

**Indicador** - Proporção de diabéticos e hipertensos acompanhados que receberam orientação sobre os hábitos alimentares saudáveis para os familiares.

Todos os usuários diabéticos e hipertensos receberam orientação sobre os hábitos alimentares saudáveis para os familiares. Cabe salientar que a manutenção de hábitos alimentares saudáveis contribui para a manutenção da saúde. Aliando assim a contribuição ao tratamento do usuário hipertenso ou diabético.

**Meta** - Orientar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados sobre prática de atividade física regular para os todos os membros da família .

**Indicador** - Proporção de diabéticos e hipertensos acompanhados que receberam orientação sobre a prática de atividade física para os familiares.

Todos os usuários diabéticos e hipertensos receberam orientação sobre a prática de atividade física para os familiares. Cabe salientar que a pratica de atividade física contribui para a manutenção da saúde. Aliando assim a contribuição ao tratamento do usuário hipertenso ou diabético.

**Meta** - Realizar avaliação de risco e vulnerabilidade nas famílias de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados.

**Indicador** - Proporção de diabéticos e hipertensos acompanhados que a situação de risco e vulnerabilidade da família foi avaliada.

No decorrer da intervenção, as famílias dos usuários diabéticos foram avaliadas quanto à situação de risco e vulnerabilidade, no primeiro mês nenhuma avaliação foi realizada, no segundo mês foram realizadas 12 avaliações das famílias (31,6%), no terceiro mês 31 (64,6%) e no quarto mês 35 (67,3%).

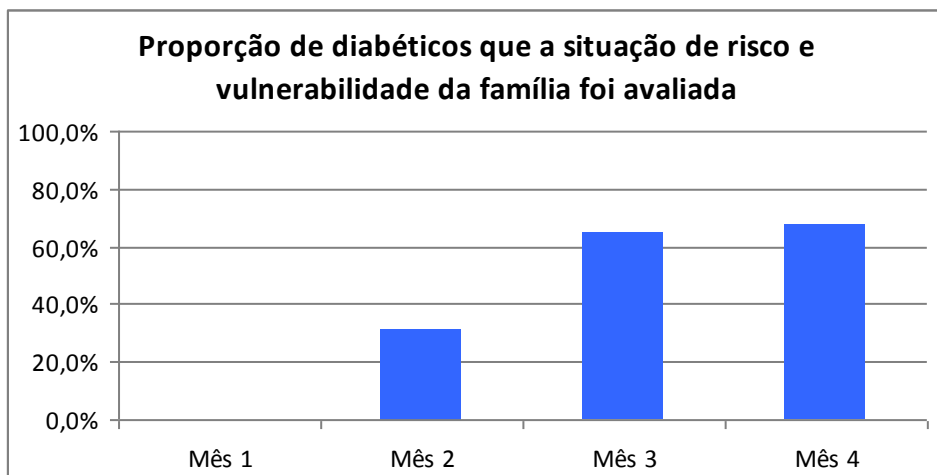


Figura 20 – Proporção de diabéticos acompanhados que a situação de risco e vulnerabilidade da família foi avaliada.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2013.

As famílias dos usuários hipertensos foram avaliadas quanto à situação de risco e vulnerabilidade, no primeiro mês nenhuma família foi avaliada, a partir do

segundo mês começamos a realizar as avaliações, sendo no segundo mês 42 (60,9%), no terceiro mês 47 (54%) e no quarto mês 52 (55,9%).

