



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Adriel Santos Brizo

Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do Programa de Saúde da Família na UBS Tancredo Neves do Bugre, Balsa Nova, Paraná

Florianópolis, Março de 2018



Adriel Santos Brizo

Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial  
Sistêmica e Diabetes Mellitus do Programa de Saúde da Família na  
UBS Tancredo Neves do Bugre, Balsa Nova, Paraná

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Ana Lúcia Danielewicz  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018



Adriel Santos Brizo

Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do Programa de Saúde da Família na UBS Tancredo Neves do Bugre, Balsa Nova, Paraná

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

---

**Profa. Dra. Fátima Büchele**  
Coordenadora do Curso

---

**Ana Lúcia Danielewicz**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018



# Resumo

**Introdução:** Um dos maiores problemas de saúde na população em geral são as doenças crônicas não transmissíveis, as mais frequentes são Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Atualmente o que se preconiza é que a Atenção Básica seja a primeira opção, ou seja, a porta de entrada dos serviços de saúde atuando na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Logo, os profissionais que atuam na atenção primária estão diretamente envolvidos com as ações que visam reduzir danos à essa população. **Objetivo:** Promover melhorias na atenção aos usuários com HAS e/ou DM da Estratégia de Saúde de Família na UBS Presidente Tancredo Neves no município de Balsa Nova, Paraná. **Métodologia:** Trata-se de uma intervenção que será realizada em 12 semanas, com participação ativa de toda a equipe de profissionais da UBS e da comunidade. As ações serão propostas em quatro eixos fundamentais: 1) monitoramento e avaliação; 2) organização e gestão do serviço; 3) engajamento público; e 4) qualificação da prática clínica. Pretende-se realizar a avaliação clínica e os exames laboratoriais de acordo ao protocolo em todos os usuários participantes, visando melhorar a prescrição de medicamentos da farmácia da UBS / Hiperdia. Além disso, serão aprimorados os registros nos prontuários para alcançar melhor qualidade das consultas, assim como a organização para o fluxo dos usuários na UBS. **Resultados esperados:** Esta intervenção é muito importante para a equipe porque facilitará o trabalho em equipe e a organização diária na UBS. Considera-se que sua realização é de extrema relevância, com efeito importante para os usuários, uma vez que além de melhorar a relação entre a equipe e a comunidade, melhorará também o conhecimento destes grupos sobre suas doenças, fatores de risco, tratamento, e métodos de prevenção de complicações.

**Palavras-chave:** Diabetes Mellitus, Doença Crônica, Hipertensão, Saúde da Família





# Sumário

1	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	9
2	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	13
2.1	Objetivo geral . . . . .	13
2.2	Objetivos específicos . . . . .	13
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	15
4	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	19
5	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	23
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	25



# 1 Introdução

O município de Balsa Nova, localizado no estado Paraná, está vinculado ao Programa Mais Médico para o Brasil. A denominação "Balsa Nova" originou-se da construção de uma balsa feita por Galdino Chávez em 1891, cujo objetivo era cruzar o rio Iguaçu. Por haver superado em qualidade as balsas anteriormente construídas, ganhou fama e se constituiu em referência obrigatória. O município tem uma população de 12471 habitantes de acordo com o último censo populacional efetuado em 2016 e uma área de 348,9 km<sup>2</sup>, com densidade demográfica de 32,39 hab./km<sup>2</sup>. No centro da cidade está a secretaria municipal de saúde vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) [Rocha \(2011\)](#).

O município conta com sete Unidades Básicas de Saúde (UBS) e todas possuem equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). O município também conta com Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). As sete UBS's existentes com ESF têm médico geral trabalhando em período integral por conta do Programa Mais Médicos. Além das UBS's existem outras estruturas também vinculadas ao SUS e subordinadas à Secretaria Municipal de Saúde, como: uma farmácia principal, uma sala de fisioterapia e reabilitação, um centro de atenção psicossocial (CAPS), um centro medico de emergências e um departamento de assistência social.

