

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 7



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica  
e/ou Diabetes Mellitus na ESF Cidade Baixa, São José do Norte, 2015**

**Angela Lisgreilis Leon Granado**

**Pelotas, 2015**

**ANGELA LISGREILIS LEON GRANADO**

**Melhoria da atenção aos adultos portadores de hipertensão arterial sistêmica  
e/ou diabetes mellitus na ESF Cidade Baixa, São José do Norte, 2015**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância – UFPEL/UNASUS, Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Mabel Miluska Suca Salas

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

G748m Granado, Angela Lisgreilis Leon

Melhoria da Atenção aos Adultos Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Cidade Baixa, São José do Norte, 2015 / Angela Lisgreilis Leon Granado; Mabel Miluska Suca Salas, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

100 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Salas, Mabel Miluska Suca, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho primeiramente, a minha mãe Maritza (in memoriam), que infelizmente não pode estar presente neste momento da minha vida, mas que não poderia deixar de dedicar a ela, pois se hoje estou aqui, é por ela. Obrigado por tudo! Saudades eternas!

A meu esposo Elio, pela paciência, compreensão, carinho e amor, e pela ajuda para achar soluções de problemas quando parecia não haver.

A meus filhos Jose Carlos e Helen que iluminam meu caminho.

## **Agradecimentos**

Agradeço a Deus por ter me dado a possibilidade de fazer o curso.

À universidade e seu corpo docente.

A minha orientadora , Mabel Miluska Suca Salas, pelo apoio, pelas suas sugestões e motivação

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação.

Muito obrigada

## Resumo

LEÓN-GRANADO, Angela Lisgreillis. **Melhoria da atenção aos adultos portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na ESF Cidade Baixa, São Jose Do Norte, 2015.** 99 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A hipertensão e diabetes são fatores de risco para doenças cardiovasculares, que por sua vez constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. O objetivo da intervenção foi melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão e Diabetes. A presente intervenção foi desenvolvida durante 12 semanas no município de São Jose do Norte, UBS Cidade Baixa. A equipe toda se envolveu nesta intervenção e foram planejadas e realizadas ações de capacitação e atualizações, exames clínicos, registros, buscas ativas dos usuários faltosos, visitas domiciliares àqueles que não poderiam ir à consulta, atividades de grupo com os hipertensos e diabéticos e seus familiares, momento em que foi promovido e incentivado o engajamento público por parte destes participantes. Todas as atividades consideraram os quatro eixos programáticos de monitoramento e avaliação, organização e gestão de serviço, engajamento publico e qualificação da prática clinica. A população alvo foi de 695 usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e 126 usuários com Diabetes Mellitus pertencentes à área adstrita da UBS. Foram cadastrados na UBS, 553 usuários com hipertensão e 111 usuários com diabetes. Conseguimos aumentar a cobertura para 79.6% dos usuários hipertensos e 88,1% dos usuários diabéticos. Todas as metas de qualidade foram cumpridas em 100%. Os usuários com hipertensão e diabetes receberam na integra todas as ações propostas de acordo com os eixos pedagógicos. O indicador de cobertura de programa de atenção ao hipertenso e diabéticos não alcançaram 100% dos usuários porém esperamos que com a continuidade das ações, todos recebam esse atendimento. A intervenção já está estabelecida na rotina das atividades da UBS e esperamos continuar melhorando a qualificação da ação programática. Em conclusão, houve a melhora da qualidade de atenção aos usuários com hipertensão e diabetes na nossa UBS.

**Palavras-chave:** Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

## Lista de Figuras

Figura 1 -	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade Básica de Saúde Cidade Baixa, São Jose do Norte, RS, 2015.....	68
Figura 2 -	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao usuário diabético na Unidade Básica de Saúde Cidade Baixa, São Jose do Norte, RS, 2015.....	69
Figura 3 -	Gráfico da Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular\Hiperdia priorizada na Unidade Básica de Saúde Cidade Baixa, São Jose do Norte, RS, 2015.....	72
Figura 4 -	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular\Hiperdia priorizada na Unidade Básica de Saúde Cidade Baixa, São Jose do Norte, RS, 2015.....	73
Figura 5 -	Gráfico da Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na Unidade Básica de Saúde Cidade Baixa, São Jose do Norte, RS, 2015.....	74
Figura 6 -	Gráfico da Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na Unidade Básica de Saúde Cidade Baixa, São Jose do Norte, RS, 2015.....	75
Figura 7 -	Gráfico da Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na Unidade Básica de Saúde Cidade Baixa, São Jose do Norte, RS, 2015.....	78
Figura 8 -	Gráfico da Proporção de hipertensos que receberam orientações sobre higiene bucal na Unidade Básica de Saúde Cidade Baixa, São Jose do Norte, RS, 2015. ....	81

## Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS-	Agente comunitário da Saúde
CAPS -	Centro de Atenção Psicossocial
CEO-	Centro de Especialidades Odontológicas
DM-	Diabetes Mellitus
DTS-	Doenças de transmissão sexual
ESB-	Equipe de Saúde Bucal
ESF-	Estratégia da Saúde da Família
HAS-	Hipertensão Arterial
Hgt -	Hemoglicoteste
IMC-	Índice de Peso Corporal
NASF -	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NIC -	Neoplasia cervical intraepitelial
OMS-	Organização Mundial de Saúde
PMAQ -	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
RNM-	Ressonâncias Magnéticas
SAMU -	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SISPRENATAL -	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SUS-	Sistema Único de Saúde
TG-	Tomografias
VIH -	Cervical Intraepithelial Neoplasia
VPH-	Papiloma Humano



## Sumário

Apresentação .....	10
1 Análise Situacional .....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	25
2 Análise Estratégica .....	27
2.1 Justificativa .....	27
2.2 Objetivos e metas .....	29
2.2.1 Objetivo geral .....	29
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	29
2.3 Metodologia .....	31
2.3.1 Detalhamento das ações .....	32
2.3.2 Indicadores .....	49
2.3.3 Logística .....	55
2.3.4 Cronograma.....	61
3 Relatório da Intervenção.....	65
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	65
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	68
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	68
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	68
4 Avaliação da intervenção.....	69
4.1 Resultados.....	69
4.2 Discussão .....	82
5 Relatório da intervenção para gestores .....	86
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	89
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	91
Referências .....	93
Anexos .....	94

## **Apresentação**

O Trabalho de Conclusão do Curso constitui o projeto final da Especialização em Saúde da Família, da Universidade Aberta do SUS- UNASUS da Universidade Federal de Pelotas. O presente trabalho apresenta uma intervenção que foi desenvolvida na UBS Cidade baixa durante três meses e visou a melhoria da atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus.

A intervenção encontra-se organizado em cinco seções:

A primeira seção está formada pelo Relatório da Análise Situacional, onde é abordado o funcionamento da UBS, as características da população da área de abrangência e nível de implementação dos programas do Ministério de Saúde.

A segunda seção apresenta a Análise Estratégica na qual contempla o projeto de intervenção explicando as ações a serem desenvolvidas as metas e objetivos, os indicadores, as atribuições de cada profissional, a logística e o cronograma das atividades.

A terceira seção está formada pelo Relatório da Intervenção. No relatório são analisadas as ações que foram desenvolvidas, as dificuldades na coleta de dados, e a viabilidade de incorporação à rotina do serviço.

