

**Universidade Aberta do SUS- UNASUS**  
**Universidade Federal de Pelotas**  
**Especialização em Saúde da Família**  
**Modalidade a Distância**  
**Turma 4**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção às pessoas portadoras de  
Hipertensão e Diabetes na Unidade Antão Vieira de Barros São  
Desidério, BA**

**DAIANE MENDES BERNARDES**

Pelotas, 2014

DAIANE MENDES BERNARDES

**Melhoria da Assistência aos Portadores de Hipertensão e Diabetes na  
Unidade Antão Vieira de Barros São Desidério, BA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família Modalidade EAD da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Msc. Cristiane Quadrado da Rosa

Pelotas, 2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas Catalogação na  
Publicação

B518m Bernardes, Daiane Mendes

Melhoria da atenção às pessoas portadoras de hipertensão e diabetes na Unidade Antão Vieira de Barros, São Desidério, BA / Daiane Mendes Bernardes ; Cristiane Quadrado da Rosa, orientadora. — Pelotas, 2014.

71 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde.  
3.  
Doença crônica. 4. Diabetes mellitus. 5. Hipertensão. I.  
Rosa, Cristiane Quadrado da, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Elionara Giovana Rech CRB: 10/1693

### Dedicatória

Dedico este trabalho a Deus primeiramente, agradeço por ter me dado força durante esse período de curso, em meio às dificuldades. Por ter me iluminado nas decisões mais difíceis e por ter me guiado ao longo do curso para trilhar os caminhos mais corretos possíveis.

Ao meu esposo, Ariosto Bernardes, amigo e companheiro de todas as horas, pela compreensão, incentivo e apoio.

Aos usuários hipertensos e diabéticos, da Unidade de Saúde Antão Vieira de Barros, que acreditaram em nossa equipe de saúde e tiveram paciência com os erros que porventura foram cometidos, ao mesmo tempo em que também se alegraram conosco diante dos acertos. A eles, que em nós confiaram segredos e sofrimentos enquanto esperavam na fé e no conforto de nossas palavras, de todas as formas, direta ou indiretamente.

## Agradecimentos

Muitos foram aqueles que contribuíram para a realização deste projeto e para os quais deixo o meu agradecimento e dedico também o presente trabalho.

Agradeço primeiramente a Deus, a minha querida filha e esposo pelo apoio e compreensão nos momentos que me ausentei do lar ou quando estive nele e muitas vezes não pude dispensar-lhes a atenção necessária e merecida.

Agradeço a minha orientadora Cristiane Quadrado que teve paciência e que me ajudou bastante a concluir este trabalho. Agradeço também ao corpo Docente da Universidade Aberta do SUS - UNASUS e aos colegas do curso, pois conseguimos unir ideias, conhecimentos, experiências e dedicação, durante esse período. Cresci muito. Com a graça de Deus me considero vencedora por ter concluído mais esse curso.

Agradeço por todas as dificuldades que enfrentei; não fosse isso, eu não teria saído do lugar, porque as facilidades nos impedem de caminhar e mesmo as críticas nos auxiliam muito.

Aos Colegas de trabalho, por tornarem os dias mais prazerosos e pelo apoio e companheirismo de todas as horas de trabalho. Enfim, agradeço a todos que compartilharam para que eu pudesse chegar até aqui. Muito obrigada.

*“É Justamente a possibilidade de realizar um sonho que torna a vida interessante.”*

*PAULO COELHO*

## Lista de Figuras

Figura 1 cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.....	32
Figura 2 cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde .....	33
Figura 3: proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa .....	34
Figura 4: proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.....	34
Figura 5: proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo .....	35
Figura 6: proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	35
Figura 7: proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo .....	36
Figura 8: proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo	36
Figura 9: proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do hiperdia ou da farmácia popular.....	37
Figura 10: proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do hiperdia ou da farmácia popular.....	37
Figura 11: proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....	38
Figura 12: proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....	38
Figura 13: proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento .....	39
Figura 14: proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	39
Figura 15: proporção de hipertensos com avaliação odontológica .....	40
Figura 16: proporção de diabéticos com avaliação odontológica.....	40
Figura 17: proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.....	40
Figura 18: proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável .....	41
Figura 19: proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade Física regular .....	41
Figura 20: proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física ....	42
Figura 21 proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos de tabagismo .....	42
Figura 22: proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo .....	43

## Lista de Siglas e Abreviaturas

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

DM – Diabetes Mellitus

DST- Doenças sexualmente transmissíveis

EAD- Educação à distancia

ECG- Eletrocardiograma

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HIPERDIA – Sistema de Informação de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC – Índice de massa corpórea

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

PA – pressão Arterial

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SISPRENATAL – Sistema de informação do pré-natal

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TA – Tensão Arterial

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFPEL – Universidade Federal de Pelotas

UNASUS – Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

USF – Unidade Saúde da Família



## Sumário

1. ANÁLISE SITUACIONAL	1
1.1 Texto Inicial Análise Situacional.....	1
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	3
1.3 Comentário Comparativo: Texto Inicial e Relatório da Análise Situacional.....	9
2. ANÁLISE ESTRATÉGICA.....	10
2.1 Justificativa .....	10
2.2 Objetivos e metas .....	11
2.3 Metodologia .....	12
2.3.1 Ações.....	13
2.3.2 Indicadores .....	18
2.3.3 Logística .....	21
2.3.4 Cronograma.....	23
3. RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO.....	27
3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas .....	27
3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas. ....	30
3.3 Dificuldade encontradas na sistematização dos dados.....	31
3.4 Análise da viabilidade .....	31
4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO .....	32
4.1 Resultados .....	32
4.2 Discussão .....	43
4.3 Relatório da intervenção para os gestores.....	46
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	47
5. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	50
6. Bibliografia.....	52
Anexos.....	53

## Resumo

BERNARDES, Daiane Mendes. **Melhoria da Atenção da Assistência aos Portadores de Hipertensão e Diabetes na Unidade Básica de Saúde Antão Vieira de Barros em São Desidério, BA.** 2013. Trabalho de conclusão de curso (Especialização). Especialização em Saúde da Família. Universidade Aberta do SUS / Universidade Federal de Pelotas.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes mellitus são graves problemas de saúde pública, com prevalência crescente na população, tornando-se indispensável realizar ações para sua identificação e controle. Preocupados com a qualidade do atendimento aos Hipertensos e Diabéticos na USF Antão Vieira de Barros zona rural do Município de São Desidério, no estado da Bahia, foi implantado um projeto de intervenção em atenção à saúde destes usuários, realizada de janeiro a abril de 2014. As ações programáticas foram planejadas e organizadas de acordo com o Protocolo de Atendimento ao Hipertenso e Diabético do Ministério da Saúde, 2006. A intervenção propiciou ampliar a cobertura aos hipertensos em 85,7% e dos diabéticos em 63,6%, melhorar em 100% a adesão ao programa, melhorar o registro das informações em 92,3% dos hipertensos e 92,9% dos diabéticos, melhorou a qualidade do atendimento em 87,2% dos hipertensos e 85,7% dos diabéticos e promoveu saúde de 100% dos pacientes que frequentaram a UBS durante a intervenção. Foram realizadas ações em quatro eixos de atuação: organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação. As ações introduzidas foram incorporadas à rotina do serviço e serão ampliadas e continuadas. De forma geral, houve melhoria na atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos.

### **Palavras-chave:**

Saúde da Família; Atenção Primária Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

## **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 com hipertensos e diabéticos residentes na área de cobertura da Unidade de Saúde da Família Antão Vieira de Barros no município de São Desidério, estado da Bahia. O volume está organizado em cinco unidades. Na primeira parte está o relatório da análise situacional desenvolvido na unidade um do curso de especialização. Na segunda parte é apresentado o projeto de intervenção, que foi construído ao longo da unidade dois do curso. Na terceira parte consta o relatório do projeto de intervenção que foi redigido ao final da unidade três do curso. Na quarta parte encontra-se o relatório dos resultados do projeto de intervenção, construído ao longo da unidade quatro. Finalizando o volume, está a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e de implementação da intervenção. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de abril de 2013, quando começaram a serem postadas às primeiras tarefas. Sua finalização ocorreu no mês de junho de 2014, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

## **1. ANÁLISE SITUACIONAL**

### **1.1 Texto Inicial Análise Situacional**

A UBS funciona como Estratégia de Saúde da Família tradicional e fica localizada na zona rural do município. É formada por apenas uma equipe e é composta por uma enfermeira, uma odontóloga, um médico da família, uma recepcionista, uma auxiliar de clínica dentária, um auxiliar de serviços gerais e uma técnica em enfermagem. Pude observar que minha UBS, mesmo sendo construída recentemente (+ ou - 2 anos), faltou muitas coisas que facilitariam para um melhor atendimento da equipe como também dos usuários, como por exemplo: não tem sala administrativa, sala de utilidade, sala de coleta de exames, sala de ACS, a sala de nebulização é a mesma de administração de medicamentos. Em relação às Barreiras Arquitetônicas apesar de ter rampas para deficientes, o piso ser antiderrapante, mas não tem sinalizadores, não tem corrimãos, enfim, são muitos os fatores que interferem na boa qualidade do atendimento.

Depois de obter estas informações vejo que posso fazer algo para melhorar como exemplo os sinalizadores, isso de imediato, a longo prazo reunir com o gestor municipal, a equipe completa e a população para algumas modificações da estrutura física da unidade. Na terceira semana o tema foi Estrutura da UBS 2, onde respondemos o questionário correspondente, fizemos as questões reflexivas, realizamos o estudo da prática clínica 1 (escolhi como tema Diabetes Mellitus) e recebemos o resultado do TQC. Pude notar que a falta de muitos materiais e procedimentos interferem muito na qualidade do atendimento em minha UBS. A falta de alguns medicamentos necessários atrapalha no tratamento dos pacientes, sendo estes obrigados a se deslocarem 30 km até a cidade para obter o mesmo. A falta de alguns exames e a demora no agendamento de outros, trás riscos aos pacientes, pois às vezes, são necessários para fechar um diagnóstico mais rápido. A falta de equipamentos e instrumentos de comunicação tipo telefone, rádio etc., dificultam as informações entre UBS e comunidade.

A ausência de computadores, internet também não viabiliza nosso trabalho. Em relação a superar estas dificuldades e limitações é sentar com a secretária de

saúde e gestor do município parar tentar solucionar estes problemas que afetam diretamente no atendimento à população.

Em alguns aspectos, os profissionais não puderam interferir como, por exemplo, no mapeamento e territorialização, pois quando a equipe se instalou a UBS já estava mapeada. Além do atendimento na UBS nossa equipe faz palestras educativas nas escolas e também faz atendimento em domicílio (exceto odontólogo, recepcionista e auxiliar odontológico).

Na nossa UBS não fazemos pequenas cirurgias e não atendemos urgência e emergência, nesse caso, encaminhamos para o hospital mais próximo. A realização da busca ativa é feita somente pelos enfermeiros e pelos agentes comunitários de saúde. Temos alguns pacientes acamados na qual precisamos atender em domicílio. Fazemos consulta médica, de enfermagem, curativos, aferimos PA, aplicamos e entregamos medicações quando necessário. Eu como enfermeira faço a revisão puerperal e se preciso solicito a visita do médico. No geral quando necessário encaminhamos e protocolamos para outros serviços de saúde como hospitais e clínicas para atendimento especializado sempre respeitando o fluxo de referência. A enfermeira acompanha o processo terapêutico dos pacientes solicitando visita regular à unidade, a mesma realiza a notificação compulsória, no entanto, a busca ativa também é feita pelos profissionais da vigilância epidemiológica.

Gosto bastante de atividades em grupos principalmente de atividades educativas como, por exemplo, aleitamento materno, DST, hiperdia entre outros. Nessas atividades envolvo toda a equipe. Ainda não trabalhamos em parceria com a comunidade, no entanto, quero implantar o conselho local de saúde para poder ter um envolvimento maior com a comunidade. Em relação à capacitação profissional é oferecido pelo o município apenas para os enfermeiros e os mesmos participam do gerenciamento de insumos necessários adequados funcionamento da UBS.

Como é relatado na portaria de 2488 de outubro de 2011, em relação à política nacional de Atenção Básica, suas normas e diretrizes é tudo muito perfeito, os artigos e parágrafos determinam formalmente como deve ser todo o processo desde a implantação e funcionamento das unidades, mas não é bem a realidade que nos deparamos. Na verdade até acho que a culpa também é nossa (dos profissionais da UBS) que muitas vezes, desconhecem as normas regulamentadoras. Algo que me chamou à atenção foi em relação às responsabilidades de cada esfera do governo de cada membro da equipe

multiprofissional e da comunidade, pois se todos tivessem consciência de suas atribuições, todo o trabalho fluiria melhor e com mais êxito. Os incentivos financeiros, os recursos aplicados, as funções das secretarias. Bem, foram muitas informações, em termos de conhecimento, muito proveitoso para mim.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

São Desidério é uma pequena cidade localizada no oeste da Bahia um imenso território perfazendo um total de 14.819 Km<sup>2</sup> limitando-se com os Estados de Goiás, de Tocantins e com as cidades de Barreiras, Baianópolis, Santa Maria da Vitória, Catolândia, com uma população de 19.006 habitantes. O município oferece um hospital e maternidade localizada na sede e mais quatro Postos de saúde da família (PSF), dois na sede, dois na zona rural e mais oito UBS na zona rural. São oferecidos serviços como consultas com especialistas, cardiologistas, pediatras, obstetras, ortopedistas, anestesistas, ginecologias entre outros. Realizam Radiografias, partos normais e cesáreos e cirurgias de baixa e média complexidade.

Contamos também com um CEO (Centro Especialidades Odontológicas) onde são realizados procedimentos como periodontia, endodontia, cirurgias e próteses dentárias. Dentro do município são realizados exames como hemograma, HIV, VDRL, EAS, EPF, Glicemia em jejum. OS demais exames, especialistas e serviços que o município não disponibiliza, o mesmo tem convênio com o município vizinho para realização destes procedimentos.