Na secretaria municipal de saúde, além dos serviços de administração, são prestados serviços como atendimento odontológico (existem quatro odontólogos e quatro consultórios de odontologia), consultas de pediatria, ginecologia, psiquiatria, psicologia (em cooperação com o CAPS), nutrição e cardiologia. Além disso, na unidade central são oferecidos os serviços especializados e existe plantão 24 horas de atendimento. O município também conta com um departamento de epidemiologia para analisar as doenças transmissíveis, um departamento de arquivo e um sistema de traslado diário com transporte dos usuários que precisam de atendimento médico especializado em outros municípios do estado. Para o auxílio das urgências e emergências médicas existe um sistema de atenção móvel de urgências (SAMU), que presta serviço 24 horas por dia para todo o município.

A UBS Presidente Tancredo Neves encontra-se em uma área rural. Estruturalmente tem a sala de recepção com capacidade para dois usuários, uma sala de curativos e vacina, três consultórios médicos, uma farmácia, seis banheiros e uma pequena sala onde são realizadas as reuniões de equipe, com estrutura para o serviço de odontologia. A equipe de trabalho da UBS é composta por uma recepcionista, uma enfermeira licenciada, três técnicas de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde e dois médicos de família, sendo que a equipe pode contar com apoio de psicólogo e pediatra.

O bairro do Bugre, onde está localizada a UBS, tem grande área territorial, fazendo limites com a área central da cidade e com outro bairro do município. É uma área geográfica que fica em uma zona baixa, com uma população de 3458 habitantes [Nova \(2017\)](#).

Desde abril de 2017 percebe-se uma elevada prevalência de usuários com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), muitos deles com grande número de medicamentos prescritos, além de desconhecimento sobre alimentação saudável e como modificar outros fatores de risco. Além disso, foi verificado que grande número de usuários consome psicofármacos de maneira contínua o fazem sem ter uma justificativa diagnóstica e com tendência a farmacodependência, além de uso de drogas ilegais e álcool em alguns casos. Em relação a esses problemas a equipe está fazendo reavaliação diagnóstica em consulta médica na UBS ou com a equipe de saúde mental, e além disso, tem-se o objetivo de realizar atividades de promoção à saúde nos grupos de hipertensos e diabéticos em relação a este problema.

A rotina de trabalho na UBS está fracionada em consultas agendadas de segunda a quinta-feira, reunião de equipe uma vez ao mês (onde participam todos os integrantes da equipe e são discutidos os principais problemas da população detectados pelas ACSs, com posterior busca de soluções). O trabalho de cada mês é planejado nessas reuniões onde são definidas quais são as famílias que irão ser visitadas em ordem prioritária de acordo com o problema de saúde. Também são discutidas as dificuldades da UBS (como os medicamentos que estão em falta e os que a data está próxima de vencimento). Nas terças-feiras à tarde são realizadas as visitas domiciliares e nas quartas-feiras são feitas as reuniões de hiperdia (onde participam a enfermeira e as agentes comunitárias da área da família).

Para superar o desafio dos principais problemas de saúde da população tem-se estabelecido um grupo de usuários com HAS e DM, no qual são realizadas atividades todas as semanas com temas específicos debatidos de maneira aberta e participativa. Essa atividade tem facilitado a inter-relação com a comunidade, além das visitas domiciliares que também ajudam nessa interação. Além do grupo, existe o planejamento de atividades com adolescentes, com temas relacionados ao uso de drogas. Importante dizer que ainda há inúmeros desafios para se enfrentar na rotina de trabalho da UBS, mas a equipe tem disposição para identificar e compreender as variadas demandas, problemas, necessidades de saúde e de intervir nessas situações de forma resolutiva e abrangente para desta forma ajudar a aliviar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida e evitar ou reduzir danos.