A quarta seção discute os Resultados da Intervenção, na qual realiza-se uma avaliação qualitativa e quantitativa das metas alcançadas discussão e os relatórios para a gestão e a comunidade

A quinta e sexta parte apresentam os relatórios da comunidade e para a gestão respectivamente na qual são apresentados os resultados obtidos a partir da intervenção , as ações realizadas e esclarecidos os benefícios obtidos, exortando-os a continuidade da participação .

Na última seção, é apresentada uma Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e implementação da intervenção.

## **1 Análise Situacional**

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

Eu trabalho na Unidade Básica Saúde (UBS) - Estratégias de Saúde da Família (ESF) Cidade Baixa localizada no Município São Jose do Norte, Rio Grande do Sul. Contamos com a equipe de Saúde composta por uma Médica, um enfermeiro, uma Técnica de Enfermagem, uma odontóloga, três agentes de saúde, recepcionista e funcionaria de higiene.

O nosso horário de trabalho é pela manhã de 8 a 12 e à tarde das 13h às 17h de segunda a sexta-feira. Realizamos o atendimento das demandas espontâneas, e a atenção a grupos prioritários como gestantes, crianças, idosos, hipertensos, diabéticos, saúde da mulher, saúde do homem, idosos; e utilizamos os protocolos de atendimento do Ministério de saúde.

Os atendimentos são registrados em prontuários clínicos organizados por família, além de ter prontuário eletrônico. Todos os dias, são reservadas três consultas para a demanda espontânea. Nas segundas-feiras pela manhã agendamos e atendemos aos usuários com hipertensão e diabetes, e a tarde realizamos a atenção a gestantes. Na terça-feira de manhã, trabalhamos na saúde da mulher e a tarde a saúde do homem. Na quarta-feira de manhã trabalhamos o atendimento da puericultura e a tarde realizamos as visitas domiciliares. Na quinta-feira atendemos a demanda espontânea e a tarde a reunião da equipe, e na sexta dia eu realizo as atividades do curso.

O agendamento de enfermagem é igual, e nas sextas e terças-feiras são realizados os teste de pezinho. A técnica de enfermagem realiza curativos e os testes de Hemoglicoteste (Hgt). Nossa UBS tem uma estrutura e um espaço muito

pequeno, fator que influencia no desenvolvimento de nosso trabalho, mo entanto as ações são realizadas da melhor forma possível. A recepção tem capacidade para 10 usuários.

O processo de acolhimento é realizado todos os dias, e o primeiro contato é na recepção com duração de 10 minutos, durante esse tempo é solicitado ao usuário documento de identidade, cartão do Sistema Único de Saúde (SUS) e comprovante de residência para completar o cadastro eletrônico do E-SUS. Utilizamos a triagem tradicional. O usuário após o atendimento sai com a próxima consulta agendada segundo o protocolo de atendimento. Os usuários com Hipertensão Arterial (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) tem acompanhamento a cada três meses, as crianças depende da idade, a gestante segundo idade de gestação.

O acompanhamento é efeito pela médica e enfermeiro. Temos dificuldade com a agenda de odontologia, pois é semanal para as demandas espontâneas e não se trabalha com grupos prioritários. Não temos local específico para fazer atividades com a comunidade e precisamos de igrejas e locais de escola para os encontros com os grupos.

Temos grupos de gestantes, mulheres, hipertensos e diabéticos, e realizamos atividades todas as semanas, sendo que o trabalho com os adolescentes é em coordenação com a escola. Realizamos caminhadas duas vezes por semana durante 30 minutos e tem boa aceitação na comunidade. Fazemos reuniões de equipe, planejamos e coordenamos a agenda e atividades da semana, e analisamos e avaliamos os programas de saúde ou os casos individuais que afetam a família e a comunidade.

Não temos conselho de saúde na UBS, nem líder comunitário. Temos dificuldades com os medicamentos e recursos materiais de trabalho. O cadastro não está atualizado porque temos poucos agentes de saúde. O mapeamento foi feito no ano passado. Nossa maior dificuldade com os usuários são os exames laboratoriais que demoram muito tempo e os encaminhamentos aos especialistas.

## **1.2 Relatório da análise situacional**

O município de São Jose do Norte está localizado no extremo sul do estado de Rio Grande do Sul, sendo o município limítrofe à cidade de Tavares. São Jose do Norte tem uma população de 25.072 habitantes e apresenta uma densidade

demográfica de 23 hab./Km<sup>2</sup>. Uma grande parcela da população mora na zona urbana. A economia do município tem como pilares principais a agricultura, o extrativismo vegetal, a pesca e a pecuária. A pesca, a agricultura e a pecuária acompanham a economia do município desde quando o município era considerado uma vila. O extrativismo tem movimentado a economia municipal nos últimos anos.

No município, 5,5% da população é classificada de extrema pobreza, sendo que do total da população, 6,6 % tem plano de saúde (IBGE, 2010). A cobertura da Atenção Básica é de 27,6% e da ESF de 89%. O município conta com cinco Estratégias de Saúde da Família (ESF) e uma Unidade Básica Saúde (UBS) Tradicional. Três ESF contam com equipes de Saúde Bucal, sendo que o município não possui Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), nem Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Temos apoio do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e centro de fisioterapia. Contamos com um hospital que está vinculado ao SUS, e temos disponibilidade das especialidades de pediatria e obstetrícia. Caso exista a necessidade de outras especialidades, os usuários são encaminhados para o município de Rio Grande ou para a capital de estado, Porto Alegre. Contamos com duas clínicas especializadas na realização de radiografias e ecografias. As tomografias (TG) e ressonâncias magnéticas (RNM) devem ser realizadas em outros municípios. Temos dificuldade de acesso a alguns exames complementares, existindo a demora de diagnóstico e tratamento oportuno. No município, contamos com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que auxilia no atendimento e na remoção de usuários com risco de morte e/ou lesão grave.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) "Cidade Baixa", está localizada na zona urbana. O modelo de atenção da UBS é de tipo ESF. A UBS está inserida no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) da Atenção Básica. Possui vínculo com instituições de ensino e é atendida por uma equipe formada por um médico, um enfermeiro, um odontólogo, uma Técnica de odontologia, uma técnica de enfermagem e três agentes comunitários de saúde (ACS). Contamos com o apoio de um auxiliar de serviços gerais e uma recepcionista. A área de abrangência da UBS inclui dois Bairros, Bairro Cidade Baixa e bairro Guarida. Na nossa área de abrangência existem instituições sociais, uma escola, creche e uma igreja, que cedem alguns espaços para a realização de atividades.

A estrutura física da UBS não cumpre com todos os requerimentos básicos estabelecidos pelo Ministério da Saúde para ser uma UBS. A estrutura apresenta uma recepção com sala de espera; três consultórios climatizados; uma sala de procedimento e cura, com uma farmácia climatizada adjunta; uma sala para agente comunitário, uma cozinha, dois banheiros não adaptado para usuários portadores de deficiências. Não temos uma sala para esterilização de material. A esterilização é realizada no consultório odontológico e sala de procedimentos. O material é lavado na sala de procedimento, empacotado e depois levado para esterilização.