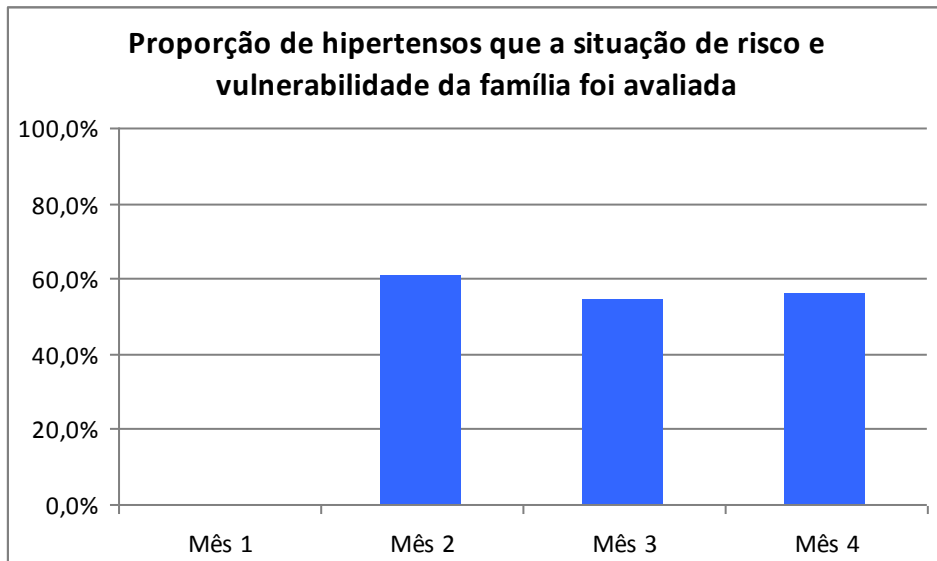


Figura 21 – Proporção de hipertensos acompanhados que a situação de risco e vulnerabilidade da família foi avaliada.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2013.

Nos gráficos acima podemos perceber que a situação de risco e vulnerabilidade das famílias foi avaliada, no entanto, no primeiro mês esta ação não ocorreu, porém, nos meses subsequentes até o último mês avaliamos 87 famílias de usuários hipertensos e diabéticos, foram analisadas as sentinelas estabelecidas na Ficha A do SIAB e escore de pontuação de risco estabelecido na Escala de Coelho.

Cabe salientar que esta escala foi aplicada pela especializanda em momentos oportunos como as visitas familiares ou as consultas de enfermagem visto que não tivemos o apoio dos ACS e da enfermeira responsável pela equipe para realizarmos tal ação.

Assim, após aplicação da Escala podemos inferir que das 87 famílias avaliadas, 08 delas foram classificadas como R3 (escore maior que 9) e as demais foram classificadas como R2. Como justificativa para a maioria das famílias se enquadrarem na classificação R2 podemos considerar o fato de que no município não existe saneamento básico e a relação morador/cômodo ser maior que 1 o que pode ter contribuído para estes números.

Podemos ainda salientar que ao analisarmos os prontuários destas famílias e dos usuários, percebemos o alto índice de verminoses e dentre as mais comuns foram identificados e em maior número: *E. nana*, *Ascaris lumbricoides*, *E. coli*, *Trichuris trichiura*, *Giárdia lamblia*, *Taenia solium* e *Taenia saginata*, dentre outros, corroborando assim com a inexistência de saneamento básico no município e ao déficit de educação em saúde relacionadas a higiene e limpeza.

#### **4.2 Discussão**

Na presente intervenção consideramos importante avaliar os indicadores para conseqüente melhoria da qualidade de vida da população através da reorganização da Rede Básica dos Serviços de Saúde do SUS seguindo as diretrizes do Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus cuja estratégia visa aumentar a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e o controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus (BRASIL, 2002).

Assim, a intervenção promoveu a organização do Programa Hiperdia na UBS com estabelecimento do monitoramento das ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde, maior interação e atenção aos usuários diabéticos e hipertensos bem como a ampliação dos saberes e direitos destes usuários. Foi possível demonstrar a importância do atendimento humanizado e desenvolver a melhoria do acolhimento aos usuários visto que muitos deles não se sentiam a vontade para comparecer na UBS.

A intervenção teve como um dos seus propósitos a capacitação dos profissionais de acordo com os manuais recomendados pelo Ministério da Saúde, porém, ainda que os profissionais de nível superior não participassem destas capacitações foram-lhes apresentados estes cadernos e exposto pela especializanda a importância da leitura dos mesmos, no entanto, foi observado que estes profissionais não se esmeraram e não deram a devida importância a tal ação. As atitudes de alguns profissionais que permanecem nesta equipe não mudaram no decorrer da intervenção, mas espera-se que a população remeta aos gestores a necessidade de mudanças nos papéis e responsabilidades dos profissionais de saúde já que a intervenção proporcionou aos usuários que experimentassem um trabalho organizado e planejado para melhor atendê-lo.

Apesar de a UBS contar com a ação programática mensal do Hiperdia antes da intervenção a ação era centrada na conduta médica e entrega de medicação. A intervenção propiciou novos saberes para os profissionais de saúde em relação a esse grupo de usuários e foi crescente o número de usuários nos quatro meses de intervenção e otimizado o atendimento da demanda mensal, bem como foi garantido aos pacientes a melhoria nas consultas clínicas de enfermagem as quais não se realizavam de maneira ampla, a cada consulta era realizado o exame físico incluindo o exame dos pés para os diabéticos, o qual era realizado apenas pela especializanda e também as orientações quanto a mudança para hábitos de vida mais saudáveis.