A área de cobertura possui 597 habitantes sendo que 344 são do sexo masculino, 246 são mulheres de 10 a 49 anos, 151 são mulheres de 25 a 64 anos, 35 mulheres de 50 a 69 anos, 8 gestantes, 16 menores de 1 ano, 21 menores de 5 anos, 130 pessoas de 5 a 14 anos, 416 de 15 a 59 anos, 39 idosos 8 diabéticos e 43 hipertensos. Segundo dados coletados no SIAB. Na quinta semana tivemos como tema Atenção à Demanda Espontânea. Respondemos primeiro o questionário, recebemos o instrucional das planilhas eletrônicas e recebemos orientações sobre o preenchimento de como preencher o caderno de ações programáticas. Fizemos a leitura do MS sobre Atendimento à demanda espontânea, o estudo da prática clínica dois (escolhi como tema: Protocolo de cuidados a pacientes com lesões na pele) e o preenchimento da aba demográfica.

Em nossa Unidade o acolhimento é feito por toda a equipe. Toda a população que procura nossos serviços não sai sem um bom acolhimento. Fiquei feliz por ver o conceito de acolhimento de acordo o Ministério da Saúde e saber que em minha unidade está sendo feito de forma correta. Em relação à demanda espontânea é possível atender toda a população em abrangência, os quais necessitam de nossos serviços. Em casos de problemas agudos não há excesso de demanda para a enfermeira e os usuários buscam pelo atendimento da enfermagem. No caso do médico, os usuários procuram o serviço para problemas agudos, no entanto neste caso há um excesso de demanda, neste caso orientamos o usuário a retornar ao serviço ou encaminhamos dependendo da gravidade do problema.

A cirurgiã dentista também atende os casos agudos e não há excesso de demanda. A enfermeira tem agenda fixa, dia do hipertenso, pré-natal, preventivo, educação em saúde, puericultura, no entanto, atendo aqueles que chegam e não estavam marcados, isto é, os da demanda espontânea. Em relação à demanda excessiva para o médico, tentamos marcar para outro dia quando possível.

O caderno de Atenção à Saúde da Criança chegou num momento muito propício pra mim, pois em minha UBS ainda não está implantado a puericultura como manda o Ministério da Saúde. Como a unidade está funcionando há pouco tempo estou implantando os programas aos poucos. Já tinha me atentado para a importância da puericultura e falei com a coordenadora da Atenção Básica sobre o assunto. Ainda não tenho vacinadora específica, eu mesma estou realizando as vacinas. Tenho hoje 15 crianças com menos de 1 ano. As vacinas estão em dia, no entanto, ainda não estava verificando a curva de crescimento.

Na UBS Antão Vieira de Barros um dos programas que mais funcionam de forma correta é o pré-natal. É realizado o Planejamento Familiar individual e com o casal, bem como, atividades em grupos por meio de palestras educativas. É feito também o acolhimento. A primeira consulta sempre acontece antes de 12 semanas de gestação. Os exames são realizados no 1º e 3º trimestres da gestação. O problema é que para alguns desses exames há demora nos resultados, interferindo na melhor conduta a ser tomada. O Município oferece durante a gestação duas USG e também um Hospital e maternidade para atender as intercorrências obstétricas e os partos. A imunização é feita na própria unidade e durante as consultas são dadas as orientações quanto à alimentação e atividade física. No atual momento estou com

seis gestantes. Este número está abaixo do esperado de acordo com as planilhas, no início do ano estava com o número ideal para a população, ainda não sei o porquê da redução, suponho que seja por causa do planejamento familiar. Oriento às puérperas a voltarem com uma semana à unidade e também faço visita domiciliar. O retorno é importante para avaliar as condições físicas da mãe e do RN e também oriento a levarem o RN nos primeiros dias de vida para fazer o teste do pezinho e começar o calendário vacinal.

Sempre que possível realizo palestras educativas em grupos com as gestantes, falo das mudanças corporais, da alimentação, cuidados com as mamas, primeiros cuidados e higiene dos RN, importância do aleitamento materno e forma correta de amamentar, tiro dúvidas sobre mitos e verdades e ofereço café da manhã com frutas, bolos e sucos.

No preenchimento do caderno das ações programáticas foi possível obter o número de gestantes residentes na área de cobertura da UBS, as consultas em dia de acordo com o MS, gestantes com o pré-natal iniciado no primeiro trimestre, com exames de laboratório solicitados na primeira consulta, com as vacinas antitetânica e hepatite b conforme protocolo, com prescrição de sulfato ferroso e avaliação odontológica em dia e orientações sobre o aleitamento exclusivo. Há uma boa adesão das gestantes ao pré-natal, cada vez mais elas entendem a importância do acompanhamento como manda o MS e utilizo como protocolo o SISPRÉ-NATAL e estamos implantando a rede cegonha no município. Estas gestantes são monitoradas pela enfermeira em parceria com os agentes comunitários de saúde, quando elas faltam é feita a busca por estes profissionais.

Dentro da unidade há a participação e acompanhamento do médico do odontólogo, e dos demais profissionais que fazem acolhimento e ajudam a programar as atividades educativas. Na UBS realiza-se a prevenção do câncer de colo de útero através de atividades educativas bem como, com a coleta do citopatológico, no entanto, já há mais ou menos um semestre a coleta está suspensa porque a prefeitura desvinculou o contrato com os laboratórios de análise. Isso está interferindo diretamente no atendimento à população, pois grande maioria já passa de um ano que foi realizado o exame e a cobrança é grande. Organizo palestras esporadicamente pra falar da importância do uso do preservativo tendo em vista que a infecção pelo HPV se dá pelo contato sexual e da importância da coleta do preventivo periodicamente. Observo a partir do manual do MS que falta trabalhar



nos cadastros do público alvo que são estas mulheres entre 25 a 64 anos para rastreamento do câncer de colo de útero e mulheres com 50 a 69 anos, para rastreamento do câncer depois na Unidade no momento estes dados não são precisos.

Em relação ao câncer de mama, trabalho na prevenção com palestras educativas focando principalmente a importância do auto-exame das mamas. O conhecimento da mama e a realização periódica do mesmo, foco também nas anormalidades da mama como, por exemplo, nódulos endurecimento da mama, secreções mamárias entre outros. Quando aparecem alterações encaminhado para avaliação ginecológica.

Com um olhar crítico percebo que as ações com relação ao controle de cânceres de mama e de colo de útero, estão precisando melhorar bastante em minha UBS desde o cadastramento às atividades de promoção à saúde, prevenção primária e secundária. O protocolo usado é próprio do município e a forma de monitoramento é feito através da busca ativa das pacientes faltosas pelo agente comunitário de saúde. Normalmente há uma boa adesão das pacientes principalmente nas atividades educativas e na coleta do citopatológico. Há a participação da enfermeira e do médico nesta ação.

Na UBS que trabalho existe atenção aos pacientes portadores de hipertensão e diabetes, contudo, como já relatei em outros trabalhos, pelo fato da unidade ser nova, está em fase de implantação. O número de cadastrados na minha unidade se mostrou bem inferior como mostra o caderno de ações programáticas de acordo com a cobertura. A enfermeira e o médico da saúde da família realizam orientação individual, bem como em grupo através de palestras. Enfatizamos a importância da alimentação, das atividades físicas, o controle da obesidade, e cuidados específicos com os pés nos casos dos diabéticos, já que sempre fazemos palestras dos hipertensos juntamente com os diabéticos.

De acordo o caderno de ações programáticas e com o manual do Ministério da Saúde pude observar que ainda há muito que fazer, por exemplo, o exame detalhado dos pés dos diabéticos em todas as consultas e o cadastramento de todos os pacientes na cobertura da UBS. Fornecemos medicações como Hidroclorotiazida, Enalapril, Anlodipino, Metformina, AAS, Glicazida entre outros. O registro desses pacientes é feito no prontuário clínico e na ficha específica dos pacientes hipertensos e diabéticos onde constam todos os dados como idade altura, peso, PA,

tipo de medicação em uso etc. Tem um grupo que realiza consulta regularmente, já outros só aparecem esporadicamente, e às vezes, param de tomar a medicação por conta própria, nesses casos encaminho ao clínico e explico a importância do uso correto da medicação. Em alguns casos tem idosos que tem dificuldade em distinguir os comprimidos e não possuem ajuda de um familiar, sendo assim, tento ajudar identificando copos com figuras para facilitar a adesão ao tratamento.

Com relação ao preenchimento do caderno de ações programáticas só foi possível preencher os pacientes que tiveram orientação nutricional e atividade física, com avaliação da saúde bucal em dia. Estas informações foram colhidas nos prontuário clínico odontológico e nos registros específicos das fichas dos hipertensos e diabéticos. Nas atividades relacionadas a esta ação todos os profissionais da equipe participam, desde a organização das atividades educativas, aferimento de PA, atendimento odontológico.

Existe o acolhimento ao idoso, inclusive há atendimento contínuo dos portadores de hipertensão e diabetes, e idosos com outros problemas de saúde, no entanto, não existe protocolo específico para o atendimento da pessoa idosa, os idosos não frequentam a UBS regularmente para avaliação (exceto hipertensos e diabéticos), também não há educação em saúde através de palestras, fator que pretendo implantar para melhorar a concepção não só do idoso bem como, as pessoas do convívio com este idoso. Ainda não possuo caderneta do idoso. Quanto à imunização eu mesma realizo, pois, estou sem vacinadora. De acordo com o preenchimento do caderno das ações programáticas, na área de cobertura tenho 39 pessoas com mais de 60 anos, destes 15 tem HAS e 08 DM, 07 com avaliação odontológica em dia e todos estão orientados quanto à alimentação e atividade física.

De acordo com o caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde a Atenção Básica constitui “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual ou coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, situadas no primeiro nível de atenção do sistema de saúde.” Esta é uma realidade que tem que ser levada muito a sério não só na odontologia, bem como, em todos os outros programas da UBS. A promoção e prevenção são fundamentais para estabelecer, ou pelo menos falar em saúde bucal. Na UBS que trabalho participo com a odontóloga das palestras e escovação e fico perplexa com algumas situações que

aparecem como por exemplo: seis irmãos uma só escova de dentes. É aí que percebemos o quanto a promoção e prevenção são importantes.

Na UBS são realizados tratamentos como profilaxia, extração, restauração, bem como ações coletivas como, atividades educativas. Os mais procedimentos são encaminhados para o centro especializado. São tratados idosos, gestantes, adultos e crianças na fase escolar e pré- escolar. A forma de registro (dados coletados junto com a odontóloga) nos permitiu preencher o caderno de ações programáticas, sendo que a capacidade de atendimento às pessoas está dentro do que se pede o MS. A primeira consulta e as ações coletivas com os grupos prioritários estão razoavelmente boas, principalmente com os grupos escolares, onde as ações educativas são mais frequentes.

Para o MS “A organização dos serviços de saúde envolve o atendimento ao usuário nas Unidades Básicas de Saúde e outras atividades realizadas para a população de suas respectivas áreas de abrangência. Uma forma de organizar o trabalho em saúde é adotar o trabalho em equipe, em que os profissionais, de acordo com seus conhecimentos e com os recursos disponíveis, buscam a melhor solução que cada problema exige.” (BRASIL, 2006). O trabalho em equipe é uma das formas que vejo como melhorar o atendimento em minha UBS juntamente com uma melhor organização da demanda.

De acordo com o que foi estudado nesta unidade 1 da especialização saúde da família pudemos observar que são grandes os desafios, no entanto nos deu embasamento teórico para melhorar cada ação vista. Na UBS Antão Vieira de Barros, vimos que há muitos obstáculos que interferem diretamente no atendimento à população, desde a estrutura da UBS às ações. Atualmente vejo como o maior desafio, em primeiro lugar, a realização dos cadastros de todas as famílias residentes na área, pois descobri que por falta de digitadora algumas famílias não foram cadastradas e em qualquer ação, primeiramente temos que saber a quantidade real de pessoas residentes na área de cobertura para podermos realizar as ações de forma mais concreta. Entre os melhores recursos que a UBS apresenta é a disponibilidade de atendimento pela maioria dos profissionais, isso contribui para um atendimento de qualidade. De acordo com o preenchimento do caderno das ações programáticas um dado que chamou atenção foi a quantidade de hipertensos que deveriam ter de acordo com o MS. O número de cadastrados que temos hoje é

bem menor do que o esperado. Outro aspecto a ser relevado, foi a percepção que precisamos de mais envolvimento de todos os membros da equipe nas ações.

### **1.3 Comentário Comparativo: Texto Inicial e Relatório da Análise Situacional**

No início não tínhamos discernimento para poder ver os aspectos negativos e conseqüentemente o que poderia ser mudado. Nesta fase da especialização foi possível olhar minuciosamente para cada parte da UBS com um olhar crítico como nunca tínhamos olhado antes. É incrível que com o passar do tempo conhecemos o nosso espaço de trabalho como a nossa própria casa, no entanto, foi possível ter uma v

isão totalmente diferente depois da análise situacional. Alguns aspectos foram colocados em evidência que eram totalmente despercebidos.

Pudemos notar com o engajamento público aspectos da relação equipe UBS e comunidade, observamos a estrutura física, o processo de trabalho e a população. Com isso foi possível reorganizar nosso serviço e buscar mudanças não só na ação programática escolhida, mas em todos os serviços prestados pela UBS.

## **2. ANÁLISE ESTRATÉGICA**

### **2.1 Justificativa**

A Hipertensão Arterial Sistêmica é o principal fator de risco para complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica. Torna-se importante em qualquer contexto da atenção primária por que é a mais frequente entre as doenças cardiovasculares. Outra doença também muito importante é o diabetes mellitus que segundo o Ministério da Saúde configura-se hoje como uma epidemia mundial traduzindo-se em um grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e adoção de estilos de vida poucos saudáveis, como sedentarismo, dietas inadequadas, obesidade, são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo. (BRASIL, 2006).

Na Unidade Antão Vieira de Barros é realizado o atendimento ao hipertenso e ao diabético, e usamos como protocolo o caderno de atenção básica do MS (2006), no entanto, o número de cadastrados está abaixo do esperado pelo preconizado pelo Ministério da Saúde. São realizadas consultas regulares, e fornecidos medicamentos para o tratamento desses pacientes, também são realizadas atividades educativas através de palestras onde procuramos abordar a importância das atividades físicas, a alimentação adequada e aderência à medicação. A adesão desses pacientes é regular, eles gostam das palestras e também comparecem na maioria das vezes nas consultas de retorno, mas mostram dificuldades em relação ao uso correto da medicação.

Vejo que apesar das dificuldades e limitações que enfrentaremos e cadastramento detecção de outros pacientes, principalmente os mais jovens, e adesão dos pacientes ao tratamento, será possível melhorar esta ação na minha UBS. A equipe é muito engajada e disposta a colaborar, pretendo envolvê-los ainda mais nesta ação atribuindo tarefas como, por exemplo: qualificação da recepção para contribuir com os cadastros, nas atividades educativas organizar o processo de trabalho da enfermagem ressaltando o uso preconizado no protocolo, encaminhar

estes pacientes ao atendimento odontológico e aos demais profissionais, trabalhando de forma integrada.