Os ambientes são pequenos, sendo que a recepção tem capacidade para receber sete pessoas. Temos dois arquivos para guardar os prontuários e uma mesa e cadeira para a recepcionista. No banheiro dos funcionários são armazenados os instrumentos de limpeza de forma organizada. No entanto, não existe um ambiente específico destinado para armazenagem do lixo. O lixo é armazenado em tanques, aumentando o risco biológico. As dificuldades relacionadas à estrutura física da UBS influenciam no trabalho diário. Por exemplo, não contamos com uma sala para preparar os materiais de curativa e de odontologia. Para melhorar essas limitações, organizamos a agenda de forma que em um horário específico, o médico, enfermeiro e odontóloga, ajudamos a preparar os materiais. Além destas limitações, existem deficiências de insumos, materiais e equipamento necessários para a realização das atividades dos ACS. Contamos com um telefone fixo e prontuários eletrônicos, facilitando o trabalho dos profissionais. Alguns testes são disponibilizados como o teste rápido de gravidez, vírus de imunodeficiência humana (HIV) e sífilis. Porém, os medicamentos são insuficientes para os usuários. Para uma atuação adequada para da prática clínica diária contamos com a bibliografia impressa e digital das quais temos acesso no posto. A atividade do dia começa às 8h. A recepção inicial dos usuários é feito pelo recepcionista, técnico de enfermagem, enfermeiro e médico, não participa odontologia e agentes comunitários. Acolhendo usuário todo o dia, de manhã e tarde, não há tempo específico e no lugar da recepção, com uma demora de 10 minutos, depois o usuário é enviado com a técnica de enfermagem, onde identifica e classifica os riscos biológicos e análises de vulnerabilidade, se a causa do atendimento espontâneo pode esperar se orienta agendamento para nós próximos dias, se não pode esperar pelos riscos e vulnerabilidade, se diálogo com o profissional para fornecer a solução ao problema.

Os usuários agendados são direcionados pela recepção ao serviço sem ter que esperar, e os usuários atendidos por acompanhamento de rotina na unidade também são encaminhados diretamente aos serviços para consulta. As causas de demandas espontâneas na UBS são na maioria por doenças respiratórias, problemas urinários, dor de cabeça, dores musculares, síndrome febril aguda, entre outras.

O acolhimento do usuário é um processo muito importante, pois este sente-se cuidado, acolhido e orientado de acordo com as suas necessidades. Além disso, o acolhimento permite a organização de serviços e diminui a carga de trabalho dos profissionais.

Nas reuniões de equipe, analisam-se alguns aspectos para diminuir o fluxo de usuários espontâneos, a mobilidade da semana, fluxograma da UBS, agenda do profissional, melhora do conhecimento sobre risco biológico, vulnerabilidade e determinação de doenças agudas e emergências. Os aspectos negativos incluem problemas de acolhimento dos usuários por toda a equipe de saúde, e atendimento rápido devido à estrutura física limitada da UBS. Os aspectos positivos são as avaliações das demandas espontâneas e como diminuir o fluxo delas.

O processo de trabalho da equipe tem sido discutido em reuniões semanais. Todos os membros da equipe participam, para resolver assuntos relacionados à unidade e à comunidade, e também discutimos casos clínicos. O agendamento para o atendimento médico, odontológico e de enfermagem, é organizado de forma que facilite-se o acesso dos usuários. São atendidos os programas de Pré-natal, Puericultura, Saúde do Idoso, hipertensos e diabéticos e Planejamento Familiar. As visitas domiciliares são programadas pelos agentes comunitários de saúde (ACS). Ao início do mês, planejamos as atividades educativas.

A equipe está engajada e comprometida com a comunidade e com as atividades da unidade, no entanto ainda existem alguns desafios referentes a determinação das atribuições de cada profissional e às atribuições comuns a todos os membros da equipe. Conseqüentemente, isso acaba gerando uma sobrecarga de trabalho para alguns profissionais. As visitas domiciliares e as notificações compulsórias, que são atribuições comuns a todos os profissionais, são feitas por alguns membros da equipe. A equipe tem pecado quanto à realização de ações na comunidade como na promoção da participação popular, pois ainda não contamos com Conselho Local de Saúde.

Os agentes comunitários algumas vezes realizam a busca ativa dos usuários faltosos. O médico e enfermeiro realizam o cuidado domiciliar daqueles usuários que a precisam. As atividades e procedimentos que realizamos nos domicílios são curativos, consultas médicas, consulta de enfermagem, trocar as bolsas de usuários ostomizados, colocar e trocar sondas, revisão puerperal, controle de pressão arterial, orientações e acompanhamento de problemas de saúde. O médico, enfermeiro e dentista encaminham os usuários a outros níveis do sistema, respeitando o fluxo de referência e contra referência.

Também utilizamos protocolos de encaminhamento para internação hospitalar, atendimento especializado, pronto-socorro e serviços de pronto atendimento. Realizamos a notificação compulsória das doenças. Todos os meses são realizadas atividades de grupos com as gestantes, diabéticos e hipertensos, reuniões com a comunidade, caminhadas e atividades educativas com os adolescentes nas escolas, e todos os profissionais participam. Os profissionais participam também de atividades de qualificação profissional. Porém, precisamos promover a participação da comunidade no controle social, identificar parcerias e conseguir recursos para potencializar as ações intersetoriais com a equipe.

Nossa ESF atende uma população de 3.546 pessoas. O cadastramento está desatualizado. Esta situação está influenciando em nosso trabalho. A distribuição da população por sexo e faixa etária estimada na ESF está de acordo com as estimativas nacionais. De acordo com os dados demográficos, a população feminina representa 53,1% da população brasileira. Verificamos também que a população da área é predominantemente jovem, pois existe um grande número de pessoas com menos de 59 anos, porém as taxas de crescimento da população idosa como no restante do país, continuam crescendo significativamente.

Na UBS oferecemos atendimentos de Atenção à Saúde da Criança, Atenção ao Pré-Natal, Prevenção e Controle do Câncer de Colo de Útero, Prevenção e Controle do Câncer de Mama, Atenção aos Hipertensos e Diabéticos, Atenção à Saúde dos Idosos e Saúde Bucal.

Em relação à saúde da criança, oferecemos o atendimento de puericultura para crianças de 0 a 6 anos de idade. Temos um total de 42 crianças com menos de um ano, tendo uma cobertura de 98% da assistência à infância na área. Temos 39 usuários que são atendidos na UBS, sendo que 38 crianças receberam a consulta antes de sete dias e só uma criança recebeu a primeira consulta depois de 10 dias,



pois a criança foi levada a Rio Grande, porque a mãe dela foi hospitalizada por cesariana complicada.

Todas as crianças (100%) estavam com o teste de pezinho e triagem auditiva em dia e as vacinas em dia. Todas as mães cadastradas (100%) receberam orientação de aleitamento materno e prevenção de acidentes. Porém somente 19% das crianças foram avaliadas pela odontóloga, sendo esse indicador muito baixo, pois as mães não compreendem a real importância da consulta odontológica. Elas acham que os dentes por não serem permanentes, não necessitam de cuidados nesse período. Quanto ao aleitamento materno, a adesão à amamentação exclusiva é grande, devido à constante orientação durante o período de pré-natal. As ações de prevenção de acidentes alcançam 100 % das famílias acompanhadas pela puericultura. As orientações sobre o cuidado da criança são dadas durante o pré-natal e consultas de puericultura.