Para a comunidade, a intervenção propiciou a ampliação dos saberes e o conhecimento dos seus direitos à saúde. A priorização do atendimento deste grupo de usuários foi bem aceita pela comunidade visto o constante trabalho de orientação e a demonstração da importância do atendimento imediato a essa população realizado pela especializanda. O trabalho de orientação desenvolvido na sala de espera e também nos diversos eventos realizados no decorrer da intervenção foi essencial para instrumentalizar a comunidade sobre o Programa de Hipertensão e Diabetes desenvolvido na UBS.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde o primeiro momento da contratação do programa PROVAB pelo município os gestores municipais, a Secretária de saúde e a coordenadora da atenção Básica tivessem apresentado os profissionais do PROVAB como trabalhadores e não como meros estudantes visto que encontramos dificuldades em trabalhar integrados na UBS, os profissionais de saúde em alguns momentos atravancavam a intervenção e isso prejudicou a realização de ações previstas e principalmente a continuidade do projeto com esta ação programática. No entanto, com luta e persistência conseguimos atingir o principal objetivo que era proporcionar aos usuários conhecimentos sobre suas patologias e sobre seus direitos e de como o mesmo deveria ser atendido.

Diante disso, ao fim do projeto não temos como avaliar a equipe no atual momento, mas ao terminar a intervenção ficou claro que a enfermeira responsável pela equipe não iria dar seguimento ao projeto de intervenção visto que alguns usuários nos relataram que as consultas de enfermagem voltaram a ser apenas informativas e as visitas domiciliares da enfermeira para acompanhamento dos impossibilitados de comparecer a UBS não acontecem mais, apenas as ACS os

visitam. Tampouco não se dá prioridade aos usuários de alto risco e a avaliação do pé diabético não foi incorporada a rotina do serviço.

A falta de algumas informações nos registros da UBS acabou prejudicando a coleta de alguns indicadores principalmente os relacionados aos atendimentos dentários, classificação de risco e comprometimento de órgãos alvo. Porém, ainda assim, foi possível o registro de todos os indicadores preestabelecidos mesmo que não tenhamos atingido o percentual pactuado.

Se tivéssemos obtido o apoio efetivo de toda a equipe os resultados poderiam ter sido maximizados e se tanto a gestão quanto os profissionais tivessem se envolvido com o projeto poderíamos ter proporcionado a atenção integral a esses usuários. Os resultados foram obtidos apesar das dificuldades que interferiram na qualidade das intervenções realizadas, como por exemplo, a participação não colaborativa da dentista e da enfermeira responsável pela equipe, a demora na apresentação dos resultados de exames laboratoriais e a ineficiência do sistema de referência e contra-referência com o encaminhamento aos níveis de atenção mais complexos, principalmente para algumas especialidades como cardiologia, oftalmologia, cirurgia vascular e endocrinologia, que foi limitada ou ausente. O sistema de referência e contra referência no atendimento propiciaria melhora na atenção a saúde dos usuários, economia de recursos ao sistema e racionalidade no acompanhamento do usuário, no entanto, na prática os sistemas ainda não foram completamente implantados nesta UBS.

Não podemos definir próximos passos, pois conforme relato anterior o contrato com o PROVAB – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica do Ministério da Saúde foi finalizado em 20 de junho de 2013 e também fomos informados pela coordenação da Atenção Básica do município de que haverá readequação no atendimento ao Hiperdia e sendo assim não será viabilizado a incorporação do projeto, mas que de qualquer forma o mesmo valeu para fins de estudo.

Sugere-se a promoção de treinamento e capacitação para todos os profissionais de saúde da equipe assim como a necessidade de adequar a estrutura física da UBS para atendimento de grupo proporcionando materiais para realizar o atendimento aos hipertensos e diabéticos. Também é necessário repensar estratégias de transporte para deslocamento tanto para o profissional de saúde

como para a população o que facilitaria o trabalho com disponibilização de um atendimento digno e de qualidade para os usuários crônicos.