A HAS e a DM são doenças crônicas não transmissíveis que estão relacionadas com complicações neurológicas, cardiovasculares e até a morte. Sua prevalência vem aumentando, afetando a qualquer indivíduo sem distinção de raça, sexo, etnia ou conduta social. São doenças com fatores de risco em comuns e muitos deles podem ser modificáveis. Na UBS Tancredo Neves essas doenças são muito frequentes, com mais casos de HAS, na qual a maioria dos usuários que vai à consulta tem esta doença. Existem dificuldades com a realização de exames no seguimento de controle dos usuários, exame de sangue e ecografias, (demora na realização visto que o laboratório e equipamento único para todo o município). A maioria dos usuários não faz adequadamente o tratamento (medicamentoso

ou não), há alguns com diagnósticos sem tratamentos, outros que abandonaram o tratamento, e outros que estão sem diagnóstico mas sabem que têm a doença. Por tudo isso, a equipe tem como objetivo fazer um trabalho com a população para conscientizar sobre a necessidade de modificar os fatores de riscos e para evitar complicações aos que têm a doença e preveni-la naqueles que ainda não são doentes. A população está colaborando com equipe para participar de forma ativa e integrada nas atividades que planejamos nas reuniões e na assistência a consulta programada.

Um dos maiores problemas de saúde na população em geral são as doenças crônicas não transmissíveis que são adquiridas durante a vida, sendo a HAS e a DM as principais causas de óbito no município. Aumentar a cobertura aos usuários, melhorar os indicadores de qualidade na atenção básica e melhorar o controle dessas doenças na comunidade de Balsa Nova, estado Paraná, é o objetivo fundamental do projeto de intervenção. Os indicadores de qualidade de acompanhamento dos usuários estão baixos, demonstrando a necessidade de investir nesse foco para melhoria da qualidade de vida e prevenção de complicações que podem levar às incapacidades. Este estudo tem relevância no âmbito da saúde pública, pois se trata de um problema frequente que acomete a população.

Atualmente o que se preconiza é que a atenção básica seja a primeira opção, ou seja, a porta de entrada dos serviços de saúde atuando na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Logo, os profissionais que atuam na atenção primária estão diretamente envolvidos com as ações que visam reduzir danos à população. Além disso, a prevalência dessas doenças tende a aumentar tornando-se um problema de saúde a nível mundial. Não podemos deixar de ressaltar que todo este contexto se caracteriza em um verdadeiro desafio para o SUS, pois são situações que necessitam de intervenções imediatas, acompanhamento constante pela sua alta prevalência e pelo grau de incapacidade que provocam, necessitando de profissionais que se engajem nesse desafio e sejam atores das transformações em saúde.



## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo geral

- Promover melhorias na atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da Estratégia de Saúde de Família na UBS Presidente Tancredo Neves no município de Balsa Nova, Paraná.

### 2.2 Objetivos específicos

- Ampliar a cobertura do atendimento aos hipertensos e/ou diabéticos.
- Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.
- Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa Hiperdia.
- Melhorar o registro das informações referentes a esses pacientes.
- Realizar ações de promoção a saúde de hipertensos e diabéticos.





## 3 Revisão da Literatura

Atualmente, as doenças não transmissíveis são as principais causas de morbimortalidade nos adultos, e um importante obstáculo na prolongação da vida e sua qualidade.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial que se caracteriza por elevação dos níveis pressóricos  $>$  ou igual 140 e/ou 90 mmHg [Cardiologia \(2016\)](#). Está frequentemente associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo e se agrava pela presença de outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito [Cardiologia \(2016\)](#). Além disso, a identificação de vários fatores de risco para a HAS, tais como: a hereditariedade, a idade avançada, o gênero, o grupo étnico, o baixo nível de escolaridade, o baixo status socioeconômico, o etilismo, o tabagismo e o uso de anticoncepcionais orais, colaboraram para o aumento do número de casos, e nos avanços na epidemiologia cardiovascular e nas medidas preventivas e terapêuticas, principalmente os tratamentos farmacológicos e não-farmacológicos [Ministerio de Saude do Brasil \(2001\)](#).