A puericultura é realizada uma vez por semana na UBS. Os atendimentos de puericultura são realizados pela médica, enfermeiro e dentista. Os agentes comunitários de saúde acompanham as visitas domiciliares e as captações dos recém-nascidos. Após a consulta de puericultura, a criança sai da UBS com a próxima consulta agendada.

A puericultura é cultura e cuidado, inclui o conhecimento e a prática de todas as regras e procedimentos para proteger a saúde e promover o crescimento e desenvolvimento de acordo com as capacidades e potencialidades da criança. Usamos o Protocolo de atendimento de Saúde da criança, Cadernos de Atenção Básica, nº 33 recomendado pelo Ministério da Saúde. Os profissionais que utilizamos os protocolos são a médica, enfermeiro e odontóloga.

As ações desenvolvidas nas puericulturas incluem a realização de entrevistas (coletando informações como a idade de crianças, e controles anterior e atual), do exame físico (inclui peculiaridades de acordo com a idade de crianças, e procedimentos perante problemas de saúde frequentes em idades precoces no início da vida), avaliação do crescimento e desenvolvimento (inclui a avaliação dos indicadores antropométricos, maturidade sexual em adolescentes sinais anormais de desenvolvimento neuropsicomotor), avaliação do funcionamento familiar (identifica problemas psicossociais da família e disfunções), diagnóstico biopsicossocial (inclui a situação de saúde e desenvolvimento infantil e avaliação do contexto familiar) , guias de antecipação ( orientações dos pais sobre a forma de atuar em situações

possíveis) e indicações ( relatório sobre alimentação, imunização, normas de higiene, formas de interagir com as crianças, estímulo do desenvolvimento psicomotor, explicações sobre a medicação , planejamento da próxima consulta).

Identificamos às crianças de alto risco segundo os fatores de risco pré-natais, natais e pós-natais, além de fatores de risco ambientais e sócios, e realizamos Inter consulta com a pediatria. O atendimento é registrado em prontuários clínicos, ficha de atendimento de odontologia, gráfico de avaliação pândoro-estatural, ficha de vacinação e preenchemos a caderneta da criança. Não temos arquivo específico para os registros dos atendimentos da puericultura, contamos com um arquivo para prontuários agrupados por famílias. Fazemos muitas ações na puericultura como diagnóstico e tratamento de problemas clínicos, saúde bucal, diagnóstico e tratamos de alguns problemas de saúde mental (ou encaminhamos ao CAPS), verificamos as vacinas (usuário é vacinado em Vigilância Sanitária, prevenção de anemias, prevenção de violências e acidentes, promoção de aleitamento materno, hábitos alimentares saudáveis, verificamos a realização de Teste de Pezinho e orelhinha). Há demanda para atendimento por doenças agudas em crianças, incluindo infecções respiratórias agudas, parasitoses intestinais e doenças de pele. As crianças de 5 a 6 anos apresentam maior demanda de problemas de saúde em nossa área de cobertura da UBS.

Existe o Programa de Bolsa Família do Ministério de Saúde. Os responsáveis para o cadastramento são os agentes comunitários e a nutricionista do município. Na UBS existem dois grupos de todas as mães inclusive as adolescentes, para trocar experiências, e realizamos palestras teóricas demonstrativas mediante uso de modelo e maquetas. Temos algumas deficiências no planejamento, gestão e coordenação da puericultura. Planejam as consultas mais não é avaliação pela equipe. Acredito que possa ser mais interessante realizar a avaliação do programa de puericultura em forma conjunta com a equipe, durante as reuniões semanais. Algumas dificuldades que temos incluem o número insuficiente de agentes comunitários, cadastramento desatualizado, percentagem elevada de mães adolescentes, ou solteiras, falta de avaliação do Programa de Saúde da criança, falta de profissionais na equipe multidisciplinar, pois no município temos psicólogo, nutricionista, assistente sociais, mais não vão à UBS; e a demora em conseguir a consulta. Como parte dos aspectos positivos, os grupos de puericultura são bem

acompanhados, e realizamos orientações constantes assim como a agenda programada para a puericultura.

O Pré-Natal de forma geral está de acordo com o protocolo estabelecido pelo Ministério de Saúde. O atendimento ao pré-natal é uma vez por semana, realizado pela médica e o enfermeiro. A captação das gestantes é de forma espontânea ou através do agente comunitário de saúde. Os ACS agendam as usuárias gestantes antes do primeiro trimestre, para poder determinar fatores de risco de forma precoce. Ao todo, temos 35 gestantes residentes cadastradas da área de abrangência, com acompanhamento de 100% delas, dado não fiável devido a cadastro desatualizado. Destas gestantes, 80% foram captadas no primeiro trimestre.

Quando a gestante consulta pela primeira vez, realizamos a anamnese referente à saúde geral e obstétrica, teste de gravidez, exame físico completo, avaliação nutricional e indicamos os exames laboratoriais. Depois, as usuárias são encaminhadas para realizar atendimento odontológico. Esse fato nos preocupa, pois o estado de saúde bucal da gestação pode interferir no estado geral de saúde da mãe e do bebê, já que estudos têm indicado que a presença de doença periodontal está associada a parto prematuro e baixo peso ao nascer. As gestantes são agendadas para a próxima consulta médica e da enfermagem. Atendemos doenças associadas à gestação como bacteriúria assintomática, anemia, sífilis, sendo esta última muito comum nossa comunidade.

Os profissionais que realizam a assistência ao pré-natal solicitam o cartão de acompanhamento, preenchendo-os corretamente a cada consulta. Oferecem orientações sobre alimentação saudável, vacinação, aleitamento materno, cuidados ao recém-nascido, atividade física e anticoncepção no pós-parto. O risco gestacional é avaliado desde a primeira consulta no pré-natal, já que existem doenças que aparecem durante a gestação. Os exames laboratoriais são sempre solicitados na primeira consulta. O cartão vacinal sempre é solicitado na primeira consulta do pré-natal, para que seja iniciado o esquema vacinal caso haja necessidade.

O protocolo de atendimento utilizado na unidade de saúde é Atenção ao Pré-natal de baixo risco, Caderno de Atenção Básica, nº 32 Brasília-DF 2012 que é utilizado apenas pelo médico e enfermeiro da equipe. Os atendimentos do pré-natal são registrados em prontuário clínico, formulário especial do pré-natal, ficha de atendimento odontológico, e são arquivados juntamente ao prontuário da família. Os

problemas de saúde agudos apresentados pelas gestantes são atendidos e não há excesso de demanda. As gestantes são cadastradas no programa Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL) pelo enfermeiro e enviadas à Secretaria de Saúde. Temos dois grupos de gestantes com boa participação nas palestras e conversas. Além disto, trocamos experiências pessoais entre usuárias e profissionais.

A importância da consulta puerperal é evidenciada durante todo o pré-natal, associando essa consulta ao teste do pezinho nos primeiros 07 dias de vida, facilitando a captação da puérpera e neonato. Existem 42 recém-nascidos e destes só 31 puérperas tiveram consulta antes das 42 dias. Na consulta, as puérperas recebem exame físico completo enfatizando involução do útero, ferida cirúrgica ou episorrafias e seios. Com esses parâmetros podemos identificar possíveis sinais de alerta de infecção puerperal. Tivemos quatro intercorrências por incisões cirúrgicas infectadas por cesariana. Também é avaliada a situação psicológica da usuária. As puérperas em cada consulta ou visita domiciliar recebem orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, aleitamento materno e planejamento familiar. O monitoramento das puérperas e do recém-nascido devem ser sistemáticos e continua, porém não são realizados na minha UBS.