De acordo com o que foi abordado acredito ser necessária a melhoria desta ação principalmente para prevenir consequências graves como os acidentes vasculares cerebrais, amputações por diabetes, dentre outras complicações. A busca desses pacientes que vivem subdiagnosticados ou sem acompanhamento para a UBS e a adesão correta ao tratamento podem diminuir grandemente estas complicações até mesmo a morte. A qualidade de vida destes usuários através de atividade física, alimentação adequada, acompanhamento regular, pode contribuir significativamente, aumentando dessa forma, a longevidade desta população.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **Objetivo geral:**

- Melhoria na assistência aos portadores de hipertensão e diabetes na Unidade de saúde Antão Vieira de Barros;

### **Objetivos específicos:**

1. Ampliar a cobertura à hipertensos e diabéticos;
2. Melhorar a adesão do hipertenso e diabético ao programa;
3. Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e diabético realizado na unidade de saúde;
4. Melhorar os registros das informações;
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular;
6. Promover saúde;

### **Metas:**

Relativas ao objetivo 1

1. Cadastrar 100 % dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;

Relativas ao objetivo 2

2. Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme periodicidade recomendada;

#### Relativas ao objetivo 3

3. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos;
4. Garantir 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;
5. Garantir 100% dos hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular e do hiperdia.

#### Relativas ao objetivo 4

6. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

#### Relativas ao objetivo 5

7. Garantir aos hipertensos e diabéticos estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

#### Relativas ao objetivo 6

8. Garantir avaliação odontológica de 100% pacientes hipertensos e diabéticos;
9. Garantir avaliação nutricional sobre alimentação saudável a 100% hipertensos e diabéticos;
10. Garantir orientação em relação a atividades físicas regular de 100% hipertensos e diabéticos;
11. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos e diabéticos;

### **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 04 meses na Unidade Básica de Saúde – UBS Antão Vieira de Barros. Participarão da intervenção os pacientes portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus pertencentes à área de abrangência e cadastradas da unidade. Serão utilizados os cadernos de atenção básica do hipertenso e diabético do Ministério de Saúde, 2006. Utilizaremos para registro das informações os prontuários e adotaremos a ficha

espelho como rotina na unidade. Estimaremos alcançar 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos com o projeto de intervenção e por isso, utilizaremos um número de fichas – espelhos necessárias, contendo informações completares, como saúde bucal, uso de medicações entre outras informações.

Para o projeto de intervenção serão revisados os prontuários das consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso. Os prontuários serão revisados e transcritos para ficha espelho, realizando o monitoramento e busca dos pacientes portadores de hipertensão e diabetes.

Assim, o acolhimento destes pacientes será feito por toda a equipe, antes do atendimento. Poderá ser realizada uma escala semanal, para todos os membros da equipe realizar o acolhimento.

### **2.3.1 Ações**

**Meta 01** cadastrar 100% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da unidade de saúde.

**No eixo de monitoramento e avaliação** vamos monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa de atenção à hipertensão e diabetes mellitus da unidade de saúde.

**No eixo organização e gestão do serviço**, vamos garantir o registro dos hipertensos cadastrados, melhorar o acolhimento para pacientes portadores de HAS e DM e garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e a realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

**No eixo engajamento público** iremos informar a comunidade sobre a existência do programa de atenção à saúde do hipertenso e diabético, informar a comunidade da importância de medir a pressão antes dos 18 anos pelo menos anualmente e fazer o rastreamento para diabetes em adultos com PA acima de 135/85 e orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

**No eixo qualificação da prática clínica**, vamos capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos da área de abrangência da unidade de



saúde e capacitar a equipe da UBS para verificação da PA de forma criteriosa, incluindo o uso certo do manguito e a realização do hemoglicoteste em adultos com PA acima de 135/85. Estas atividades ocorrerão durante os quatro meses da intervenção de forma organizada e gradativa na própria UBS e em sua área de abrangência.

**Meta 2:** buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos à consulta na unidade de saúde conforme periodicidade recomendada.

**No eixo monitoramento e avaliação,** vamos monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo, ou seja, as consultas em dia.

**No eixo organização do serviço,** organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para colher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

**No eixo engajamento público** informar a comunidade sobre a importância na realização das consultas, ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes e esclarecer os portadores de hipertensão e diabetes e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

**No eixo qualificação da prática clínica** iremos treinar os ACS para a orientação dos hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Estas atividades segundo cronograma acontecerão em toda a intervenção, toda a equipe estará envolvida e os meios de informação e comunicação serão palestras com a comunidade, reunião com a equipe e os ACS e atendimento clínico individual destes pacientes.

**Meta 3:** realizar o exame clínico apropriado em 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

**No eixo monitoramento e avaliação,** vamos monitorar a realização de exame clínico apropriado dos diabéticos e hipertensos;

**No eixo organização e gestão do serviço** iremos definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos pacientes diabéticos e hipertensos, organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais e dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

**No eixo engajamento público** orientaremos aos pacientes e a comunidade quanto os riscos das doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da

hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

**No eixo qualificação da prática clínica** capacitaremos a equipe para a realização do exame clínico apropriado. De acordo com o cronograma esta ação ocorrerá durante toda a intervenção no atendimento clínico envolvendo os membros da equipe da unidade de saúde.

**Meta 4:** Para garantir 100% dos hipertensos e diabéticos a realização dos exames complementares de acordo com o protocolo.

**No eixo monitoramento e avaliação** vamos monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo protocolo adotado na unidade de saúde e monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

**No eixo organização e gestão de serviço** garantiremos solicitação dos exames complementares, iremos garantir com o gestor municipal agilidade para realização dos exames complementares definidos no protocolo e estabelecer sistema de alerta os exames complementares.

**No eixo engajamento público** orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade da realização de exames complementares e orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

**No eixo qualificação da prática clínica** capacitaremos a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares. Estas atividades ocorrerão durante toda a intervenção, no atendimento clínico, nas palestras e reuniões com a equipe e comunidade.

**Meta 5:** para garantir 100% dos hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular e do programa de hipertensão e diabetes.

**No eixo monitoramento e avaliação** vamos monitorar a reposição das medicações da farmácia básica para que seja feito a reposição no tempo correto para que não falem as medicações.

**No eixo organização e serviços** de saúde garantiremos a prescrição e transcrição de receitas para que todos do grupo hiperdia não fique sem o uso adequado das medicações.

**No eixo engajamento público** vamos orientar os pacientes e a comunidade sobre a importância do uso correto das medicações, bem como dos horários certos para serem tomados os remédios.

**No eixo qualificação da prática clínica** capacitaremos a equipe para orientar na entrega de medicamentos quanto a forma de tomar os horários corretos e as dosagens conforme prescrito pela médica da UBS.

**Meta 6:** para garantir aos hipertensos e diabéticos estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

**No eixo monitoramento e avaliação** vamos monitorar o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos às consultas de rotina para realizar o exame clínico em dia podendo dessa forma, garantir a estratificação de risco cardiovascular.

**No eixo organização e serviços** de saúde vamos garantir o exame clínico de todos os pacientes realizando consultas completas ao examinar o paciente por inteiro e avaliar os riscos relevantes deste paciente.

**No eixo engajamento público** vamos orientar a importância das consultas de rotina segundo protocolo para poder detectar algum risco caso exista.

**No eixo qualificação da prática clínica** capacitaremos a equipe para aferir precisamente a PA e usar o glicosímetro de forma adequada e sobre os valores considerados normais para PA e para a glicose.

**Meta 7:** para manter a ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade.

**No eixo monitoramento e avaliação** vamos monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

**No eixo organização e gestão dos serviços** manteremos as informações do SIAB atualizadas, implantaremos a planilha/registro específico de acompanhamento. Pactuaremos com a equipe o registro das informações definiremos responsável pelo monitoramento dos registros, organizaremos um sistema de registros que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização da consulta de acompanhamento, ao atraso na realização dos exames complementares.

**No eixo engajamento público** orientaremos os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

**No eixo qualificação da prática clínica** treinaremos a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e diabético e capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

**Meta 8:** para garantir avaliação odontológica de 100% dos pacientes diabéticos e hipertensos.

**No eixo monitoramento e avaliação** vamos monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista.

**No eixo organização e gestão de serviços**, organizaremos a agenda da saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético, estabelecendo prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico e demandar junto ao gestor oferta de consultas com o dentista para estes pacientes.

**No eixo engajamento público** buscar parcerias com a comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde mobilizando a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia de disponibilização do atendimento com o dentista.

**No eixo qualificação da prática clínica** capacitaremos a equipe para avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso e diabético.

**Meta 9:** para garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável com 100% dos diabéticos e hipertensos.

**No eixo monitoramento e avaliação**, vamos monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

**No eixo organização e gestão dos serviços** organizaremos praticas coletivas sobre alimentação saudável e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

**No eixo engajamento público** orientaremos hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

**No eixo qualificação da prática clínica** vamos capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

**Meta 10:** para garantir orientação em relação a atividades física regular de 100% dos hipertensos e diabéticos.

**No eixo monitoramento e avaliação** vamos monitorar a realização de orientação para atividade física regular desses pacientes.

**No eixo organização e gestão dos serviços** organizar pratica coletivas para orientação da atividade física e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

**No eixo engajamento publico** orientar os hipertensos e diabéticos e a comunidade a importância da atividade física regular.

**No eixo qualificação da prática clinica** capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da pratica de atividade física regular e capacitar a equipe sobre metodologias de educação em saúde.

**Meta 11:** para garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos e diabéticos.

**No eixo monitoramento e avaliação** vamos monitorar a realização da orientação sobre os riscos do tabagismo aos diabéticos e hipertensos.

**No eixo organização e gestão dos serviços de saúde** demandar junto ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do abandono do tabagismo.

**No eixo engajamento publico** orientaremos os hipertensos e diabéticos tabagistas a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

**No eixo qualificação da pratica clinica** capacitaremos a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas e capacitaremos a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

### **2.3.2 Indicadores**

**Meta 1:** Cadastrar 100% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;

**Indicador 1:** cobertura do programa de atenção ao hipertenso e diabético na unidade de saúde;

**Numerador:** número de hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e a diabetes mellitus da unidade de saúde;

**Denominador:** número total de hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde;

**Meta 2:** Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme periodicidade recomendada;

**Indicador 2:** proporção de hipertensos e diabéticos faltosos com a consulta de acordo com o protocolo;

**Numerador:** número de hipertensos e diabéticos faltosos á consulta médica

**Denominador:** número total de hipertensos e diabéticos cadastrado na unidade de saúde;

**Meta 3:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos;

**Indicador 3:** proporção dos diabéticos e hipertensos com os exames clínicos em dia de acordo com o protocolo;

**Numerador:** número total de hipertensos e diabéticos com exame clínico apropriado;

**Denominador:** número total de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade;

**Meta 4:** Garantir 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;

**Indicador 4:** proporção de diabéticos e hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo;

**Numerador:** número total de hipertensos e diabéticos com exame complementar em dia;

**Denominador:** número total de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade;

**Meta 5 :** garantir 100% dos hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do hiperdia da farmácia popular.

**Indicador 5:** proporção de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do hiperdia da farmácia popular:

**Numerador:** número de hipertensos com tratamento medicamentoso da lista do hiperdia da farmácia popular;

**Denominador:** número de hipertensos que necessitam de tomar medicamentos;

**Meta 6:** garantir 100% dos hipertensos e diabéticos estratificação dos riscos cardiovascular por exame clínico em dia.

**Indicador 6:** proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação dos riscos cardiovascular por exame clínico em dia.

**Numerador:** número de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

**Denominador:** número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

**Meta 7:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

**Indicador 7:** proporção de hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento;

**Numerador:** número de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento;

**Denominador:** número total de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade;

**Meta 8:** Garantir avaliação odontológica de 100% pacientes hipertensos e diabéticos;

**Indicador 8:** proporção de hipertensos e diabéticos com avaliação odontológica;

**Numerador:** número de hipertensos e diabéticos que realizaram avaliação odontológica;

**Denominador:** número total de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade;

**Meta 9:** Garantir avaliação nutricional sobre alimentação saudável com 100% hipertensos e diabéticos;

**Indicador 9:** proporção dos diabéticos e hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável;

**Numerador:** número de pacientes hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável;

**Denominador:** número total de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade;

**Meta 10:** Garantir orientação em relação a atividades físicas regular de 100% hipertensos e diabéticos;

**Indicador 10:** proporção de diabéticos e hipertensos com orientação sobre a prática de atividades física;

**Numerador:** número de pacientes hipertensos e diabéticos que receberam orientações sobre atividade física regular.

**Denominador:** número total de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade;

**Meta 11:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos e diabéticos;

**Indicador 11:** proporção de diabéticos e hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo;

**Numerador:** número de pacientes hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo;

**Denominador:** número total de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade;

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção na UBS Antão Vieira de Barros vamos adotar o manual técnico do Ministério da Saúde 2006. Utilizaremos o prontuário disponível no arquivo da UBS e também a ficha-espelho onde constam todos os dados como idade, peso, altura, circunferência abdominal, medicação utilizada, entre outros. Dessa forma pretendemos ampliar o número de cadastrados na área de cobertura. Para acompanhamento mensal será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar os registros específicos do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os pacientes que vieram a UBS ou participaram de palestras sobre hipertensão e diabetes nos últimos três meses. Localizaremos os prontuários dessas pacientes e caso não haja, abriremos o prontuário e ao mesmo



tempo faremos uma revisão dos pacientes com consultas em atraso e iniciaremos o tratamento.

Para viabilizar melhor as ações como, por exemplo, melhorar o acolhimento dos pacientes com HAS e DM precisaremos trabalhar com a colaboração de toda a equipe para que possamos chegar ao objetivo desejado, no caso do meio das informações a serem dadas a estes pacientes ( orientações, esclarecimentos e outros), trabalharemos com palestras envolvendo também toda a equipe e atendimento individual.

Primeiramente pretendo começar pela capacitação da equipe e dos ACS. Para a equipe orientações como fazer um bom acolhimento, aferir precisamente uma PA, medir uma glicemia, como realizar registros. Para os ACS orientar a cadastrar os hipertensos e diabéticos em toda a área de cobertura, bem como, aferir a PA de forma criteriosa.