A avaliação inicial de um paciente com HAS inclui a confirmação do diagnóstico, a suspeição e a identificação de causa secundária, além da avaliação do risco cardiovascular [Cardiologia \(2016\)](#). A classificação do escore de risco cardiovascular global, segundo o escore de Framingham, estima o risco de o indivíduo apresentar em 10 anos um evento cardiovascular (CV), doença arterial coronária (DAC), acidente vascular encefálico (AVE), doença arterial periférica (DAP) e insuficiência cardíaca (IC). A distribuição dos pontos e percentual de risco é diferenciada para mulheres e homens. Quando o ERG fica baixo de 5%, o paciente é classificado como baixo risco, exceto aqueles com história familiar de doença CV prematura, sendo classificado para risco intermediário. Homens com ERG entre 5% e 20% e mulheres com ERG entre 5% e 10%, também são inicialmente considerados de risco intermediário. São considerados de alto risco os homens com ERG  $>$  20% e mulheres com ERG  $>$ 10% [Cardiologia \(2016\)](#).

A diabetes mellitus (DM) é uma doença do metabolismo intermediário caracterizada por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros [Saúde \(2013b\)](#). A DM pode ser classificada segundo as categorias descritas abaixo:

- Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1): ocorre principalmente na infância e adolescência, é em geral abrupta. Na maior parte dos casos, a hiperglicemia é acentuada, com evolução rápida para cetoacidose, especialmente na presença de infecção ou outra

forma de estresse. O termo “tipo 1” indica o processo de destruição da célula beta que leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração de insulina é necessária para prevenir cetoacidose. A destruição das células beta em geral é causada por processo autoimune (tipo 1 autoimune ou tipo 1A), que pode ser identificado por auto anticorpos circulantes como antidescarboxilase do ácido glutâmico (anti-GAD), anti-ilhotas e anti-insulina. Em menor proporção, a causa é desconhecida (tipo 1 idiopático ou tipo 1B) [Saúde \(2013b, p. 28\)](#).

- Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2): seu início costuma ser insidioso e com sintomas mais brandos. Surge, normalmente, em adultos com excesso de peso e com história familiar de DM tipo 2. Porém, com a epidemia de obesidade atingindo crianças, observa-se um aumento na incidência de diabetes em jovens, até mesmo em crianças e adolescentes. O termo “tipo 2” é usado para designar uma deficiência relativa de insulina, isto é, existe uma resistência à ação da insulina, associado a um defeito na sua secreção, o qual é menos intenso do que o observado no diabetes tipo 1.
- Diabetes gestacional e diabetes detectado na gravidez: é uma situação de hiperglicemia, mais amena que o diabetes tipo 1 e 2, identificado pela primeira vez na gravidez. Em geral se soluciona após o parto e pode frequentemente retornar anos depois. Hiperglicemia identificada durante a gestação que atinjam o critério de diabetes para adultos, em geral, são classificadas como diabetes na gravidez, independentemente do período gestacional e da sua resolução ou não após o parto ([Saúde \(2013b, p. 29\)](#)).

Os principais fatores de risco para a DM englobam o sobrepeso e obesidade, idade superior a 45 anos, história familiar, sedentarismo, pressão arterial igual ou superior a 140/90 mmHg ou ter sido tratado para HAS, glicemia de jejum ou de tolerância de glicose alterados e histórico de doença cardiovascular [Saúde \(2013b\)](#).

As equipes de Atenção Básica devem iniciar o tratamento dos pacientes diagnosticados e manter o seu acompanhamento regular, motivando para a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso [Saúde \(2013a\)](#). Recomenda-se que as consultas médicas e de enfermagem para acompanhamento dos casos que atingirem a meta pressórica deverão ser intercaladas e a periodicidade deve variar de acordo com o risco cardiovascular estabelecido por meio do escore de Framingham [Saúde \(2013a\)](#) e ainda, considerando as necessidades individuais e as diretrizes locais. Para os usuários com HAS com escore de Framingham na categoria de baixo risco, recomenda-se consulta anual com o médico e com o enfermeiro e para aqueles com risco moderado, consulta médica e de enfermagem semestral. Para os que têm risco alto recomenda-se acompanhamento médico e de enfermagem quadrimestral [Saúde \(2013b\)](#).