### **4.3 Relatório para os Gestores**

O projeto de intervenção foi realizado na UBS Santo Antônio no Município de Itacoatiara – AM no período de 04 de fevereiro a 31 de maio de 2013 e teve como foco principal a perspectiva de melhoria ao Programa Hiperdia, ampliação de conhecimentos dos profissionais de saúde, dos usuários e da comunidade nos cuidados a saúde.

No decorrer da intervenção podemos relatar que a integração dos usuários, família e comunidade com a UBS e os profissionais de saúde foi ampliada, promovendo assim maior autonomia para a ampliação dos saberes e cuidados a saúde.

Salientamos que a participação dos ACS foi fundamental para a intervenção com participação ativa nas ações e capacitações propostas. Também alcançamos com o trabalho desenvolvido o atendimento humanizado ao usuário com foco integralizado aos cuidados a saúde e ampliação dos saberes bem como o compartilhamento das ações e conhecimentos com os familiares e comunidade fazendo-os conhecedores de seus direitos e disseminadores dos cuidados a saúde promovendo assim uma melhor qualidade de vida.

As maiores dificuldades percebidas foram em relação à falta de estímulo e governabilidade por parte de alguns profissionais, também foi levantado à distância de algumas micro áreas em relação à área adstrita e a falta de material de trabalho adequado.

Como sugestão para a melhoria do processo de trabalho sugerimos a disponibilidade de material impresso da Carta dos Direitos dos Usuários nas UBS, a ampliação no número de capacitações a todos os profissionais principalmente em relação a humanização visto que a Atenção Primária a Saúde é a porta de entrada dos serviços Básicos de Saúde, a continuidade da educação em saúde aos usuários, família e comunidade em menor espaço de tempo, por exemplo, semanalmente, o provimento de materiais de trabalho adequados a cada função, a



organização da distribuição de medicamentos e a ampliação dos dias de atendimento ao Hiperdia bem como a valorização profissional e a interação dos coordenadores do Hiperdia com os profissionais e usuários permanentemente.

Podemos salientar que alcançamos com louvor a maioria dos nossos propósitos pela crescente procura dos usuários mensalmente e a ampliação dos cuidados a saúde bem como a participação e atenção crescente das famílias e da comunidade e a promoção de novos desafios para alguns dos profissionais engajados com a atenção básica.

Acreditamos ter contribuído com a gestão municipal de saúde para a ampliação dos saberes dos usuários, família e comunidade e compartilhado novos olhares e novos desafios para os profissionais de saúde da UBS. Foi importantíssima a participação da Secretaria Municipal de Saúde e do setor de Almojarifado Central na colaboração para que nossas ações de saúde na comunidade tivessem êxito, colaborando com um café da manhã adequado aos propósitos alimentares da população hipertensa e diabética. Também contamos com a colaboração de todos os ACS da equipe 20 que apesar de algumas dificuldades e atribuições foram especialmente dedicados a esta especializanda, bem como o médico da equipe que nos apoiou de forma incondicional.

A Senhora Secretária de Saúde e ao Sub Secretário de Saúde Municipal (Gestão 2013) nosso estimado obrigado pelo apoio e consideração.

#### **4.4 Relatório para a Comunidade**

O projeto de intervenção foi realizado na UBS Santo Antônio no Município de Itacoatiara – AM no período de 04 de fevereiro a 31 de maio de 2013 e teve como foco principal a perspectiva de melhoria ao Programa Hiperdia no atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos o qual é realizado semanalmente na UBS bem como a ampliação dos conhecimentos a respeito destas patologias e a interação dos familiares e comunidade nos cuidados a saúde com qualidade e eficiência.

No decorrer da intervenção podemos relatar a integração da especializanda com os usuários, familiares e comunidade por meio das visitas domiciliares realizadas também durante as consultas de enfermagem, nos grupos semanais na UBS, na sala de espera e nos encontros realizados na comunidade. Foi possível promover um elo integrado das ações desenvolvidas e a ampliação do

conhecimento de todos os envolvidos. As visitas domiciliares da especializanda proporcionaram um contato mais humanizado aos usuários que não tem condições de comparecer a UBS propiciando assim os cuidados a saúde de forma integralizada. A participação dos usuários, familiares e comunidade foram primordiais, pois as palestras, as rodas de conversa e encontros relacionados à hipertensão e diabetes ampliaram a gama de conhecimentos para os cuidados e prevenção destas patologias.