O atendimento ao pré-natal tem deficiências na minha UBS. Temos dificuldade na orientação sobre planejamento familiar, pouca comunicação entre pais e filhas, pouco conhecimento dos usuários sobre saúde reprodutiva, cadastramento desatualizado, captação tardia a partir do segundo e terceiro trimestre, poucas consultas odontológicas das gestantes, problemas no agendamento dos exames laboratoriais e ecografias demoradas, assim como atraso nas consultas das usuárias de alto risco. Os aspectos positivos deste programa é o grupo de pré-natal, pois existe participação das gestantes e dos familiares.

Em relação à saúde da mulher, a alta incidência de câncer de colo de útero e mama ficou evidenciada ao longo dos anos, sendo uma doença importante que necessita de prevenção e acompanhamento (BRASIL, 2013). As ações de promoção na atenção básica devem estar presentes no processo de trabalho das equipes, seja em momentos coletivos ou em grupos e também durante as consultas. É fundamental a disseminação da necessidade dos exames e da sua periodicidade, bem como dos sinais de alerta que podem evoluir para câncer (BRASIL, 2013). O câncer de colo de útero é o segundo mais incidente na população feminina brasileira

a incidência e a mortalidade podem ser reduzidos por meio de programa de rastreamento (exame citopatológico), e o câncer de mama é a quinta causa de morte por câncer em geral e a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres.

Na UBS são realizadas ações de controle e prevenção dos cânceres de colo de útero e da mama. Na UBS temos cadastradas 800 mulheres de 25 a 64 anos, sendo que destas, 651 têm exame citopatológico em dia e 51 apresentam exame atrasado em mais de seis meses. Foram avaliadas 693 usuárias com risco de infecções por papiloma humano (VPH), verrugas genitais e tabagismo, e orientamos sobre doenças de transmissão sexual (DTS).

Realizamos exame preventivo do câncer do colo do útero, através da coleta de exame citopatológico uma vez por semana em dois turnos. A coleta do exame é realizada pelo enfermeiro e médico. A técnica de enfermagem aproveita o contato com as mulheres para determinar a necessidade de realizar a prevenção do câncer de colo. Utilizamos um rastreamento organizado e oportunístico. Usamos o protocolo de Controle dos cânceres do colo do útero e de mama 2ª edição, Cadernos de Atenção Básica, nº 13 Brasília – DF2013. Na nossa área de abrangência existem quatro mulheres residentes com exame alterado, uma neoplasia cervical intraepitelial (NIC) I e três NIC III, com acompanhamento. Os atendimentos às mulheres que realizam a coleta de exame citopatológico são registrados em um livro de registro específico e no prontuário clínico. Há um arquivo para o registro dos resultados dos exames para avaliar a qualidade do programa, apesar de não ter frequência de revisão definida. Temos um grupo de mulheres com 35 usuárias. No grupo realizamos atividades uma vez a cada dois meses, e realizamos ações de promoção e prevenção de saúde. O enfermeiro realiza o planejamento, gestão e coordenação e avaliação do programa, mais sem periodicidade definida.

Nenhum dos profissionais realiza o planejamento, gestão e coordenação do programa de prevenção de colo uterino na unidade, o que poderia ajudar a melhorar e ampliar a Cobertura. Alguns pontos de fragilidade foram identificados nas ações de controle do câncer de colo do útero, dentre eles temos agendas rígidas que permitem poucas opções de horário; centralização do atendimento no médico e enfermeiro da unidade de saúde; ausência de profissionais dedicados à gestão e avaliação do programa de controle do câncer de colo. Os aspectos positivos evidenciados são a alta adesão da equipe de saúde na realização de ações educativas; avaliação dos fatores de risco para câncer de colo uterino durante

consultas e coleta; a boa técnica de coleta que favorece o resultado de exames mais confiáveis.

O Câncer de Mama é outro câncer que também tem levado ao óbito a muitas mulheres no Brasil e no mundo (BRASIL, 2013). Na UBS o rastreamento de câncer de mama é realizado durante as consultas médicas e do enfermeiro, de forma organizada. O exame clínico das mamas e a solicitação de mamografia são realizados as terças-feiras em todos os turnos. É utilizado o protocolo fornecido pelo MS. Apenas 43% das mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos estão com a mamografia em dia. Assim existe uma porcentagem de mulheres sem cobertura para câncer de mama. A avaliação dos fatores de risco para câncer de mama é de 88%, um índice que deve ser ampliado. Todas as mulheres em acompanhamento pela unidade de saúde recebem orientações e esclarecimentos sobre câncer de mama, fatores de risco e a importância da realização da mamografia. Na unidade são realizadas ações para controle do peso, além de ações para estímulo da prática de atividade física e orientações sobre consumo de álcool e controle do câncer de mama. Os fatores de risco para câncer de mama são avaliados em todos os usuários que realizam as ações de rastreamento. Não existe arquivo específico para o registro de resultados de mamografia. O estabelecimento desse registro pode ser um passo importante para facilitar o acompanhamento e busca ativa dos usuários. Na unidade de saúde também não existem profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão e coordenação das ações de controle do câncer de mama. Iniciar esse processo na unidade facilitaria o monitoramento dessas ações, pois haveria uma avaliação rotineira de indicadores de saúde e da qualidade de atendimento.

Observando a cobertura para prevenção do câncer de mama é importante esclarecer que a baixa adesão das usuárias, deve-se também à dificuldade do acesso ao exame de mamografia, que no município pode levar de 06 a 12 meses para ser agendado, o que dificulta o acompanhamento e aumenta a desistência da realização do exame. Dessa forma, observa-se que a dificuldade para realização da mamografia, a ausência de registro para acompanhamento dos exames solicitados, a ausência de uma equipe de gestão e avaliação das ações de prevenção do câncer de mama e o número limitado de profissionais que realizam o rastreamento e as ações preventivas, dificultam o aumento da cobertura de câncer de mama e necessitam ser melhorados. Os aspectos de positivos encontrados foram à

realização de ações preventivas e educativas sistemáticas relacionadas ao câncer de mama, o acompanhamento realizado pela equipe de saúde àquelas usuárias com exames alterados e a flexibilidade de horários para abordar e rastrear usuárias para ações preventivas de câncer de mama.