Percebendo a complexidade da diabetes e do seu tratamento e de acordo com o que se pode observar na prática clínica, o DM é considerado um problema de importância

---

crescente em saúde pública. Afetar a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevida das pessoas e também envolve elevados custos para manutenção do tratamento e prevenção e ou tratamento de complicações crônicas e agudas. Existe a necessidade do empenho de lideranças do governo e gestores de saúde na criação de mecanismos que reduzam o surgimento e também o agravamento do diabetes Santos (2011) .

Em 2002 surgiu o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus o Ministério da Saúde criado pelas sociedades científicas. O objetivo desse era diminuir: o número de internações, a procura pelo pronto atendimento nas Unidades Básicas de Saúde, os gastos com tratamento de complicações crônicas, aposentadorias precoces e mortalidade cardiovascular, de modo a promover melhoria da qualidade de vida da população, Santos (2011).

Além disso, os membros da equipe médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS) deve atuar de forma integrada na abordagem da avaliação de risco cardiovascular, medidas preventivas e atendimento a hipertensão arterial e Diabetes Mellitus, bem como fazer rastreamento em indivíduos com mais de 20 anos pelo menos uma vez ao ano. A equipe deve realizar o controle do comparecimento dos pacientes hipertensos e diabéticos às consultas agendadas na unidade de saúde. A consulta de enfermagem para a abordagem dos fatores de riscos cardiovasculares, tratamento não medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, é de fundamental importância para encaminhamento do paciente ao médico Saúde (2013a).

A avaliação médica é importante para confirmar o diagnóstico, avaliar os fatores de risco, identificar possíveis lesões em órgãos-alvo, solicitar exames complementares, prescrever tratamento medicamentoso, encaminhar pacientes que apresentam hipertensão arterial grave e refratária ao tratamento ou Diabetes mellitus de difícil manejo ambulatorial, com lesões importantes em órgãos – alvo, com suspeita de causas secundárias e aqueles que se encontra em estado de urgência e emergência quanto à hipertensão ou diabetes às unidades de referência secundária e terciária (Saúde (2013a).

Torna-se fundamental que a equipe desenvolva atividades de promoção e prevenção com o grupo de doenças crônicas incluindo hipertensos e diabéticos da comunidade, que são agendadas cada mês Saúde (2013a). As estratégias para prevenção do desenvolvimento destas doenças englobam políticas públicas de saúde em conjunto com os meios de comunicação, com o objetivo de estimular o diagnóstico precoce, o tratamento contínuo, o controle de FR associados, assim como a disponibilização dos recursos necessários para o tratamento das doenças. Essas estratégias englobam a modificação do estilo de vida e/ou uso regular de medicamentos e assegura também a capacitação da equipe multiprofissional de saúde para o atendimento Cardiologia (2016).

Dentro desse contexto, programas de intervenção de base comunitária têm sido introduzidos em diferentes países desde o início da década de 70. O principal objetivo desses programas é diminuir a morbidade e a mortalidade por doenças cerebrovasculares, através

da redução dos fatores de risco cardiovasculares nas comunidades, a partir da educação em saúde e das estruturas existentes na comunidade [Mendez \(2011\)](#).

## 4 Metodologia

### Delineamento e população do estudo

O presente projeto de intervenção será realizado em 12 semanas na UBS Presidente Tancredo Neves, com o foco em Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, com participação ativa de toda a equipe da UBS e da comunidade. As ações serão feitas em quatro eixos fundamentais: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

### Objetivos, estratégias e ações

- **Ampliar a cobertura do atendimento aos hipertensos e/ou diabéticos**

Serão cadastrados todos os hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência. Nas reuniões de equipe será discutido sobre a necessidade de aumentar a cobertura. Elaboraremos estratégias para levar os usuários às consultas ou se não for possível programar visitas domiciliares, principalmente com o apoio das agentes comunitárias de saúde para que auxiliem na identificação desses usuários. Revisaremos os prontuários dos usuários que já são acompanhados para saber quantos faltam, além de atualizar os atendimentos. Será necessário também capacitar todos da equipe sobre o adequado registro dos usuários, com uso das fichas espelho e planilha

- **Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos**

Para tanto, serão monitorados a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos. Além disso, será realizado o acompanhamento do número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e periodicidade recomendada. Outras ações incluem a monitoração do acesso aos medicamentos da Farmácia da UBS /Hiperdia; dos pacientes hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico. Mediante os registros dos prontuários será monitorada a qualidade dos atendimentos de acordo com os protocolos com a capacitação prévia de todos profissionais, e periodicamente discutir com a equipe sobre esse controle das informações e avaliação da qualidade.