Também promovemos com todos os envolvidos o acesso e o conhecimento da cartilha dos Direitos dos Usuários bem como esclarecimentos de dúvidas em relação ao atendimento humanizado e o acolhimento. Foi também realizado capacitações dos ACS para melhor interação e atenção com a comunidade. Acreditamos também ter contribuído para uma maior interação entre os profissionais de nível superior com os usuários e a comunidade. Os usuários cadastrados no Programa Hiperdia passaram a ter prioridade no atendimento da UBS e foram organizados os registros das informações de saúde dos hipertensos e diabéticos.

Podemos salientar que alcançamos com louvor a maioria dos nossos propósitos pela crescente procura dos usuários mensalmente e a ampliação dos cuidados a saúde, bem como a participação e atenção crescente das famílias e da comunidade.

Salientamos ainda que as ações desenvolvidas no projeto de intervenção foram esclarecidas para os gestores municipais e para os profissionais de saúde envolvidos e que foram sugeridas para que fosse incorporada a rotina de serviço, cabendo aos usuários, familiares e comunidade fiscalizar, fazer valer seus direitos buscando sempre a ampliação dos serviços prestados pela UBS bem como pela Secretaria municipal de saúde para que todos tenham uma saúde de qualidade. Importante frisar que a participação dos usuários, famílias e a comunidade em geral nas reuniões de saúde, encontros ou atividades educativas de saúde desencadearam maior estímulo a todos os envolvidos; O engajamento da gestão municipal em promover uma assistência de qualidade aos portadores de hipertensão e diabetes foi percebida durante a implementação do projeto, enfrentamos dificuldades no acompanhamento de alguns indicadores, como a realização da estratificação de risco cardiovascular de alguns pacientes pela falta de retorno com os resultados dos exames de sangue.

Para que as ações desenvolvidas sejam incorporadas e desenvolvidas pelos profissionais envolvidos na UBS caberá a todos os usuários, famílias e comunidade, exigir e acompanhar a continuidade do processo de trabalho visto que promoveu a melhoria no atendimento como a integralização dos cuidados a saúde de maneira ampla e abrangente conforme preconizado pelos Manuais de Saúde do MS, promovendo assim maior comprometimento dos envolvidos nos processos de cuidados á saúde.

## **5. Reflexão Crítica sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem**

O desenvolvimento pessoal e profissional adquirido durante o curso de Especialização em Saúde da Família – Ensino a Distância (ESF/EAD) através do Departamento de Medicina Social da UNASUS/UFPEL e do ensino prático proporcionado pelo Programa de Valorização do Profissional da atenção Básica do Ministério da saúde (PROVAB/MS) tem merecido destaque pelos especializandos no sentido de aprimoramento e capacitação atualizada dos conhecimentos relacionados aos saberes da Atenção Básica e Saúde Pública.

A teoria ministrada pela UNASUS/UFPEL aliada a Prática profissional que se desenvolveu no Município de Itacoatiara - Amazonas mais especificamente na equipe 20 do Programa de Saúde da Família/Estratégia da Saúde da Família (PSF/ESF) da Unidade Básica de Saúde (UBS) Santo Antônio, diga-se aqui, minha segunda especialização em Saúde da Família mas minha primeira experiência prática como enfermeira e em UBS/PSF no interior do estado do Amazonas, eu que sempre vivi em cidades maiores, aprendendo a conviver com as questões sociais e políticas regionais tão arraigadas pela história. Assim, faz-se pertinente abordar o quão os conhecimentos aprendidos e adquiridos contribuíram para que as experiências vividas se transformem em novos olhares, reflexões e ações integrativas.

Para tanto, levando em consideração a Portaria Interministerial Nº. 10, de 11 de Julho de 2013...

“Considerando a Portaria nº 1.996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;

Considerando que o conhecimento é entendido como um bem público, que deve circular sem restrições e ser livremente adaptado aos diferentes contextos;

Considerando que a aprendizagem de adultos deve valorizar o contexto de cada indivíduo e os problemas por ele enfrentados em sua prática profissional;

Considerando que a educação deve contemplar as diferentes formas e ritmos do processo de aprender; e

Considerando que a educação permanente é entendida como a aprendizagem no trabalho ao longo de toda vida, onde o aprender e o ensinar devem ser incorporados ao cotidiano das organizações...”.

Considera-se assim, a relevância e importância das capacitações dos profissionais de saúde na Atenção Básica e no campo de atuação diariamente e integrados aos demais profissionais de saúde e usuários da atenção Básica.