Para capacitação dos profissionais de saúde da UBS, reuniremos no auditório da UBS para abordarmos sobre o protocolo adotado pela unidade e como funcionará durante a intervenção, bem como, no funcionamento posterior da unidade de saúde. Aproveitaremos o momento para estabelecer o papel de cada profissional na intervenção.

Para cadastramento dos pacientes no programa, contarei com a colaboração principalmente da secretária e dos demais profissionais para efetuar os cadastros com sucesso.

Através do ACS entrarei em contato com as lideranças comunitárias, marcando reunião em momento oportuno para falar da importância do acompanhamento e tratamento dos pacientes hipertensos e diabéticos.

O atendimento clínico será realizado no decorrer de toda a intervenção onde faremos a aferição da PA, verificaremos o peso, a altura, a circunferência abdominal, o IMC, realizaremos o exame do pé diabético, observaremos a adesão do paciente às medicações e atividades físicas.

Com a colaboração de toda a equipe faremos regularmente o grupo dos hipertensos e diabéticos para reforçar todas as metas propostas pela intervenção.

Semanalmente será proposta uma reunião com os ACS para capacitação da busca ativa dos hipertensos e diabéticos, bem como, para a busca dos pacientes faltosos às consultas.









### **3. RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO**

#### **3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas**

De acordo com o cronograma foi possível realizar todas as monitorações: monitorar o número de Hipertensos e Diabéticos cadastrados no programa de Atenção à Hipertensão e Diabetes Mellitus da unidade de saúde, monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo, monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes Hipertensos e Diabéticos, monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde, monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada, monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde, monitorar a realização de orientação sobre os riscos do tabagismo dos hipertensos e diabéticos.

O que facilitou a realização destas monitorações foi as anotações feitas pelos profissionais que utilizam os prontuários dos pacientes juntamente com a ficha-espelho.

Esta foi uma atividade que necessitou ser incorporada desde o início da intervenção pela importância destes dados coletados. Qual quer dúvida recorriamos aos registros para a obtenção dos dados.

Foi possível garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa parcialmente. A facilidade em realizar esta tarefa foi pela ajuda dos ACS e da secretária. A dificuldade foi em encaixar esta, como uma atividade diária dentro da UBS, isso porque a equipe já tem seus afazeres e compromissos desta forma, tendo que reorganizar o tempo para mais uma atividade. Foi incorporada gradativamente nos nossos serviços. Não conseguimos atingir a meta 100% dos registros por causa do prazo estipulado pela especialização.

Melhoramos o acolhimento para os pacientes portadores de HAS e DM. Não tivemos dificuldade nesta ação pelas características peculiares da equipe. Todos são muito acolhedores. Foi fácil! Foi preciso só aprimorar! Essa foi uma das atividades que já estavam incorporadas nos nossos serviços. Conseguimos cumprir esta atividade integralmente.

Conseguimos garantir material adequado para a tomada da medida da pressão e da glicemia, garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, demandar junto ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo.

A facilidade encontrada foi em reunir com o gestor para fazer as solicitações relacionadas às atividades citadas acima. A maior dificuldade foi em conseguir agilidade na realização dos exames.

Estabelecemos sistemas de alerta para os exames complementares preconizados. Esta atividade foi executada por mim e pela secretária com revisão dos prontuários e fichas-espelho. A maior dificuldade foi em encaixar esta atividade juntamente com os outros afazeres da UBS.

Conseguí organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos, organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares. A facilidade encontrada foi em relação em organizar visitas domiciliares, pois as mesmas foram feitas por mim quando possível e pelos ACS, no entanto a dificuldade foi em acolher todos estes pacientes provenientes das buscas domiciliares por causa da demanda.

Foi possível organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais, dispor de versão atualizada do protocolo impresso na unidade de saúde, definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos. A facilidade encontrada foi que estas atividades aconteceram nas primeiras semanas de intervenção, eu dispunha de mais tempo.

Garantimos a solicitação de exames complementares. Não tivemos dificuldade em realizar esta tarefa e foi incorporada facilmente na UBS. As solicitações de exames laboratoriais eram feitas pela enfermeira e pela médica. A solicitação de ECG pela médica.

Implantamos planilha/registro específico de acompanhamento, foi possível pactuar com a equipe o registro das informações, definir responsável pelo monitoramento dos registros, que era realizado pela enfermeira, médica e secretária da UBS. A facilidade encontrada foi em juntar estes três membros da equipe para realizar tal atividade, que todas se dispuseram na execução, por ser as pessoas que mais tem acesso aos prontuários facilitou este controle.

Organizamos um sistema de registro que viabilizou situações de alerta quanto ao atraso na realização de consultas de acompanhamento, ao atraso na realização do exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado da compensação da doença. Estes registros e acompanhamento foram realizados pela médica da UBS que usava um simples marca texto para chamar a atenção aos prontuários que estavam em dia, assim podíamos identificar os que estavam em atraso com mais rapidez, esta foi a maior facilidade encontrada.

Organizamos práticas coletivas de orientação de atividade física. A facilidade encontrada foi em informar a comunidade sobre o evento, através dos ACS e de cartazes colados no posto e da colaboração da equipe. Não houve dificuldade na realização desta ação.

As atividades relacionadas às informações, orientações e esclarecimentos foram juntamente realizadas: informar a comunidade sobre a existência do programa de hipertensão e diabetes da unidade de saúde, sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos pelo menos anualmente, orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento do DM em adultos com pressão arterial maior que 135/80 mmHg, orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão e diabetes mellitus, informar a comunidade sobre a importância da realização das consultas, ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes , esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre periodicidade preconizada para a realização de consultas , orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância em 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, quanto aos seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, sobre a importância da pratica da atividade física regular, orientar os pacientes hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência do tratamento para abandonar o tabagismo.

As facilidades encontradas foi em reuni os portadores de HAS e DM para as orientações, esclarecimento e informações. Estas atividades foram concretizadas



através de palestras ou individual. A boa receptividade da comunidade e a ajuda dos ACS facilitou o desenvolvimento integral destas ações que foram incorporadas nos serviços de saúde.

Conseguimos também capacitar os ACS para cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda a área d abrangência da unidade de saúde, capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo o uso adequado do manguito, para a realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial maior que 135/80 mmHg, treinar os ACS para a orientação dos hipertensos e diabéticos quanto realizar as consultas e a sua periodicidade, capacitar a equipe para a realização do exame clinico apropriado, para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares, treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e diabético, capacitar a equipe para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, sobre a promoção da prática da atividade física regular, sobre metodologias e educação em saúde, capacitar a equipe para tratamento de pacientes tabagistas.

Estas atividades foram realizadas logo nas quatro primeiras semanas de intervenção. A facilidade encontrada foi pelo fato de serem apenas dois ACS que cobrem minha área, então não tive problemas em reuni-los para as capacitações, bem como a equipe. A dificuldade encontrada foi em relação à compreensão de um ACS. Tive que passar as orientações muitas e muitas vezes. Outra dificuldade foi em capacitar a equipe para promoção de educação em saúde. Alguns são tímidos e não quiseram participar das orientações dos pacientes portadores de HAS e DM.

### **3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas.**

Uma ação que não foi realizada foi manter as informações do SIAB atualizadas, por que o setor de informática da prefeitura tem uma internet ruim e segundo o responsável ele nunca conseguia entrar no sistema. Esta foi a única ação que não foi possível realizar integralmente de acordo com o cronograma.

### **3.3 Dificuldade encontradas na sistematização dos dados**

A maior dificuldade encontrada na coleta e sistematização dos dados foi em fazer um levantamento dos pacientes portadores de HAS e DM dos quais já tinham prontuário da UBS, bem como, aqueles que nem se quer sabiam que eram portadores das doenças.

As dificuldades encontradas no fechamento de planilhas e calculo dos indicadores, pessoalmente tive dificuldades em abrir as planilhas por determinado tempo por causa do programa do computador que não era compatível, isso me atrasou um pouco. Outra dificuldade é que eu não estava alimentando a planilha conforme recomendação, não havia entendido as recomendações, no entanto depois tudo se resolveu. E também não foi implantado o Conselho Municipal de saúde como havia planejado por falta de tempo.

### **3.4 Análise da viabilidade**

Analisando a viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço podemos observar que as ações como as monitorações, orientações e informações entre outras, foram bem incorporadas na rotina da unidade. A ação que ainda temos dificuldade em realizar é garantir com o gestor municipal agilidade para realização dos exames complementares definidos no protocolo. O laboratório disponibiliza poucas vagas de acordo com a demanda e isso demora muito para realização destes exames. O que podemos fazer é nos reuni no proposito de achar uma solução viável para o problema.

## 4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

### 4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria da assistência aos portadores de hipertensão e diabetes na unidade básica de saúde Antão Vieira de Barros (adultos jovens a partir de 20 anos). Na área adstrita à UBS existem 91 pacientes hipertensos e 22 diabéticos nesta faixa etária, de acordo com os dados coletados no SIAB, entretanto, a intervenção destes quatro meses focalizou a comunidade e atendeu 78 pacientes hipertensos e 14 diabéticos sendo 85,7% dos hipertensos e 63,6 dos diabéticos.

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos;

**Meta 1:** Cadastrar 100% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;

**Indicador:** cobertura do programa de atenção ao hipertenso e diabético na unidade de saúde;

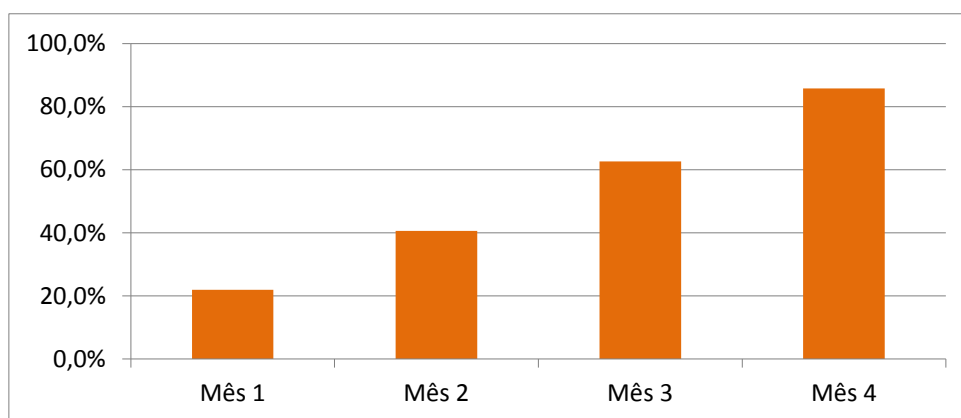
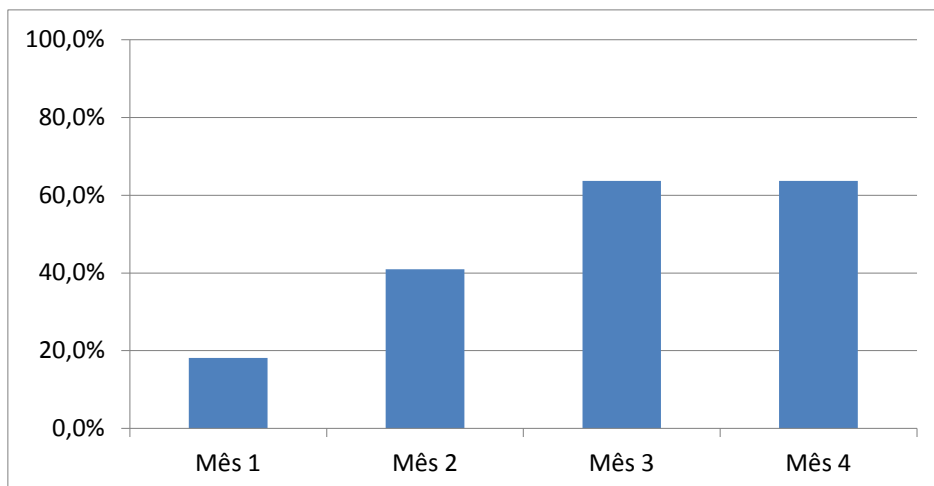


Figura 1 cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde



*Figura 2 cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde*

Iniciamos a intervenção com 20 pacientes hipertensos, que equivale a 22%, no segundo mês chegamos a 37 pacientes (40,7%), no terceiro alcançamos 57 (62,6%) e no quarto e último mês atingimos 78 hipertensos (85,7). Em relação aos diabéticos iniciamos com 04 (18,2%), no segundo mês atingimos 09 (40,9%), no terceiro mês chegamos à soma de 14 (63,6%) e no quarto e último mês mantivemos o percentual de 63,6%.

Foi possível chegar a este número principalmente pela colaboração da equipe, em especial dos ACS que estiveram empenhados durante toda a intervenção para trazer estes pacientes portadores de hipertensão e diabetes e a comunidade do domicílio até a UBS.