Outras estratégias incluem: definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos; Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde; Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais; Disponer de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde; Garantir a solicitação dos exames complementares; Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo; Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados; Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos; Manter um registro das necessidades de

medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde; Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Antes do início da intervenção realizar a capacitação da equipe sobre a atribuição de cada profissional, com definição de um responsável pela organização dos arquivos com informações dos exames realizados, do estoque dos medicamentos e materiais, mantendo a avaliação periódica dessas ações para correções necessárias.

Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente; Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares; Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares; Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia da UBS /Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Nas palestras educativas, nas consultas individuais e visitas domiciliares que serão realizadas abordaremos os temas relacionados aos fatores de risco para complicações dessas doenças e a importância de fazer o tratamento e seguimento adequado na unidade com os profissionais capacitados; Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado; Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes; Abordar esses temas nas capacitações, nas reuniões de equipe pelo médico da UBS, para que todos saibam a forma adequada de atendimento dos diabéticos e hipertensos de forma a garantir a qualidade e integralidade dos atendimentos, usando os protocolos recomendados.

- **Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa Hiperdia**

Pretende-se buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos as consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada. e a partir disso, monitorar o cumprimento das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Após identificar os usuários faltosos será realizada a programação das consultas de recuperação com datas específicas utilizando os registros e prontuários eletrônicos. Além disso, propõe-se: organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos; identificar os usuários faltosos com endereço orientaremos as agentes comunitárias nas reuniões de equipe semanais para que os visitem e orientem sobre a importância de comparecer às consultas; Organizar as agendas para acolher os usuários provenientes das buscas domiciliares; Estabelecer jornada de trabalho em cada semana para acolher estes usuários; Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).

Nas palestras planejadas para os grupos da comunidade, nas consultas médicas, nas visitas domiciliares por médico, enfermeira e agentes comunitários, orientaremos aos usuários sobre a importância da consulta, além de colocar um mural explicativo na sala de espera da UBS. Assim, a comunidade poderá colaborar com estratégias para evitar evasão dos diabéticos e hipertensos..

Pretende-se ainda, capacitar as agentes comunitárias para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Nas reuniões de equipes semanais, planejamos uma hora para capacitar aos agentes comunitários sobre como devem fazer as orientações aos usuários a realizar as consultas e sua periodicidade.

- **Melhorar o registro das informações referentes a esses pacientes**

Para isso, será mantida a ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde. A enfermeira avaliará a cada semana os registros dos usuários atendidos na semana e levará na reunião de equipe as dificuldades ou erros em cada registro.

Manter as informações do SIAB atualizadas; Implantar a ficha de acompanhamento; Verificar com a equipe o registro das informações; Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

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

As agentes comunitárias têm acesso aos registros dos usuários de sua área de abrangência para revisar se estão em atraso às consultas de acompanhamento e na realização de exame complementar, a recepcionista verificará a cada semana os que não realizaram os exames complementares, a realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença, a técnica de enfermagem revisará a cada semana quais usuários não estão avaliados corretamente e informará na reunião de equipe sobre as deficiências.

Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Nas consultas médicas e aproveitando cada visita domiciliar além das palestras e reuniões de grupo cada membro da equipe de acordo ao contexto orientará aos usuários e comunidade sobre os direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabéticos.

Nas capacitações planejadas nas reuniões da equipe o médico e enfermeiras realizarão capacitação a toda a equipe em relação aos registros necessários ao acompanhamento dos

usuários.

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

Em cada reunião de equipe se necessário se capacitará a equipe para que saibam adequadamente como fazer o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

- **Realizar ações de promoção a saúde de hipertensos e diabéticos**

Monitorar a realização de orientação nutricional, atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal aos hipertensos e diabéticos. Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e para orientação de atividade física. Nas reuniões de grupo, que realizamos uma vez ao mês, abordaremos um tema relacionado com alimentação saudável e prática de atividade física além de palestras educativas nas consultas planejadas para estes usuários na UBS.