A abordagem da aprendizagem inicial foi de empolgação com expectativas de que tudo fosse possível e ao alcance, pois ao ouvir aula inaugural proferida pelo Senhor Ministro da Saúde Alexandre Padilha, me emocionei, porque a Atenção Básica fez-se perfeita aos meus ouvidos. No entanto, ao encarar a realidade percebemos a disparidade do que se fala e do que se faz. Ao iniciar os trabalhos na UBS fomos surpreendidos com a falta de apoio e informação dos atores envolvidos, bem como a falta de compreensão dos profissionais de saúde os quais não entenderam que nosso papel era o de apoiar, colaborar, servir e promover novos olhares em relação à Atenção Básica, ou seja, aguçar a vontade e o entusiasmo a novos aprendizados e novas vivências.

No decorrer da atuação teórica as ações propostas pelo curso de especialização foram realizadas com muito prazer e afincamento, pois novas perspectivas e novos conhecimentos ampliaram nossa gama de saberes, tão primordial para o nosso dia a dia profissional, considero para tanto o estudo da prática clínica e os casos clínicos interativos de extrema relevância, pois nos levam a ampliar e aprimorar ainda mais os conhecimentos por estimular a leitura e reflexão dos temas abordados.

Na atuação prática, apesar de alguns contratemplos e sem o apoio integral pudemos desenvolver as ações propostas com bastante força e determinação impulsionadas pela colaboração primorosa dos usuários, encaramos e vencemos todos os desafios propostos. O aprendizado adquirido que mais marcou a minha atuação na prática foi o contato com os usuários e sua receptividade, as visitas

domiciliares e a demonstração real de se fazerem presentes e valorizados pelos profissionais de saúde, pois bastava uma conversa amigável e afável para termos o retorno e o comprometimento esperado. Outro fato marcante foi à dedicação dos ACS os quais sempre me apoiaram e compartilhavam suas experiências e saberes nas nossas lidas diárias.

Assim, ao processo de aprendizagem vivido tanto na teoria como na prática podemos dizer que foi de extrema riqueza juntamente com as múltiplas facetas vivenciadas que foram essenciais para o aprimoramento dos saberes, pois adquirimos um saber crítico de auto-reflexão e crescimento pessoal/profissional, onde com isso pretendemos que a mudança individual deva necessariamente provocar efeito de mudança na sociedade, ou seja, transformação social onde os saberes serão validados pela transformação social.

Segundo Freire, (1970) "... que molda as suas vidas, bem como da capacidade de transformar essa mesma realidade agindo nela". A contribuição para o desenvolvimento pessoal, onde a reflexão sobre si própria, no contexto profissional, tem "previsíveis implicações ao nível do seu autoconhecimento como pessoa e como profissional." (Oliveira, 1997, p. 95). Contudo, a experiência vivida implica analisar e questionar os pressupostos, as premissas éticas, as perspectivas futuras servindo assim como referencial importante para a análise do desenvolvimento pessoal e profissional da especializanda.

## 6. Bibliografias

ALMEIDA, F. A.; D ÁVILA, R.; GUERRA, E. M. M. e cols - Tratamento **da hipertensão arterial no paciente com déficit de função renal** - Revista Brasileira de Hipertensão: 2002: 288-90.

BOTELHO, A, P.; LIMA, M. R.;OEHLING, G. A. P. - **Atividade Física Como Prevenção dos Fatores de Risco da Doença Arterial Coronariana**. In: Regenga, M. M. - Fisioterapia em cardiologia: da UTI à reabilitação. 1º ed. São Paulo: Roca, 2.000:233-38.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Coordenação de doenças cardiovasculares no Brasil – SUS: Dados epidemiológicos e assistência médica**, Brasília, 1993.

BRASIL. **A implantação da unidade de Saúde da Família**. Cadernos de Atenção Básica. Caderno 1. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabete mellitus: hipertensão arterial e diabete mellitus/** Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - Brasília: Ministério da Saúde, 2001:104p.

COELHO, Flávio Lúcio G; SAVASSI, Leonardo CM. **Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares**. Salvador. ABRASCO, 2002.

COELHO, Flávio Lúcio G. **Sujeitos de Abordagens - Casos e Ações em Saúde da Família**. In: VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Salvador, 28 de Agosto a 01 de Setembro de 2000. Anais. Salvador: ABRASCO, 2000.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**, Rio de Janeiro: Edições Paz e Terra, 1.<sup>a</sup> ed. 1970,184 p.