**Objetivo 2 :** Melhorar a adesão do hipertenso e diabético ao programa;

**Meta 2 :** Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme periodicidade recomendada;

**Indicador:** proporção de hipertensos e diabéticos faltosos com a consulta de acordo com o protocolo

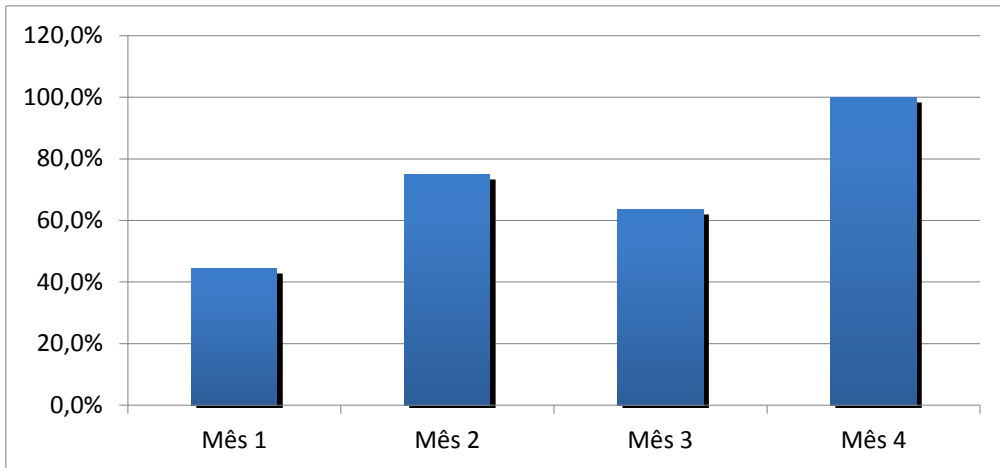


Figura 3: proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa

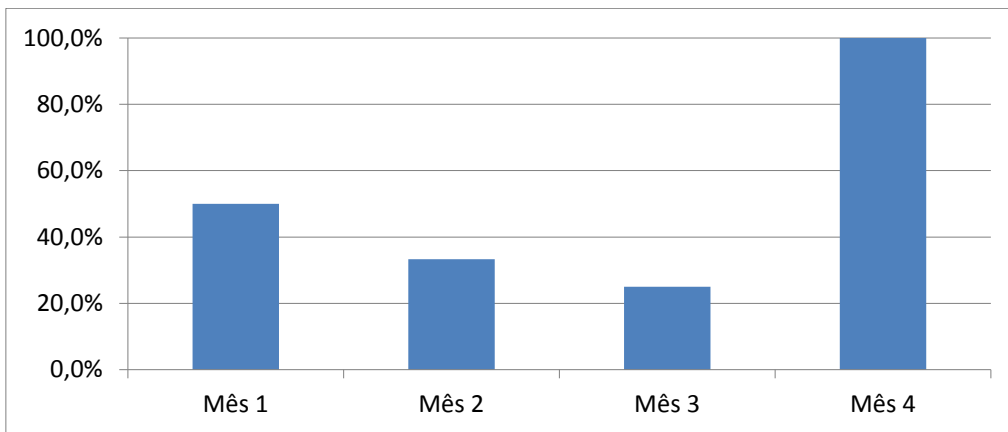


Figura 4: proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa

Na área de cobertura faltaram no primeiro mês 09 pacientes, destes hipertensos, foi feito busca ativa de 04 pacientes (44,4 %) no segundo mês faltaram 04, foi feito busca ativa 03 (75%), no terceiro mês faltaram 11 hipertensos, feito busca ativa de 07 (63,6%) e no quarto mês faltaram 02, sendo realizada busca ativa de 02 (100%). Em relação aos diabéticos no primeiro mês faltam 02 e foi feito busca ativa de 01(50%), no segundo mês faltaram 03, feito busca ativa de 01 (33,3%) no terceiro mês faltaram 04 diabéticos, buscamos 01(25%) e no quarto mês faltou 01 paciente e buscamos 01(100%).

**Objetivo 3:** melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e diabético realizado na unidade de saúde;

**Meta 3:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos;

**Indicador:** proporção dos diabéticos e hipertensos com os exames clínicos em dia de acordo com o protocolo.

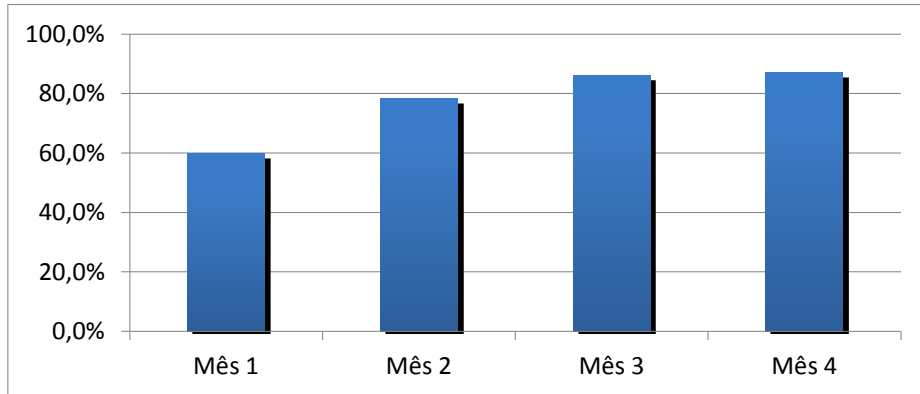


Figura 5: proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo

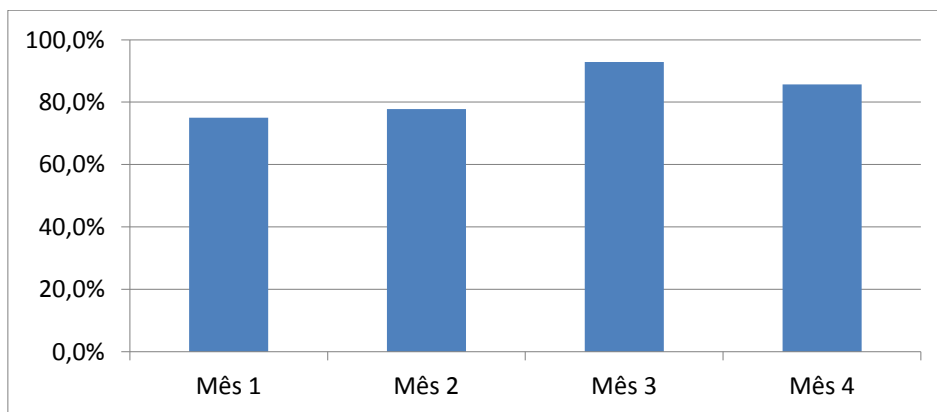


Figura 6: proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Na área adstrita da UBS no primeiro mês foi realizado o exame clínico apropriado em 12 hipertensos e 3 diabéticos. Aos longos quatro meses de intervenção foi possível realizar o exame clínico em mais 56 hipertensos e 9 diabéticos. Em dados: 87,2% dos hipertensos e 85,7% dos diabéticos fizeram o exame clínico de acordo com o protocolo, não alcançando 100% por falta de tempo, por existir muitas outras atividades dentro da UBS, no entanto, finalizando este trabalho já estávamos conseguindo organizar todas as atividades.

**Objetivo 3:** melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e diabético realizado na unidade de saúde;

**Meta 4 :** Garantir 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;

**Indicador:** proporção de diabéticos e hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo;

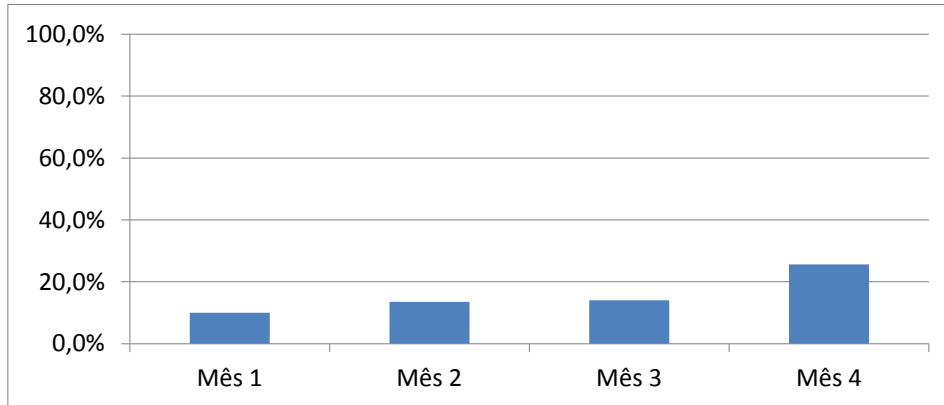


Figura 7: proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo

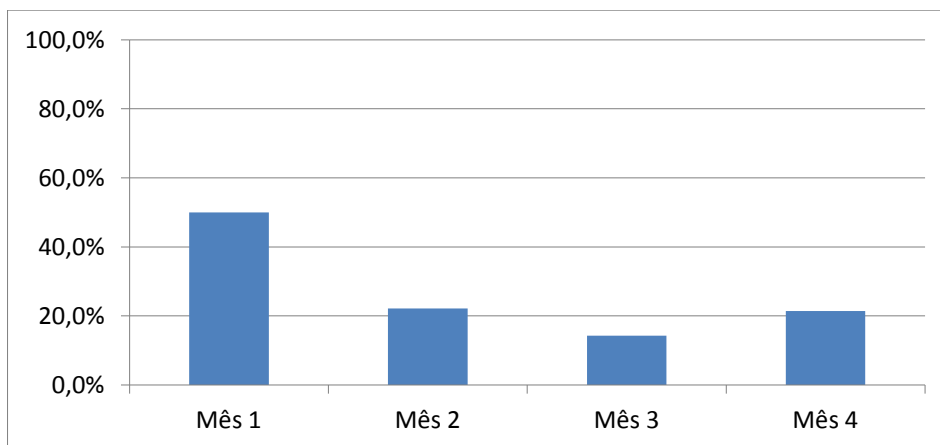


Figura 8: proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Foi possível realizar os exames complementares e de acordo com o protocolo no primeiro mês em 2 hipertensos (10%) e 2 diabético (50%). Ao longo da intervenção foi possível realizar os exames complementares em mais 18 hipertensos, totalizando 20 usuários (25%) no quarto mês de intervenção e totalizamos com 3 (21,4%) diabéticos no quarto mês de intervenção.

Esse dado tem percentuais baixos por que o município não disponibiliza muitas vagas para estes exames.

**Objetivo 3:** Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e diabético realizado na unidade de saúde.

**Meta 5 :** garantir 100% dos hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do hiperdia da farmácia popular.

**Indicador:** proporção de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do hiperdia da farmácia popular.

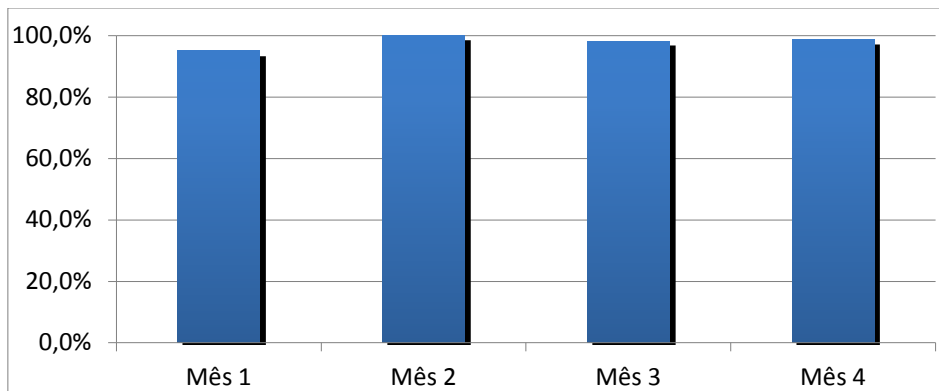


Figura 9: proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do hiperdia ou da farmácia popular

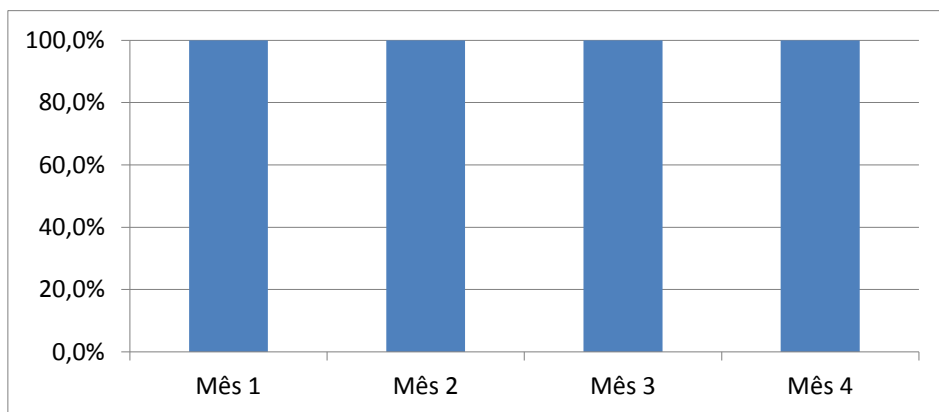


Figura 10: proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do hiperdia ou da farmácia popular.

Nesta ação começamos no primeiro mês com 19 hipertensos e 4 diabéticos, no decorrer da intervenção conseguimos chegar a 77 hipertensos que equivale a 98,7% e 14 diabéticos que representa 100%.

Não foi possível alcançar meta 100% porque tem uma paciente que toma medicamento manipulado que a farmácia popular não disponibiliza.

**Objetivo 3:** melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e diabético na unidade de saúde.

**Meta 6 :** garantir 100% dos hipertensos e diabéticos estratificação dos riscos cardiovascular por exame clínico em dia.

**Indicador:** proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação dos riscos cardiovascular por exame clínico em dia.



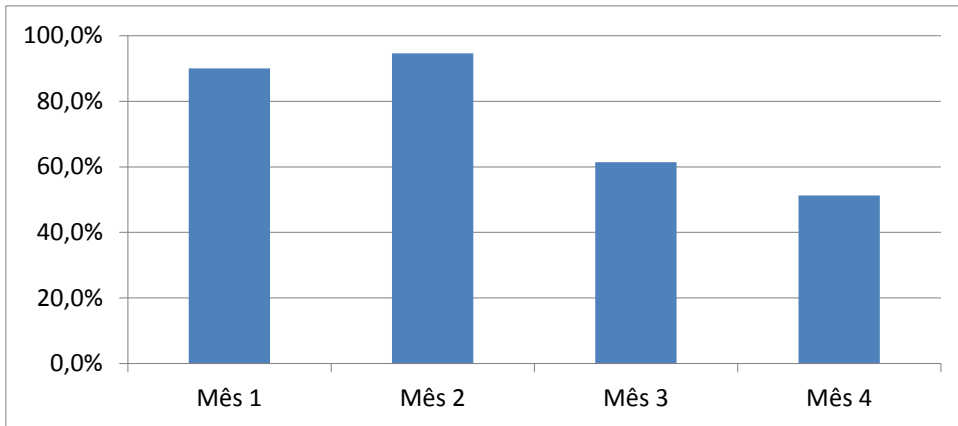


Figura 11: proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

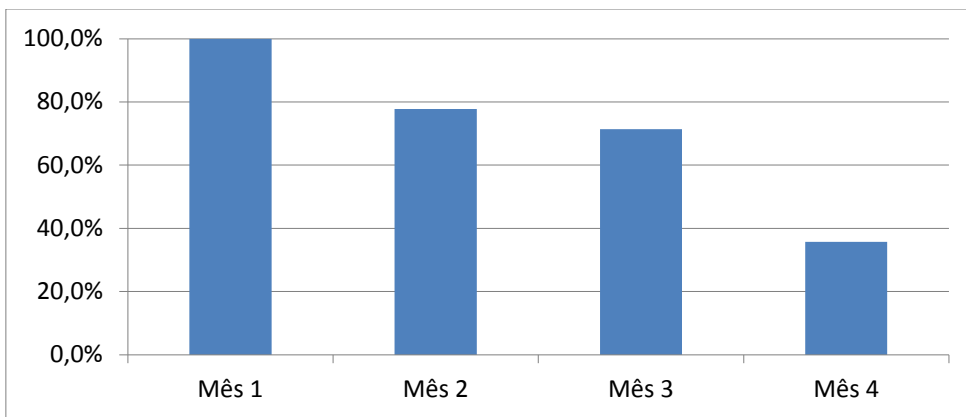


Figura 12: proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Em minha UBS foi possível realizar no primeiro mês de intervenção a estratificação dos riscos cardiovasculares em 18 hipertensos e 4 diabéticos. Ao longo da intervenção chegamos a 40 hipertensos e 4 diabéticos que representam 51,3% dos hipertensos e 35,7% dos diabéticos.