Os usuários que mais frequentam a UBS são os hipertensos e diabéticos. Na UBS, oferecemos atendimento ao programa de hipertensão e diabetes duas vezes por semana durante todos os turnos. Os usuários são agendados para atendimento médico e da enfermagem. Não é realizado agendamento para odontologia. Temos cadastrados no programa 695 usuários, que representa uma cobertura de 87%. Destes, 521 usuários foram atendidos e receberam avaliação cardiovascular. Durante as consultas é realizada a classificação do risco cardiovascular, sendo realizada durante todo o período de acompanhamento dos usuários. Duzentos e trinta e oito usuárias realizam exames periódicos laboratoriais, pois temos dificuldade com os exames em São Jose do Norte. As ações desenvolvidas na unidade de saúde incluem imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos gerais, problemas de saúde bucal, obesidade e sedentarismo. A equipe de saúde realiza ações educativas e atividades em grupo com hipertensos, nos ambientes da unidade de saúde e em espaços comunitários. Os grupos ocorrem uma vez por mês e todos os membros da equipe participam. As orientações sobre a prática de atividade física regular e alimentação saudável são fornecidas a 100% dos usuários. A avaliação de saúde bucal apresenta uma cobertura de apenas 19%, provavelmente devido a problemas enfrentados pela falta de materiais odontológicos. Além disso, devido ao fato da maioria dos usuários hipertensos serem idosos e usarem prótese, estes acham que não necessitam de tal avaliação.

Temos um total de 126 usuários com diabetes mellitus (DM) para um indicador de cobertura de 56%. Dos usuários cadastrados no programa, 100% receberam avaliação cardiovascular. Realizamos anamnese, exame físico geral, mas não realizamos avaliação de fundo de olho, pois não temos aparelho. Os usuários com DM fazem o exame minucioso de pele e pé. Indicamos exames laboratoriais e orientamos sobre hábitos alimentares saudáveis, controle de peso corporal (IMC), prática de atividade física e os malefícios de álcool e tabagismo. Após a consulta, o usuário sai com a próxima consulta agendada. Usamos o protocolo de Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica com Diabetes Mellitus Cadernos de Atenção Básica, nº 36 Brasília – DF 2013 de Atendimento de

hipertensão (HAS) e DM, de 2013 e Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial Sistêmica Cadernos de Atenção Básica, nº 37 Brasília – DF 2013.

O atendimento é registrado em prontuários clínicos, não temos arquivo específico para os usuários com HAS e DM. Temos um grupo de HAS e DM com 37 usuários e fazemos caminhadas duas vezes à semana, 30 minutos, e palestras uma vez a mês. Temos em agenda planejadas as consultas de HAS e DM, e não realizamos gestão e avaliação do programa.

Os aspectos positivos evidenciados na atenção aos hipertensos são a flexibilidade de agendamento de consultas, realização de ações educativas de forma sistemática e organizada, formação do grupo de hipertensos e diabéticos, indicação de exames complementares e estratificação do risco cardiovascular. As dificuldades apresentadas são a ausência de gestão e avaliação da atenção aos hipertensos e diabéticos, e a baixa adesão à avaliação de saúde bucal.

A atenção ao idoso vem sendo percebida cada vez mais como uma prioridade, também para os países em desenvolvimento como o Brasil (RODRIGUES, 2013). O envelhecimento é um processo de declínio progressivo de capacidades adaptativo e compensatória frente a eventos estressarem (RODRIGUES, 2013). De acordo à OMS, a consolidação do envelhecimento de uma população ocorre quando sua proporção de pessoas idosas duplica de 7% para 14% (RODRIGUES, 2013).

Em nossa UBS, oferecemos atendimento a usuários idosos todos os dias da semana e em todos os turnos. Realizamos atendimento o enfermeiro, médico e odontólogo. Após a consulta o usuário idoso sai com a próxima consulta agendada. Existem consultas por problemas agudos como doenças respiratórias, psicológicas, osteoporoses e outras. Temos o protocolo de atendimento para usuários idosos de 2006, usamos o protocolo o médico e enfermeiro. Em nossa UBS, são desenvolvidas ações de promoção da atividade física, hábitos alimentares saudáveis, diagnóstico e tratamento de doenças clínicas, mental, bucal. O atendimento aos usuários idosos é registrado em prontuários clínicos e odontológicos. Não temos um arquivo específico para eles. Temos um total de 358 usuários idosos cadastrados. Dos usuários cadastrados apresentem caderneta 102 usuários. Não realizamos a avaliação de capacidade funcional global dos usuários idosos, fazemos visitas domiciliares uma vez por semana aos usuários idosos



acamados ou que moram sozinhos e falamos com os familiares sobre o estado emocional do usuário, assim como o conhecimento de seu estado fisiológico, tratamentos e medicações utilizadas. Na nossa UBS, estão com acompanhamento em dia 279 usuários, sendo que destes 232 apresentam hipertensão arterial e 47 Diabetes Mellitus. Nas consultas fazemos avaliação de risco para morbimortalidade. Apresentam atendimento bucal, 107 usuários idosos.

As maiores dificuldades apresentadas durante a avaliação do processo de trabalho da unidade em relação à atenção ao idoso são a falta de caderneta de saúde do idoso, deficiência na avaliação de saúde bucal, dificuldade para realizar a avaliação multidimensional rápida, a ausência do estatuto do idoso, falta de realização de visitas domiciliares por alguns profissionais e ausência de grupo de idoso. Os aspectos positivos avaliados são o alto número de idosos acompanhados com doenças crônicas prevalentes (diabetes mellitus e hipertensão arterial), facilitando a cobrança para retorno em atividades educativas, o uso de protocolo de atendimento ao idoso e a flexibilidade de horário para agendamento de consultas.

Temos desafios em nossa área de trabalho, dentre eles estão aumentar o nível de satisfação dos profissionais de saúde e melhorar das condições estruturais físicas. Mas o desafio, mas importante é melhorar a atenção integral dos usuários, modificando o estilo de vida, e realizando a avaliação de condutas, mediante o uso de protocolos estabelecidos pelo Ministério de saúde.

Os questionários nos ajudaram com a realização e desenvolvimento de intervenções da equipe com a comunidade, e o Caderno de Ações Programáticas, colaborou com o aumento do conhecimento das coberturas e indicadores de programas que não avaliamos. Estes aspectos melhoraram a qualidade de atenção da equipe da ESF e a relação desta com a comunidade. Assim, por exemplo, o questionário de Engajamento Público tem nos instigado para a implantação do Conselho Local de Saúde. Graças a divulgação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS pelo curso, percebemos a necessidade de envolver um representante da comunidade nos processos de discussões dos serviços de saúde.

A partir da realização dos questionários referente à Estrutura da UBS I e II, revisamos cada um dos locais da UBS, assim como materiais e de insumos e percebemos as necessidades, para melhorar a nossa realidade.

O questionário sobre as Atribuições dos Profissionais de saúde, instigou que cada um dos membros da equipe conheça, respeite e realize as suas atribuições

específicas. Quanto ao questionário de Atenção à Demanda Espontânea o processo de valorização do Acolhimento à comunidade foi fortalecido. Através do questionário sobre a Atenção à Saúde da Criança e Atenção ao Pré-natal evidenciamos que ainda falta muito por fazer. Devemos planejar e avaliar os programas com maior sistematicidade e envolvendo a todos os membros da equipe. Os questionários de Atenção ao Hipertenso, Diabético e Idoso também deixou evidente a dificuldade de adesão ao cuidado bucal, gerando preocupação diante da necessidade desse acompanhamento.

### **1.3 Comentários comparativos entre texto inicial sobre situação da APS e o relatório da análise situacional.**

A situação da Equipe de Saúde da Família na UBS, ao início do curso estava orientada ao atendimento de usuários com doenças agudas. Não havia planejamento da agenda e as ações comunitárias eram pouco realizadas.