GAMBA, M. A. **Amputações por Diabetes Mellitus uma prática prevenível?** Acta Paul. Enf., São Paulo, v.11, n.3, p.93, **1998**.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Municípios do Amazonas. Itacoatiara**. Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acesso em 08 fev. 2013.  
KOZAK, G. P. et al. **Tratamento do pé diabético**. 2 ed. Rio de Janeiro: Copyright, 1996.

OLIVEIRA, L. **A ação-investigação e o desenvolvimento profissional dos professores: um estudo no âmbito da formação contínua**. In I. Sá-Chaves, Percursos de formação e desenvolvimento profissional. Porto: Porto Editora, 1997, 107-118.

RONDON, M. V. P. B.; BRUM, P. C. - **Exercício físico como tratamento não-farmacológico da Hipertensão Arterial**. - Revista Brasileira de Hipertensão: 2003; 10 (2): 135-37.

VILAÇA, Eugênio Mendes. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il.

**IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial** - Em pauta: Revista Brasileira de Hipertensão: 2002; 9 (4) 361-415.  
<http://portal.in.gov.br/> - **Portaria Interministerial 10/2013**

<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=123&data=15/07/2013>.





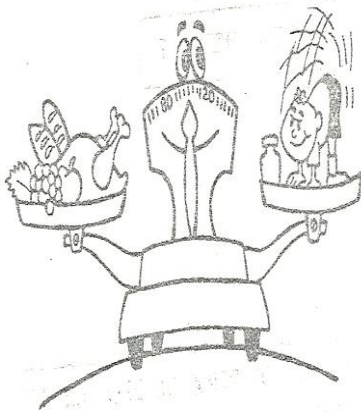






APÊNDICE

Apêndice 1 - Folder - Lado A



É COM UM BOM CONTROLE QUE  
VOCÊ PODERÁ LEVAR UMA VIDA SAU  
DÁVEL E EVITAR AS COMPLICAÇÕES.

O QUE É DIABETES ?

É uma doença crônica, familiar ca-  
racterizada pela alta taxa de açúcar no  
sangue.

Estima-se que existam 5 milhões de  
diabéticos no Brasil ou seja 1 em cada  
16 habitantes, porém metade desconhece  
o fato.

O QUE ACONTECE ?

Há uma diminuição ou ausência da  
produção de insulina pelo pâncreas. A  
insulina é o hormônio capaz de levar  
glicose para dentro da célula.

QUAIS OS TIPOS DE DIABETES ?

TIPO I ou Insulina Dependente

- Há ausência de insulina
- Cerca de 10% dos casos
- Predominante em jovens;

TIPO II ou Não Insulina Dependente

- Há diminuição da produção de insu-  
lina
- Cerca de 90% dos casos
- Predomina em adultos e obesos.

FATORES DE RISCO

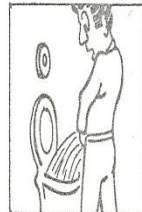
- . Hereditariedade
- . Obesidade
- . Sedentarismo
- . Stress