Esta meta não foi alcançada 100% por que esta atividade é realizada exclusivamente pela médica da unidade.

**Objetivo 4** : melhorar o registro das informações;

**Meta 7** : Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

**Indicador:** proporção de hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento;

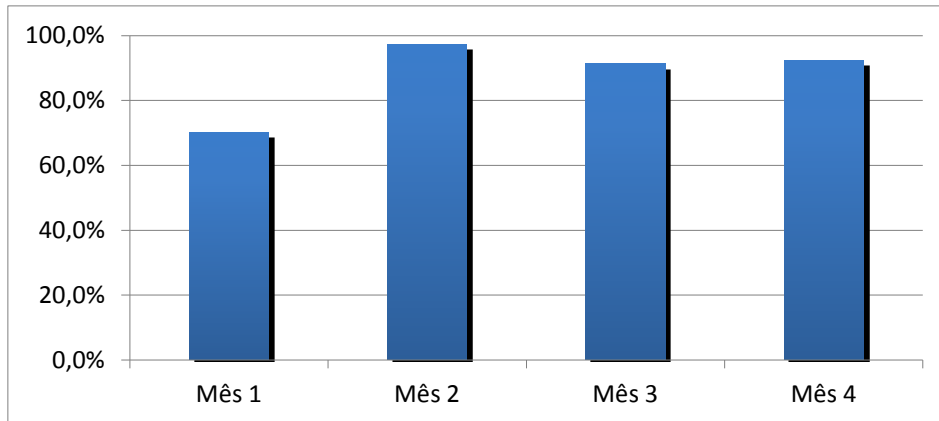


Figura 13: proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

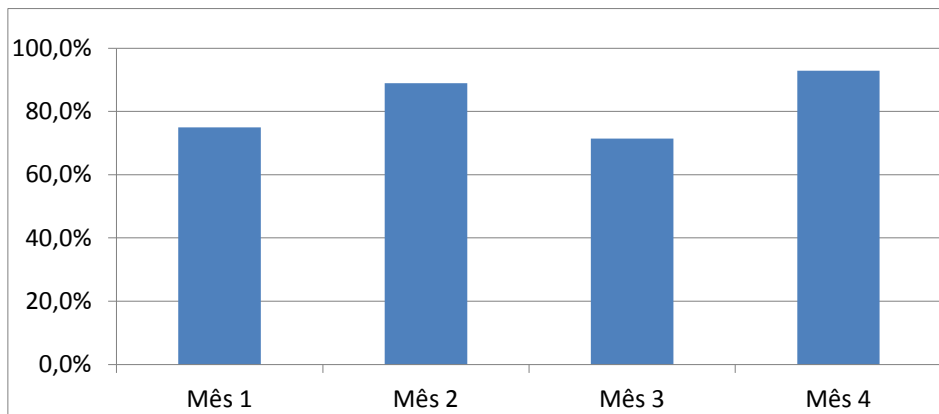


Figura 14: proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Foi possível manter a ficha de acompanhamento no primeiro mês de intervenção de 70,0% dos hipertensos, no segundo mês 97,3%, no terceiro mês de 91,2% e no quarto mês 92,3%. Em relação aos diabéticos conseguimos manter ficha de acompanhamento no primeiro mês de 75,0%, no segundo mês de 88,9%, no terceiro mês de 71,4% e no quarto mês de 92,9%. Os bons resultados desta ação por causa da colaboração da médica recepcionista juntamente com a enfermeira.

**Objetivo 5** : promoção da saúde;

**Meta 8** : Garantir avaliação odontológica de 100% pacientes hipertensos e diabéticos;

**Indicador**: proporção de hipertensos e diabéticos com avaliação odontológica;

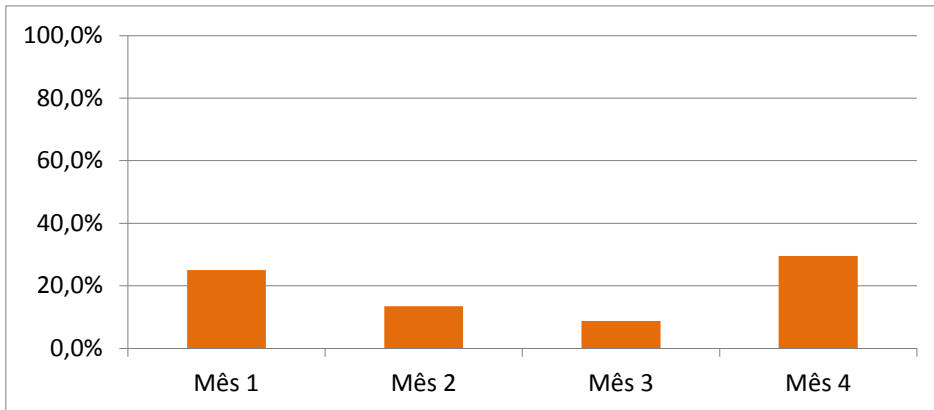


Figura 15: proporção de hipertensos com avaliação odontológica

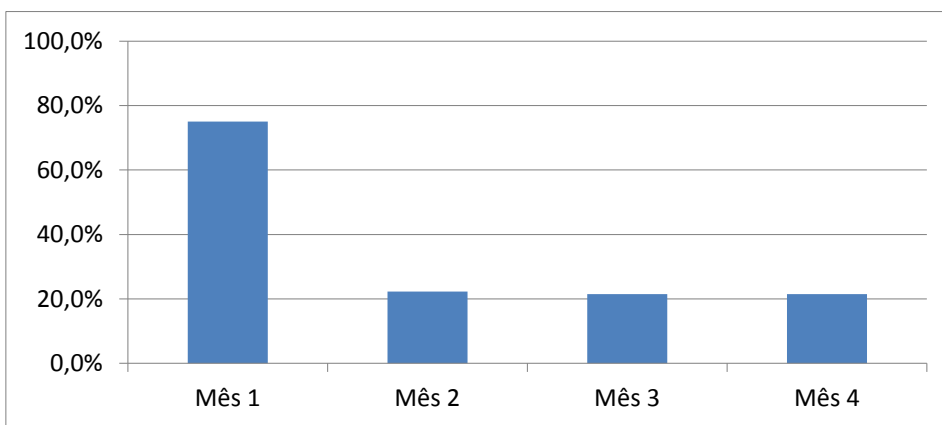


Figura 16: proporção de diabéticos com avaliação odontológica

**Objetivo 5** : promoção a saúde;

**Meta 9** : Garantir avaliação nutricional sobre alimentação saudável com 100% hipertensos e diabéticos;

**Indicador:** proporção dos diabéticos e hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável;

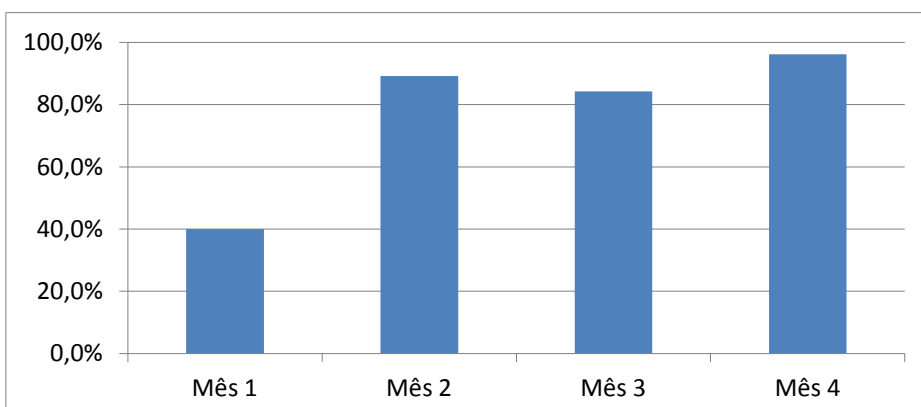


Figura 17: proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

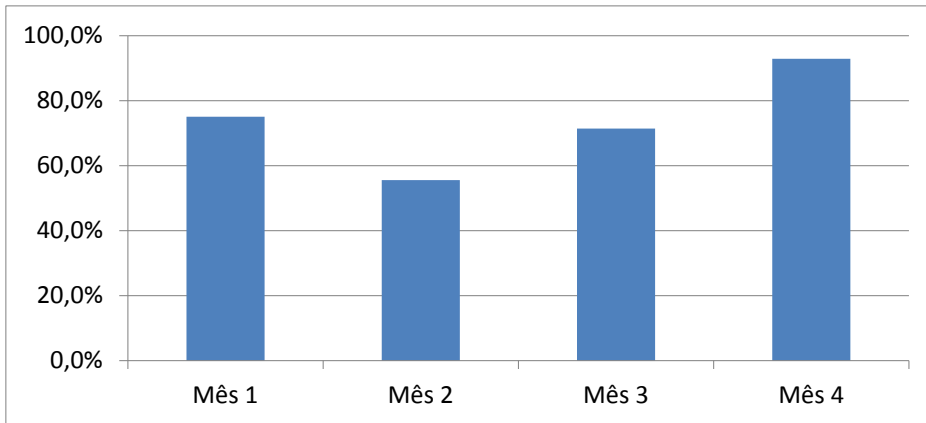


Figura 18: proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

No primeiro mês fizemos as orientações sobre alimentação saudável com 40,0% dos hipertensos, no segundo mês 89,0%, no terceiro 84,2% e no quarto de 96,2%. Orientamos no primeiro mês 75,0% dos diabéticos, no segundo mês 55,6%, no terceiro mês 71,4% e no quarto mês orientamos 92,9% dos diabéticos sobre alimentação saudável.

**Objetivo 5** : promoção a saúde

**Meta 10**: Garantir orientação em relação a atividades físicas regular de 100% hipertensos e diabéticos;

**Indicador**: proporção de diabéticos e hipertensos com orientação sobre a prática de atividades física;

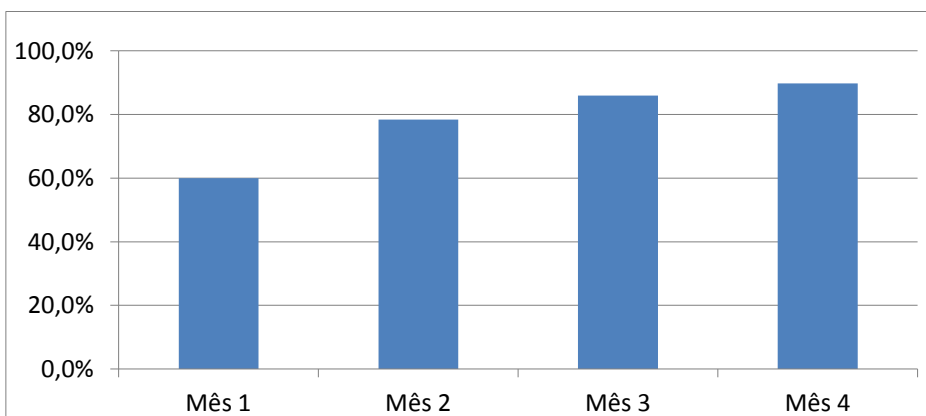


Figura 19: proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade Física regular

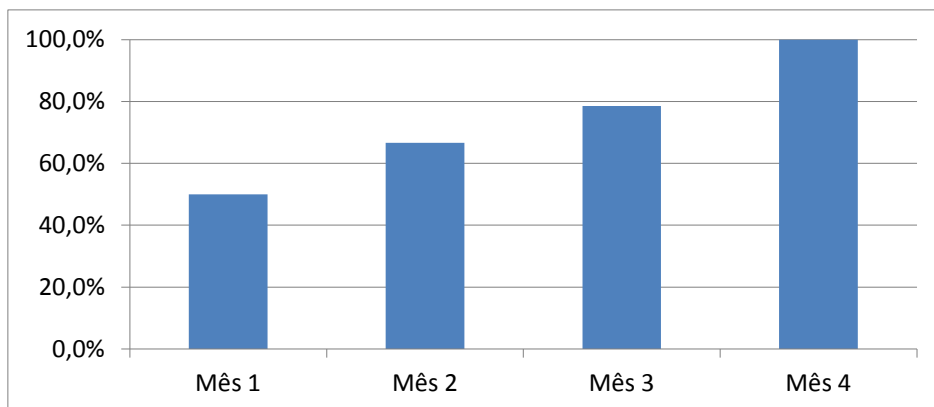


Figura 20: proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física

Na área adstrita conseguimos no primeiro mês orientar em relação às atividades físicas 60% pacientes hipertensos no primeiro mês, no segundo 78,4%, no terceiro mês 86% e no quarto mês 100%. Em relação aos diabéticos conseguimos no primeiro mês orientar 50% dos pacientes, no segundo mês 66,7%, no terceiro mês 78,6, e no quarto mês 100% dos pacientes diabéticos.

Foi possível alcançar bons resultados desta meta pela organização das palestras em grupo e no atendimento clínico individual que esta sendo realizado pela médica e enfermeira.