Não conhecíamos os problemas de saúde da comunidade, não eram identificadas as necessidades da comunidade. A equipe não tinha conhecimento das atribuições dos profissionais, pouco conhecimento dos usuários com doenças de prioridade, não havia planejamento da agenda, e as ações comunitárias eram pouco realizadas. Temos na UBS alguns materiais bibliográficos, mas não estão completos e estamos solicitando todos à Secretaria de saúde.

Após a realização dos questionários, a equipe tem outra visão de trabalho mais ampla e integral, que considera a importância da realização de ações educativas e da participação da comunidade, além de conhecer as dificuldades com os grupos prioritários, utilizar mais os protocolos e avaliação dos programas nas reuniões. A equipe está mais engajada.

Melhoramos o processo de trabalho, e em cada situação que se apresenta, buscamos a resolubilidade. As demandas espontâneas são avaliadas por triagem, e se precisar de atendimento urgente é resolvido na hora ou agendamos para outro dia.

Ainda temos dificuldade com o uso os protocolos, pois nem todos os profissionais os usam, mas nas reuniões da semana escolhemos um tema para discutir, e avaliar os programas de saúde.

Planejamos as atividades com os grupos todas as semanas e estudamos a estratégia a usar, temos um grupo de caminhada para promover a atividade física,

criado após questionário UBS I e análise com equipe. Temos como desafio criar o conselho de saúde em nossa UBS antes de terminar o ano. Ainda falta muito por fazer, porém acredito que a equipe está mais engajada agora .

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) as doenças crônicas não transmissíveis, representam uma das principais causas de mortalidade no mundo (WHO, 2013). No Brasil, a prevalência de hipertensão arterial é alta, variando de 22% a 44% e a diabetes afeta cerca de 10% da população no Brasil (BRASIL, 2013). A hipertensão e diabetes são fatores de risco para doenças cardiovasculares, que por sua vez constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira e no mundo (BRASIL, 2013). A hipertensão tem sido relacionada com o acidente cerebrovascular e o diabetes pode levar a cegueira, amputações e insuficiência renal (WHO, 2013; 2004b). Por sua vez, ambas as condições estão associadas a sobrepeso, sedentarismo e tabagismo, assim com a idade e antecedentes familiares (RODRIGUES & BRITO, 2011).

Na UBS em que atuo, a prevalência de diabetes é de 3,5% e de hipertensão arterial é 22,3%. Existem na área de abrangência usuários com complicações devido a essas doenças, como invalidez parcial ou total, com graves repercussões para o usuário, a sua família e a sociedade. A UBS funciona em um local adaptado, a estrutura física não cumpre com todos os requerimentos básicos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Os ambientes são pequenos e o espaço disponível para realizar as consultas são limitados e apresentamos algumas barreiras arquitetônicas que dificultam a entrada a usuários com deficiências físicas. Contamos com uma equipe de saúde da família incompleta, composta por uma médica, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, um odontólogo, dois agentes de saúde, faltando quatro agentes comunitários e uma recepcionista. Nossa ESF atende dois bairros e a nossa área de abrangência está bem definida. Atendemos uma população de 3.546

peessoas. Verificamos que a população da área é predominantemente jovem, pois existe um grande número de pessoas com menos de 59 anos, porém as taxas de crescimento da população idosa como no restante do país, continua crescendo. Na UBS oferecemos atendimento ao programa de hipertensos e diabéticos. Os usuários são agendados para atendimento médico e de enfermagem. Não é realizado agendamento para odontologia. Temos cadastrados 695 usuários no programa de HAS com cobertura de 87%, e 126 usuários com diabetes com cobertura de 56%. Dos pacientes com HAS somente 521 usuários receberam avaliação cardiovascular. Não temos atraso das consultas agendadas em usuário com hipertensão, porém temos usuários com diabetes com atraso nas consultas. Existem dificuldades na realização dos exames complementares periódicos em dia e na avaliação de saúde bucal dos usuários com hipertensão e diabetes, pois são pouco realizadas. Quando o usuário chega para consulta realizamos a anamnese, exame físico geral (menos a avaliação de fundo de olho, pois não temos o aparelho). Nos usuários com DM realizamos exame minucioso de pele e pés, exames laboratoriais e orientamos sobre hábitos alimentares saudáveis, controle de peso corporal, prática de atividade física e malefícios de consumo de álcool e tabagismo. Realizamos atividades de promoção como caminhadas duas vezes à semana, 30 minutos, e trabalho em grupo com usuários hipertensos e diabéticos como palestras, feita uma vez por mês.

A população alvo da UBS são todos os usuários com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da UBS, com hipertensão e diabetes. Atualmente na UBS, o atendimento dos usuários com HAS e DM é registrado em prontuários clínicos, não temos arquivo específico para os usuários deste programa, realizamos a busca ativa de usuários faltosos tanto hipertensos como diabéticos. A qualidade de atenção à saúde desta população é boa, realizamos exames clínicos nos usuários com HAS e DM, porém existem dificuldades como a falta de laboratórios sendo usada a rede privada. Priorizamos a prescrição de medicamentos da farmácia popular em 100% dos usuários cadastrados com HAS e DM, mas há falta de medicamentos na farmácia para os usuários com essas doenças crônicas. Realizamos ações de promoção de saúde como orientações sobre hábitos alimentares saudáveis, controle de peso corporal, prática de atividade física e os malefícios de álcool e tabagismo. Temos um grupo de HAS e DM com 37 usuários e fazemos caminhadas e palestras. As consultas de HAS e DM, não são suficientes

para o atendimento de todos os usuários cadastrados, e a avaliação da atenção aos hipertensos e diabéticos não é realizada e a adesão às atividades referentes à saúde bucal é baixa.

A intervenção é importante no contexto da UBS porque permitirá a melhora do cadastramento de usuários com HAS e DM e a qualidade de atenção dos usuários, assim como a participação deles em atividades de grupo, promovendo dessa forma a diminuição das complicações destas doenças. Considerando que estas doenças podem levar à invalidez parcial ou total, a intervenção permitirá além da identificação precoce de casos, evitar futuras complicações, melhorar a qualidade de saúde oferecida à população e reduzir gastos com hospitalizações, exames e medicações. Existem dificuldades na qualidade da atenção à saúde dos usuários com hipertensão e diabetes como atrasos de consultas, falta ou atraso na realização de exames complementares e deficiências nas ações referentes à saúde bucal. Temos como limitação uma área de abrangência grande com cadastro desatualizado e poucos agentes comunitários, equipe incompleta, estrutura da UBS inadequada que interfere no acolhimento dos usuários. Os usuários têm baixo nível escolar e condições socioeconômicas baixas, com forte arraigo no modelo médico curativista e não com enfoque preventivo, com hábitos alimentares deficientes. Não temos laboratórios, situação que atrasa a realização dos exames, assim como demora na agenda das especialidades de cardiologia e oftalmologia para fazer avaliação dos usuários com HAS e DM e pouca disponibilidade de medicamentos em farmácias populares. A equipe está motivada e envolvida ativamente com a intervenção. Os profissionais da equipe têm conhecimento das suas atribuições e do programa de hipertensão e diabetes. A equipe tem disposição e estamos realizando diversas ações e reorganizando o serviço para poder conseguir a melhora da atenção. Estamos trabalhando em conjunto no desenvolvimento do projeto e tomando decisões em equipe. A equipe tem a governabilidade para realizar a intervenção e temos o apoio da gestão para isso. A intervenção é viável de ser realizada e todos estão motivados e tem disposição para melhorar a situação de saúde da população

## **2.2 Objetivos e Metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Cidade Baixa, São Jose Do Norte, RS

### 2.2.2 Objetivos Específicos

**Objetivo 1.** Ampliar a cobertura a hipertensão e diabetes.

**Meta 1.1.** Cadastrar 95 % dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

**Meta 1.2.** Cadastrar 90 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

**Meta 2.3.** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

**Meta 2.5.** Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

**Meta 2.7.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Meta 6.1.** Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.2.** Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários diabéticos.