SINTOMAS

MUITA FOME



MUITA SEDE



URINAR MUITO

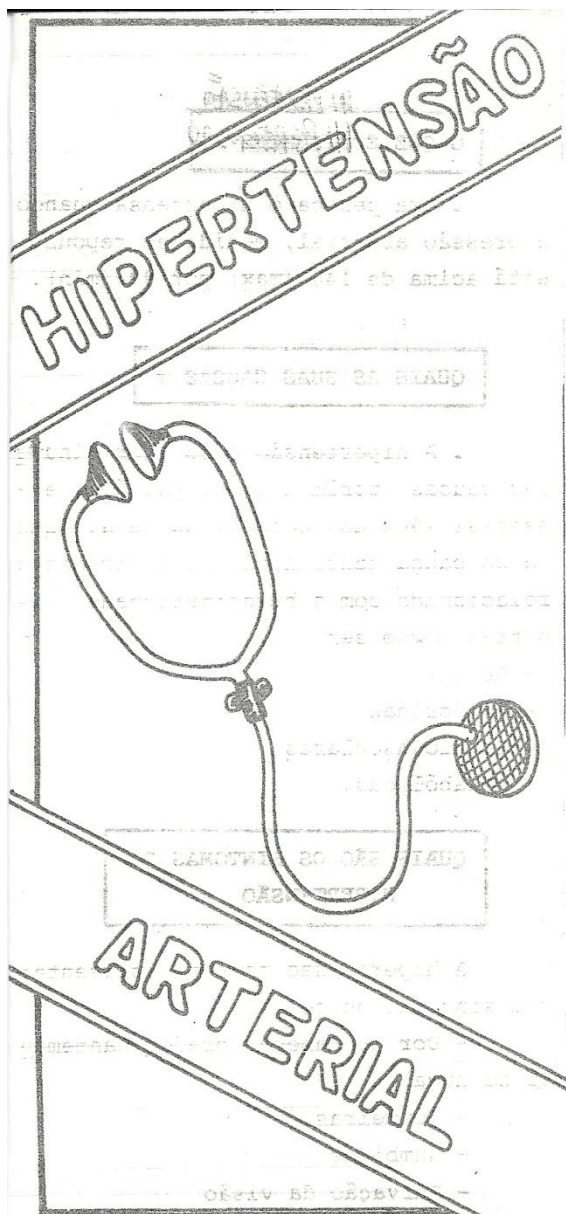


EMAGRECER



FRAQUEZA, DESÂNIMO

## Lado B



## HIPERTENSÃO

Vida  
saudável



o melhor remédio

## HIPERTENSÃO



## Fatores de Risco

## Hipertensão ou Pressão Alta

Significa pressão sanguínea elevada.

<sup>11</sup> Quando a pressão se mantém frequentemente acima de 140 por 90 mm Hg a pessoa é considerada hipertensa.

## A Hipertensão Pode Prejudicar Órgãos Nobres

<sup>12</sup> A pressão, quando não controlada, pode prejudicar o funcionamento do coração, do cérebro e dos rins.

## O Diagnóstico é Simples

<sup>13</sup> Medir a pressão é a única maneira de diagnosticar a hipertensão.

<sup>14</sup> Pessoas acima de 20 anos devem medir a pressão pelo menos uma vez por ano. Se houver pessoas hipertensas na família, recomenda-se medir a pressão pelo menos 2 vezes ao ano.

## Sintomas da Hipertensão

<sup>15</sup> Na maioria dos casos a pressão alta não apresenta nenhum sintoma. Porém, algumas pessoas apresentam dores de cabeça, tonturas, zumbido no ouvido, dor no peito e fraqueza, que podem ser sinais de alerta.

<sup>16</sup> O consumo excessivo de sal pode causar o aumento da pressão arterial.

<sup>17</sup> A hipertensão pode ocorrer em qualquer idade, mas é comum o seu aparecimento na fase adulta e em pessoas idosas.

<sup>18</sup> O consumo de álcool pode aumentar a pressão arterial, além de dificultar o seu tratamento.

<sup>19</sup> O fumo aumenta o risco de problemas cardiovasculares, principalmente em pessoas hipertensas.

<sup>20</sup> O excesso de peso prejudica o controle da pressão arterial, além de fazer o coração trabalhar mais.

<sup>21</sup> Uma vida com estresse pode levar a pessoa a desenvolver a hipertensão.

<sup>22</sup> A falta de atividade física contribui para o aumento da pressão.

<sup>23</sup> Os portadores de diabetes estão mais propensos a desenvolver a hipertensão.





## Apêndice 3 – Convite para Atividade Coletiva

## CONVITE

AMIGOS: A ENFERMEIRA BEATRIZ PAUSE E ROSA PORTELA E OS ACS DA  
EQUIPE 20 –

UBS SANTO ANTÔNIO CONVIDAM VOCÊ PARA

*"MANHÃ DA SAÚDE - CUIDADOS AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS"*

DIA 12 DE ABRIL DAS 08h00min AS 11h00min

ASSOCIAÇÃO DE CABOS E SOLDADOS.

PALESTRAS, ATENDIMENTO MÉDICO, ATIVIDADE FÍSICA E SORTEIO DE  
BRINDES.

PARTICIPE, CONVIDE SEU FAMILIAR MAIOR DE 18 ANOS A PARTICIPAR.  
SUA SAÚDE É SEU MAIOR BEM E PREVENÇÃO É O MELHOR REMÉDIO.

Elaborado por Enfermeira Beatriz Pause, Especialista em Saúde da Família e MBA Administração Hospitalar/ Gestão em Serviços de Saúde - PROVAB /Min. Saúde. 2013