**Objetivo 5:** promoção à saúde;

**Meta 11:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos e diabéticos;

**Indicador:** proporção de diabéticos e hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo;

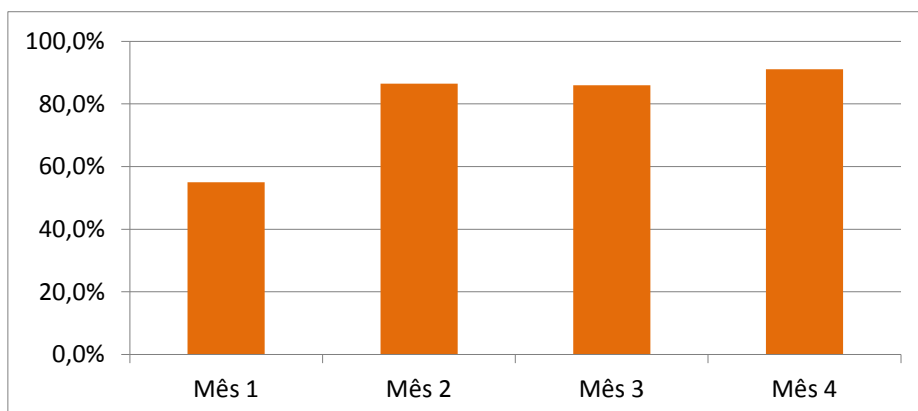


Figura 21 proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos de tabagismo

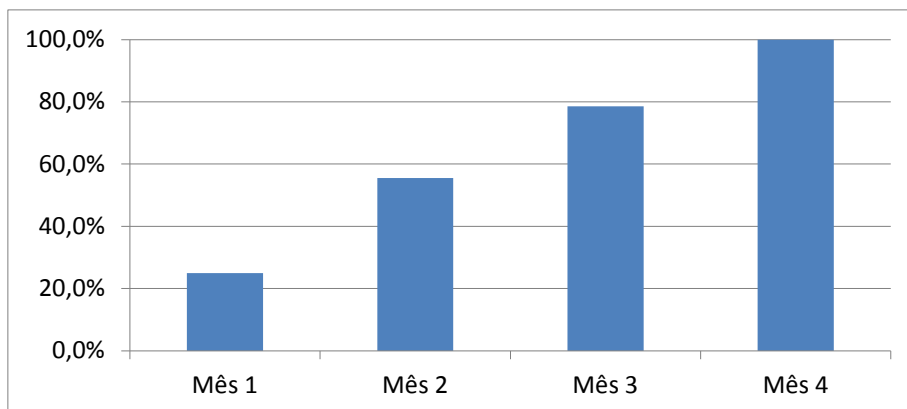


Figura 22: proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

Foi possível realizar esta ação com 55,0% dos pacientes hipertensos no primeiro mês, no segundo mês com 86,5%, no terceiro mês 86% e no quarto mês com 91,0%. Em relação aos diabéticos no primeiro mês orientamos 25,0%, no segundo mês 55,6%, no terceiro mês 78,6% e no quarto mês conseguimos orientar 100% dos diabéticos sobre os riscos do tabagismo.

Assim como na ação anterior, foi realizada através das palestras em grupo e no atendimento clínico individual.

## 4.2 Discussão

A intervenção, na Unidade de Saúde da Família Antão Vieira de Barros, proporcionou a melhora da atenção aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, a ampliação da cobertura aos hipertensos e diabéticos, a melhoria da adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa, e o progresso do registro das informações e das ações de promoção à saúde. Antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e diabetes eram concentradas na médica. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. A melhoria do registro e o agendamento dos hipertensos e diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção a demanda espontânea. A classificação de riscos dos hipertensos e diabéticos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos. O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, porém gera insatisfação na sala de

espera entre os outros membros da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização.

Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos hipertensos e diabéticos sem cobertura.

A comunidade foi se adaptando a nova rotina do atendimento aos portadores de hipertensão e diabetes, pois, por parte de alguns, esses atendimentos ainda passavam despercebidos, mesmo quando eram realizadas as orientações na sala de espera, nos encontros destes pacientes, ou nas consultas individuais. Devido à mudança, os hipertensos e diabéticos demonstraram muita satisfação com a prioridade no atendimento.

Apesar da melhoria à atenção dos portadores de Hipertensão e Diabetes, ainda existe usuários necessitando de uma atenção maior. Quanto à ampliação da cobertura aos hipertensos e diabéticos, ainda há os sem atendimento, devido à falta de informação por parte de uma minoria – na faixa etária de dezoito a trinta anos – que não frequentam a USF, por se apresentarem aparentemente saudáveis, devido a Hipertensão ser uma doença silenciosa. Apesar dos esforços de toda a equipe, é preciso melhorar o registro das informações e promoção à saúde, assim como alguns usuários mais resistentes a adesão ao programa. A intervenção aos Hipertensos e Diabéticos exigiu que toda a equipe se capacitasse, trabalhando de forma coesa, para seguir o protocolo do Ministério da Saúde referente ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e do Diabetes. Essa atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, do odontólogo, das técnicas de enfermagem, da recepcionista e dos ACS.

Ênfase especial foi conferida aos usuários do programa e com isso foram capacitadas as técnicas de enfermagem, para que ficassem atentas às aferições de PA, uma vez que em todos os turnos de atendimento elas verificavam a tensão arterial de todas as pessoas maiores de 18 anos que foram atendidas na USF. O cadastramento também foi viabilizado, já que, após o diagnóstico da médica, os usuários eram encaminhados para enfermeira.

Depois das consultas, a recepcionista fazia o agendamento de retorno a todos os usuários do programa.

Os agentes comunitários de saúde realizaram as buscas ativas e também atualizaram a relação dos pacientes hipertensos e diabéticos do território de abrangência.

O dentista, com agenda compartilhada, deixou horários reservados aos portadores de HAS e DM, bem como ficou atento aos portadores dessas duas patologias, para verificar a adesão de cada um ao programa, encaminha-los para o consultório de enfermagem ou consultório médico.

Nos consultórios da médica e da enfermeira ocorreram o preenchimento das fichas de acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos, dos cartões do hipertenso e do diabético disponíveis no município, para serem utilizados sempre que necessário. Houve a prescrição e a transcrição de receitas, solicitação de exames, encaminhamento para especialistas e orientações necessárias.

Os funcionários da farmácia básica, no ato da entrega dos medicamentos dos hipertensos e diabéticos, orientaram os usuários a realizarem o acompanhamento na USF. Como impacto da atividade ação realizada, foi possível reduzir do número de HAS e DM, aumentar o controle da Hipertensão e da Diabetes e redução do número de sequelados. Foi elevada a adesão às atividades físicas; a quebra de mitos relativos às consultas odontológicas; a adesão; a reeducação alimentar, com diminuição de uso sal, gorduras por parte dos diabéticos; a redução de uso carboidratos e ingestão de alimentos açucarados; o maior controle, quanto à realização de exames periódicos; a intensificação expressiva no número de participante nas atividades educativas.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe. Também faltou uma articulação com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implementar isto. Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está integrada, porém, como vamos incorporar intervenção à rotina do serviço terá condições de superar algumas das dificuldades encontradas. Após essa análise gostaria de deixar algumas sugestões. Primeiramente, seria a elaboração de um levantamento epidemiológico da realidade da área de abrangência, para não ter que usar os dados da estimativa do MS, por se tratar de dados municipais e muitas vezes regionais, não correspondendo à realidade da área de abrangência.

Dar maior flexibilidade aos portadores de HAS e DM na agenda da unidade, de acordo com a demanda espontânea. Também realizar encontros, buscando a participação popular, dentro de cada micro área no território de abrangência. De forma a enfatizar a importância da adesão ao programa do Hiperdia. A intervenção



será incorporada à rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial de alto risco.

Notamos que a falta de informação em nossos registros acabaram prejudicando a coleta dos indicadores. Vamos adequar as fichas dos hipertensos e diabéticos para poder coletar e monitorar todos os indicadores que tínhamos previstos no projeto.

A partir do próximo mês pretendemos investir na ampliação da cobertura dos hipertensos e diabéticos com a capacitação e treinamento dos ACS. Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implantar outros programas na UBS como a puericultura.

### **4.3 Relatório da intervenção para os gestores**

A Hipertensão arterial sistêmica é um grave problema de saúde pública, com prevalência crescente na população. Desta forma, preocupados com a qualidade do atendimento aos Hipertensos e Diabéticos, foi implantado, na Unidade de Saúde da Família Antão Vieira de Barros, na zona rural do Município de São Desidério-Ba, um projeto de intervenção. Este projeto faz parte das atividades do curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância – UFPEL/UNASUS.

O presente trabalho teve como objetivo a melhoria na assistência aos pacientes hipertensos e/ou diabéticos da USF Antão Vieira de Barros, localizado no município de São Desidério (BA). A intervenção foi realizada durante o período de quatro meses, e seguiu de acordo com o protocolo de atendimento ao Hipertenso e Diabético do Ministério da Saúde (2006). A população alvo para a intervenção foi de 91 portadores de Hipertensão Arterial e 14 portadores de Diabetes Mellitus.

Observou-se um aumento importante na identificação de pessoas portadoras de hipertensão e diabetes, sendo que no primeiro mês haviam 20 identificados como hipertensos, (22 %, cadastrados). Hoje existem 78 usuários Hipertensos identificados (85,7%; cadastrados). Os usuários com e exame clínico em dia são 87,2%; os com exames complementares em dias são 25,6%.

Com a intervenção todos os usuários acompanhados fazem uso dos medicamentos de acordo com a prescrição médica e 51,3% que estão com a estratificação de risco cardiovascular e com exame clínico em dia. Também foi monitorada a consulta com o dentista, sendo que no final da intervenção 29,5%

havia realizado a consulta. Também foi constatado que 100% receberam orientação nutricional; e 100% receberam orientação sobre prática de atividades físicas regulares. Quanto ao risco de tabagismo, 100% receberam orientação.

Em relação aos diabéticos, ao final da intervenção identificou-se 14 usuários portadores de DM. Com exame do pé diabético são 85,7% sendo que 7,1% destes estão com exames complementar em dia. Dos usuários 100% tomam medicamentos de acordo com a prescrição médica; 35,7% dos estão com estratificação de risco cardiovascular, exame clínico em dias e avaliação de comprometimento de órgãos alvo dos pacientes de risco em dias. Os pacientes com consulta periódica ao dentista são de 21,4% e 100% dos pacientes receberam orientação nutricional. Sobre a prática de atividades físicas regulares 100% dos pacientes seguiram essa recomendação. Já a orientação sobre os riscos do tabagismo dos 14 pacientes 100% foram orientados.

A intervenção propiciou ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos, melhorar a adesão ao programa, melhorar o registro das informações, promover a saúde e melhorar a qualidade do atendimento aos hipertensos e diabéticos. As ações introduzidas foram incorporadas à rotina do serviço e serão ampliadas e continuadas para que os indicadores continuem atingindo, as metas. Os resultados mostraram que houve melhoria na atenção a saúde dos hipertensos da USF Antão Vieira de Barros.

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

A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes são graves problemas de saúde pública, que vêm tendo um aumento importante dos casos e também do risco de morte. Dessa forma é indispensável realizar ações, que tentem melhorar a qualidade do atendimento aos Hipertensos e aos Diabéticos. Durante quatro meses foi implantado, na Unidade de saúde da Família Antão Vieira de Barros, zona rural do Município de São Desidério-BA, um projeto de intervenção nesse sentido.

Este projeto faz parte das atividades do curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância – UFPEL/UNASUS.

Antes da intervenção, foi observado que os hipertensos e diabéticos não compareciam com frequência às consultas, não usavam a medicação prescrita corretamente, a participação dos grupos operativos e das oficinas era baixa, assim como a adesão ao programa.

Com a intervenção, foi analisada e atualizada a relação dos pacientes hipertensos e diabéticos do território de abrangência, comparando os relatórios dos agentes de saúde com os dos cadastrados no serviço. Foram realizadas buscas ativas dos hipertensos e diabéticos cadastrados que não estavam realizando acompanhamento no posto de saúde; foi feita parceria com os funcionários da farmácia básica para orientação da realização do acompanhamento no posto de saúde, diante a retirada de medicação; foram solicitados exames laboratoriais de rotina para os hipertensos e diabéticos, que realizaram as consultas de rotina e os das visitas domiciliares, e que não realizavam estes procedimentos há mais de um ano; foram cadastrados imediatamente no Programa voltado para os hipertensos e diabéticos, todos os usuários com diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes que compareceram no posto de saúde ou foram atendidos nas visitas domiciliares, pela médica e pela enfermeira.

Os hipertensos e diabéticos com pouca ou nenhuma assiduidade às consultas de rotina, quando compareceram por qualquer motivo, foi realizada a captação para consulta imediata. Após cada consulta médica e de enfermagem os hipertensos e diabéticos, passavam na recepção para agendar o retorno; foi verificada a tensão arterial de todas as pessoas maiores de 18 anos atendidas na USF; foram realizados acompanhamento contínuo aos hipertensos e diabéticos, tendo o dia específico de atendimento a esse grupo e nos demais dias, eram priorizados também esses usuários; foi mantida a parceria e a agenda compartilhada com o dentista da USF.

Observou-se que no primeiro mês haviam 20 identificados como hipertensos, (22 %, cadastrados). Percebeu-se que houve um aumento significativo no período da intervenção. Hoje na UBS Antão Vieira de Barros existem 78 usuários Hipertensos identificados (85,7%; cadastrados). Os usuários com exame clínico em dia são 87,2%; os com exames complementares em dias são 25,6%. Com a intervenção todos os usuários acompanhados fazem uso dos medicamentos de acordo com a prescrição médica. 51,3% estão com a estratificação de risco cardiovascular e com exame clínico em dia. Também foi monitorada a consulta com

o dentista, sendo que no final da intervenção 29,5% haviam realizado a consulta. Também foi constatado que 100% receberam orientação nutricional; e 100% receberam orientação sobre prática de atividades físicas regulares. Quanto ao risco de tabagismo, 100% receberam orientação.

Em relação aos diabéticos, ao final da intervenção identificou-se 14 usuários portadores de DM. Com exame do pé diabético são 85,7% sendo que 7,1% destes estão com exames complementar em dia. Dos usuários 100% tomam medicamentos de acordo com a prescrição médica; 35,7% dos estão com estratificação de risco cardiovascular, exame clínico em dias e avaliação de comprometimento de órgãos alvo dos pacientes de risco em dias. Os pacientes com consulta periódica ao dentista são de 21,4% e 100% dos pacientes receberam orientação nutricional. Sobre a prática de atividades físicas regulares 100% dos pacientes seguiram essa recomendação. Já a orientação sobre os riscos do tabagismo dos 14 pacientes 100% foram orientados.

As ações introduzidas foram incorporadas à rotina do serviço e serão ampliadas e continuadas para que os indicadores continuem atingindo, as metas. Os resultados mostraram que houve melhoria na atenção a saúde dos hipertensos da USF Antão Vieira de Barros. Os usuários também reconheceram que esse projeto trouxe benefícios.