Demandar junto ao gestor parceiras institucionais para envolver nutricionistas e educadores físicos para uma orientação detalhada sobre alimentação saudável e prática de atividade física.

Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo: solicitar uma reunião com o gestor de saúde para a possibilidade da compra deste medicamento antitabagismo de acordo a quantidade de usuários fumantes que precisem deste tratamento, para priorizá-los.

Orientar a usuários e familiares sobre a importância da alimentação saudável, prática de atividade física, tratamento para abandonar o tabagismo e higiene bucal:

Nas visitas domiciliares feitas pela equipe de saúde, nas consultas médicas e nas palestras explicaremos a eles sobre a importância desses temas para prevenir complicações da doença.

Capacitar a equipe da unidade básica da saúde sobre prática de alimentação saudável: solicitar ao gestor de saúde para que a nutricionista do SUS faça uma capacitação sobre este tema a realizar-se na UBS com toda a equipe.

Capacitar a equipe da unidade básica de saúde sobre a promoção de atividade física: nas reuniões de equipe pretendemos fazer capacitação sobre como fazer a promoção das atividades físicas de maneira que os usuários possam entender melhor sua importância.

Capacitar a equipe de saúde sobre o tratamento de usuários tabagistas pela equipe de enfermagem



## 5 Resultados Esperados

Como principal resultado da proposta de intervenção, pretende alcançar a ampliação da cobertura aos usuários Hipertensos e Diabéticos na população de abrangência, com a avaliação clínica a todos. Também espera-se realizar exames laboratoriais de acordo ao protocolo, aumentar o número de usuários com prescrição de medicamentos da farmácia da UBS /Hiperdia, melhorar os registros na ficha de acompanhamento, alcançar melhor qualidade das consultas, assim como na organização do fluxo dos usuários na UBS.

Espera-se, ainda, ampliar o acesso à informação pela população, facilitando a priorização das visitas domiciliares aos mais necessitados e melhorar o conhecimento das agentes comunitárias e enfermeiras no manejo dos usuários destes grupos. Trata-se de um projeto muito importante para a comunidade, pois além de melhorar a relação entre a equipe e a comunidade, poderá contribuir para elevar o nível de conhecimento para os pacientes desses grupos, especialmente acerca de suas doenças, fatores de risco, tratamento, e métodos de prevenção adequados, tais como a aderência à alimentação saudável e à prática de atividade física.



## Referências

- CARDIOLOGIA, S. B. de. *VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 17.
- MENDEZ, T. de A. B. Diabetes mellitus: Fatores associados a prevalência em idosos. *Caderno de Saúde Pública*, v. 27, n. 6, p. 1233–1243, 2011. Citado na página 17.
- MINISTERIO DE SAUDE DO BRASIL. Plano de reorganização de atenção a hipertensão arterial e ao diabetes. Ministerio de Saude, Brasília, n. 2001, 2001. Citado na página 15.
- NOVA, P. M. de B. *Secretaria Municipal de Saúde*. 2017. Disponível em: <<http://balsanova.pr.gov.br>>. Acesso em: 20 Out. 2017. Citado na página 9.
- ROCHA, S. S. *BALSA NOVA*: Aspectos gerais da formação, criação e evolução do município. Balsa nova: Copirraite - Prefeitura Municipal de Balsa Nova, 2011. Citado na página 9.
- SANTOS, E. Políticas públicas e diretrizes dos usuários do sus com diabetes mellitus. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 64, n. 5, p. 952–957, 2011. Citado na página 17.
- SAÚDE, M. de. *Caderno de Atenção Básica No. 37*. Brasília: Secretaria de Saúde, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.
- SAÚDE, S. de Atenção de. *Caderno de Atenção Básica No. 36*: Estratégia para o cuidado de pessoa com doença crônica diabetes mellitus. Brasília: Ministério de Saúde, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.