## **5. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

Iniciei o curso com muito entusiasmo e com muitas dificuldades no enfrentamento da realidade, porém o trabalho superou as expectativas. Tive ajuda de toda a equipe, uma vez que trabalhar sozinha não é fácil, e isso foi de grande valia para mim. A intervenção, apesar de ser exatamente a parte prática, envolvia além do tempo para realizar as postagens, a realização das ações em tempo hábil, o que a tornava cansativa.

Esta foi a minha primeira experiência com a educação à distância. Antes de começar o curso pensava que fosse mais fácil e tivesse um nível menor de exigência, porém foi tudo oposto ao que eu pensava. Muitas vezes senti vontade de desistir. Inúmeras vezes realizei postagens no fórum e conversei com orientador, pois acreditava que não iria dar conta, já que era preciso duas vezes por semana fazer postagens, dar conta das muitas leituras e também das tarefas.

Hoje, com a conclusão das atividades do curso, me sinto preparada para realizar o acompanhamento com qualquer grupo, em especial os hipertensos e os diabéticos em qualquer unidade de saúde, não só na que hoje trabalho, mas em qualquer outra. Talvez um dos motivos seja que os usuários beneficiados diretamente com as atividades da intervenção demonstram estarem mais seguros e confiantes no meu trabalho. Devido aos fatores, que julgo serem os mais relevantes, no decorrer do curso terem sido o conhecimento e a troca de experiências, porque ao olhar para trás percebo que avançamos como profissionais, sentimos a importância do nosso papel e de alguma maneira vemos que contribuimos para que outros crescessem também.

Outro ponto relevante do curso foram as atividades da prática clínica, pois nos forçou a estudar um pouco mais. Contudo, faço uma ressalva quanto aos resultados dos TQCs, já que estes não informam quais foram às questões que erramos, apenas citam o nome do assunto, o que poderia ser mais objetivo. A

respeito dos resultados dos casos interativos, esses foram à parte que mais gostei de fazer, além do que, todos os temas abordados contemplaram a nossa rotina na Unidade de Saúde da Família, ao responder tive a oportunidade de ver qual o que tinha acertado e o que tinha errado, assim como as explicações.

Após isso exposto, posso afirmar que o curso e a intervenção serviram muito para o meu aprendizado. Foram muitos os ganhos: a forma de organizar as ações programáticas (em especial o Hiperdia); a forma de olhar e de organizar o cuidado desses usuários e a organização dos grupos; a realização do monitoramento; o engajamento da equipe. De certa forma, tudo mudou para melhor; o curso me enriqueceu dando-me subsídios e conhecimentos para aplicar na minha prática E me proporcionou a troca de saberes diferenciados.

Aprendemos bastante, ensinamos também, houve, durante todo o curso, muita troca de saberes, de experiências. Mesmo com todos os problemas que enfrentei durante o curso, acredito que tive um grande crescimento profissional durante o tempo em que participei dessa especialização.

## **6. Referencias Bibliográficas**

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

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: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

## **Anexos**









**Anexo 3 Documento do comitê de ética**

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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª  
Profª Ana Cláudia Gastal Fassa

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



Prezada Pesquisadora;

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

Patrícia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL



## Anexo 4 ficha do Hiperdia

 		<b>MS - HIPERDIA</b> PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS			<b>CADASTRO DO HIPERTENSO            E/OU DIABÉTICO</b>	
Nome da Unidade de Saúde (*)		Cód. SIA/SUS (*)		Número do Prontuário		
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO (*)						
Nome (com letra de forma e sem abreviaturas)			Data Nascimento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Nome da Mãe (com letra de forma e sem abreviaturas)			Nome do Pai			
Raça/Cor (TV)	Escolaridade (TV)	Nacionalidade <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira	País de Origem		Data Naturalização / /	
Nº Portaria	UF Munic. Nasc.	Nome Munic. Nascimento	Sit. familiar/Conjugal (TV)	Nº Cartão SUS		
DOCUMENTOS GERAIS						
Título de Eleitor	Número	Zona	Série			
CTPS	Número	Série	UF	Data de Emissão / /		
CPF	Número	PIS/PASEP	Número			
DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS (**)						
Identidade	Número	Complemento	Órgão (TV)	UF	Data de Emissão / /	
Certidão (TV)	Tipo	Nome do Cartório			Livro	
	Folha	Termo			Data de Emissão / /	
ENDEREÇO (*)						
Tipo Logradouro	Nome do Logradouro			Número	Complemento	
Bairro	CEP		DDD	Telefone		
DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE						
Pressão Arterial Sistólica (*)	Pressão Arterial Diastólica (*)	Cintura (cm)	Peso (kg) (*)			
Altura (cm) (*)	Glicemia Capilar (mg/d)		<input type="checkbox"/> Em jejum	<input type="checkbox"/> Pós prandial		
Fatores de risco e Doenças concomitantes		Não	Sim	Presença de Complicações		
Antecedentes Familiares - cardiovasculares				Infarto Agudo Miocárdio		
Diabetes Tipo 1				Outras coronariopatias		
Diabetes Tipo 2				AVC		
Tabagismo				Pé diabético		
Sedentarismo				Amputação por diabetes		
Sobrepeso/Obesidade				Doença Renal		
Hipertensão Arterial						
TRATAMENTO						
Não Medicamentoso: <input type="checkbox"/>						
Medicamentoso						
Comprimidos/dia						
Tipo	1/2	1	2	3	4 5 6	
Hidroclorotiazida 25 mg						
Propranolol 40 mg						
Captopril 25 mg						
Glibenclâmida 5 mg						
Metformina 850 mg						
Insulina <input type="text"/>						
Outros <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO						
Data da Consulta (*)		Assinatura do Responsável pelo atendimento (*)				

Legenda: (\*) Campos obrigatórios, com exceção: nome pai; data naturalização e nº portaria, se nacionalidade brasileira (nascido no Brasil); complemento, DDD e telefone.  
 (\*\*) Pelo menos um dos documentos é obrigatório. TV = Tabela no verso do formulário.

## ALIMENTOS PREJUDICIAIS AO HIPERTENSO FONTES DE MAIOR TEOR DE SÓDIO

Sal de cozinha e industrializados;  
Alimentos industrializados (catchup, mostarda, shoyu, caldos concentrados, etc.);  
Embutidos (salsicha, mortadela, lingüiça, presunto, salame, paio, etc.);  
Conservas (picles, azeitona, aspargo, palmito, milho, patês, algas, chucrutes, malonese, pronta, etc.);  
Enlatados (extrato de tomate, milho, ervilha, molho inglês, de soja, etc.);  
Carnes processadas industrialmente (bacalhau, charque, carne seca, camarão seco, defumados, etc.);  
Temperos e sopas prontos, caldos concentrados, etc.;  
Salgadinhos para aperitivos (batata frita, amendoim salgado, etc.);  
Bolachas salgadas, margarina ou manteiga com sal;  
Dentre os queijos, somente o queijo branco e a ricota sem sal são permitidos.

**Com estes cuidados, você estará contribuindo para o sucesso do tratamento anti-hipertensivo prescrito pelo seu médico, e melhorando sua qualidade de vida.**

Fonte: III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial.

Observações:

---

---

---

---

---

---

---

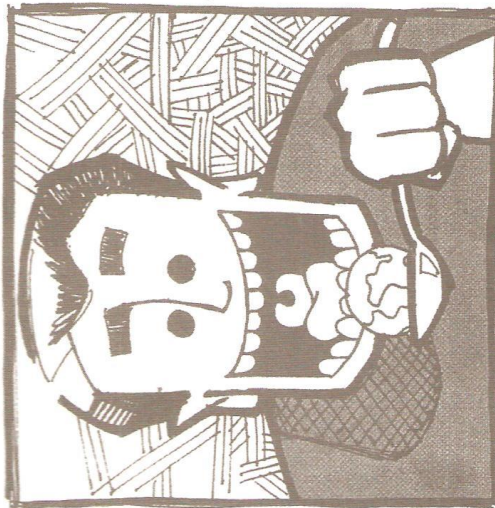
---



DESENVOLVIMENTO  
E CIDADANIA

## Anexo 5 folheto informativo Hipertensão

# HIPERTENSÃO



Dieta para Hipertensos

### Peso Corporal X Pressão Alta

O excesso de peso corporal tem forte correlação com o aumento da pressão arterial. Todos os hipertensos que estão acima da média do peso normal, devem começar um programa de redução de peso de modo a alcançar o Índice de Massa Corpórea\* (IMC) inferior a 25kg/m<sup>2</sup> e Relação Cintura-Quadril\*\* (RCQ) inferior a 0,8 para as mulheres e a 0,9 para os homens, em razão da associação com o risco cardiovascular aumentado.

\*Para se calcular o Índice de Massa Corpórea usa-se a seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Peso}}{\text{Altura x Altura}} = \text{massa corpórea} \quad \frac{98}{1,75 \times 1,75} = 32\text{kg/m}^2$$

Por exemplo:  
Um indivíduo com 98Kg e 1,75m:

A massa corpórea desse indivíduo é igual a 32Kg/m<sup>2</sup>, portanto, ele está com o peso acima do normal.

\*Para se calcular a Relação Cintura Quadril usa-se a seguinte fórmula:

$$\frac{\text{medida da cintura}}{\text{medida do quadril}} = \frac{\text{Relação Cintura}}{\text{Quadril}} \quad \frac{100\text{cm}}{90\text{cm}} = 1,11\text{cm}$$

Por exemplo:  
Um indivíduo do sexo masculino com 100cm de cintura e 90cm de quadril:

A relação Cintura Quadril desse indivíduo é igual a 1,11cm, portanto, ele está com as medidas acima da média.

### As recomendações para a redução de peso são:

- \*Dieta
- \*Atividade Física

### Como manter uma dieta?

- Evitar dietas "milagrosas";
- Substituir gorduras animais por óleos vegetais;
- Evitar açúcar e doces;
- Retirar o sal da mesa e usar temperos naturais;
- Evitar frituras;
- Consumir alimentos fonte de fibras, como: frutas, cereais integrais, hortaliças, legumes, etc. Preferencialmente consumir os crus.

### O que é bom para o hipertenso?

Aumentar a ingestão de potássio pela escolha de alimentos como: feijões, ervilha (sem ser em conserva), vegetais de cor verde-escura, banana, melão, cenoura, beterraba, frutas secas, tomate, batata inglesa e laranja. Essa indicação se justifica pela possibilidade de o potássio exercer efeito anti-hipertensivo e ter ação protetora contra danos cardiovasculares;



Preparar todos os alimentos sem sal;



Usar temperos naturais à vontade, como: limão, alho, cebola, cheiro-verde, orégano, cominho, coentro, manjericao, etc;

Para temperar as saladas, use azeite de oliva ou óleo de canola;



Dar preferência às carnes brancas (peixe e frango) e à carne magra de boi;

Procurar trocar pão salgado por pão-doce ou bolacha doce. Consumir no máximo, um pão francês (com sal) por dia;



Consumir verduras, legumes e frutas diariamente. E sempre que possível, consumi-los crus;

Para preparar os alimentos, use de preferência óleo de soja, milho ou girassol;



Preparar alimentos grelhados, assados, refogados ou ensopados e sempre com pouco óleo, evitando frituras ao máximo;

O uso de leite e seus derivados é permitido, desde que o queijo seja sem sal (queijo branco ou ricota);

Diminuir ou, de preferência, eliminar o uso de bebidas alcoólicas;

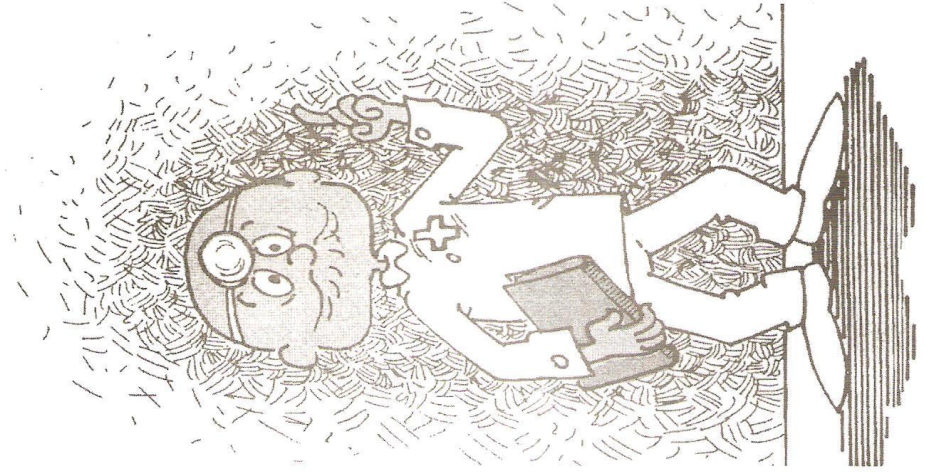


O consumo de café tem que ser, no máximo, 3 xícaras pequenas por dia.



## Anexo 6 folheto informativo Diabetes Mellitus

# O QUE É DIABETES?



**Higiene** – Manter o corpo bem limpo e asseado evita doenças e infecções. Escove os dentes após as refeições tome banho diariamente. Desinfete cortes e arranhões e cuide bem da higiene íntima. A mulher diabética deve estar sempre atenta para evitar que apareçam corrimentos ou infecções genitais. Durante a gravidez a paciente diabética deve visitar seu médico com frequência e manter seu diabetes bem controlado para que seu bebê nasça forte e sadio.

### CUIDADO COM OS PÉS

Os diabéticos têm motivos muito especiais para cuidar dos seus pés. Um cuidado meticuloso é a escolha de um calçado adequado podem prevenir problemas, aos quais os diabéticos estão sujeitos.



- Lave os pés diariamente com água morna e sabão
- Corte as unhas horizontalmente
- Troque diariamente as meias, que devem ser limpas e de suave compressão (nem muito folgadas e nem muito apertadas), use preferencialmente mais de lã ou algodão e sapatos de couro.
- Examine diariamente os sapatos, para garantir que não tenham buracos, pregos, pedras ou quaisquer outras irregularidades que possam irritar a pele.
- Mantenha a pele elástica usando uma locação hidratante, mas não aplique entre os dedos.
- Mantenha os pés quentes e secos.
- Nunca ande descalço, nem mesmo em casa.
- Use sempre sapato ou sandálias folgadas.

**CUIDE BEM DE SEUS PÉS E UTENSÍLIOS. UM PASSEIO DIÁRIO E CURTO ESTIMULARÁ A CIRCULAÇÃO SANGÜÍNEA E O FARÁ SENTIR-SE MUITO MELHOR.**