**Meta 6.3.** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Meta 6.4.** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Meta 6.5.** Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários diabéticos.

**Meta 6.6.** Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.7.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.8.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.



## **2.3 Metodologia**

A presente intervenção será desenvolvida no período de 12 semanas (3 meses) no município de São Jose do Norte, UBS Cidade Baixa da área urbana.

A população alvo serão os usuários maiores de 20 anos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus residentes na área adstrita da UBS, do município São Jose do Norte.

### **2.3.1 Detalhamentos das ações**

**Objetivo 1.** Ampliar a cobertura a hipertensão e diabetes.

**Meta 1.1.** Cadastrar 95 % dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

**Meta 1.2.** Cadastrar 90 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

### **Monitoramento e Avaliação**

**Ação:** Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

**Detalhamento:** O médico ou a enfermeira realizarão avaliações dos registros uma vez por semana, na quarta-feira na seção da tarde.

### **Organização e gestão do serviço**

#### **Ações:**

- Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa (prontuário clínico, odontológico, carteira de HIPERDIA), realizar arquivo específico para o programa de HIPERDIA.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM
- Solicitar os materiais adequados para a tomada da medida da pressão arterial, hemoglicoteste e avaliação antropométrica, calibrando o esfigmomanômetros, ter manguito com câmara inflável, calibrar balança com régua de altura.

- Modificar agenda dos profissionais para ampliar os dias de atendimento de usuários com HAS e DM

**Detalhamento:** Ter disponível em consulta do médico, enfermeiro e dentista os prontuários clínicos, odontológicos, carteira de HIPERDIA e ficha complementar para cada usuário com HAS e DM atendido diariamente, responsável a recepcionista.

Para acolher aos usuários a recepcionista e técnica de enfermagem os receberá inicialmente, separa os prontuários dos usuários agendados para o atendimento, os que não têm consulta agendada, identifica os risco\ vulnerabilidade e prioriza as ações e atividades. Os usuários escutados e logo informados sobre o protocolo de atenção. Para isso o enfermeiro e médico ampliará a capacidade clínica da equipe de saúde, mediante capacitações. Solicitar mensalmente a gestor municipal três esfigomanômetros, manguito com câmara inflável de cada, 2 hemoglicoteste com fitas suficientes, calibração de esfigomanômetros e balança, responsável técnica de enfermagem. O atendimento de HAS e DM serão duas vezes por semanas (segunda e quarta feria) todos os turnos para o médico e enfermeiro, para odontólogo uma vez todos os turnos por semana (quarta feria).

### **Engajamento público**

#### **Ações:**

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

**Detalhamento:** Todas as explicações serão realizadas no momento da consulta durante as reuniões com a comunidade, e do conselho da comunidade, todos os dias durante o acolhimento dos usuários e nos grupos, sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos anualmente, a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada

maior que 135/80 mmHg, sobre a os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Serão responsáveis dessas ações todos os membros da equipe.

### **Qualificação da prática clínica.**

**Ação:** Capacitar à equipe nas reuniões semanal sobre,

- Acolhimento.
- Cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da
- Unidade de saúde.
- Verificação de pressão arterial e hemoglicoteste.

**Detalhamento:** A capacitação ocorrerá na UBS, para isto serão reservadas 2 horas, no horário utilizado para a reunião de equipe. O dentista estudará uma parte do manual do acolhimento, o enfermeiro estudará o cadastramento de HAS e DM e o médico estudará a teoria e a prática da verificação de pressão arterial e hemoglicoteste, e apresentará o conteúdo aos outros membros da equipe. Os temas para fazer a capacitação serão baseados no Caderno de Atendimento de HAS e DM, 2013 do Ministério de Saúde.

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

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

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

### **Monitoramento e avaliação**

**Ação:** Monitorar e avaliar periodicamente a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.

**Detalhamento:** Nas quartas-feiras, as 15 horas, o médico ou o enfermeiro realizarão monitoramento semanalmente, das fichas identificando exames clínicos atrasados.

### **Organização e gestão do serviço**

**Ação:** Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos.

**Detalhamento:** O médico determinará semanalmente, nas reuniões, a cada membro da equipe no exame clínico de usuários HAS e DM.

**Ação:** Capacitar e atualizar semanalmente aos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde,

**Detalhamento:** Para isso disporemos de versão atualizada do protocolo impressa e digital. A capacitação será feita nas duas primeiras semanas do curso, no local habilitado na UBS, depois da reunião da equipe. Os profissionais que farão a capacitação são médico, enfermagem e odontóloga. Os temas para fazer a capacitação é o Protocolo de Atendimento de HAS e DM, 2013 do Ministério de Saúde.

### **Engajamento Público**

**Ação:** Informar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabéticos e sobre a importância de assistir a consulta e fazer avaliação periodicamente.

**Detalhamento:** Informar nas reuniões da comunidade, com o conselho da comunidade, nas visitas domiciliares e todos os dias no acolhimento dos usuários que assistem a consulta médica e nos grupos sobre aos riscos de doença cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de assistir a consulta e fazer avaliação periodicamente, responsável desta ação todos os membro da equipe.

### **Qualificação da prática clínica**

**Ação:** Capacitar mensalmente os profissionais da unidade de saúde de acordo com os Cadernos de Atenção Básica de Hipertensão e Diabetes do Ministério de Saúde, em realização de exame clínico apropriado.

**Detalhamento:** A capacitação será feita a s semanas antes da intervenção e um, com atualização mensal, em local habilitado, duas horas depois da reunião da equipe, os profissionais que farão a capacitação e atualização serão médico e enfermeira .

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

**Meta 2.3.** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

### **Monitoramento e avaliação**

**Ação:** Monitorar e avaliar periodicamente o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de

saúde e o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

**Detalhamento:** Nas quartas-feiras, as 15 horas, o médico ou o enfermeiro realizarão monitoramento semanalmente, das fichas identificando exames laboratoriais solicitados atrasados.

### **Organização e gestão do serviço**

**Ação:** Indicar a solicitação de exames complementares em cada consulta.

**Detalhamento:** O médico e enfermeiro em cada consulta de HIPERDIA solicitarão os exames complementares previstos no protocolo.

**Ação:** Analisar com Secretaria de Saúde agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

**Detalhamento:** O médico e enfermeiro analisarão, nas semanas antes da intervenção, com o gestor municipal a rapidez para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

### **Engajamento Público**

**Ação:** Orientar nas reuniões da comunidade, com o conselho da comunidade, todos os dias no acolhimento dos usuários que assistem a consulta médica e nos grupos de HIPERDIA sobre a importância de realização de exames complementares e periodicidade que devem ser realizados.

**Detalhamento:** Todos os membros da equipe orientarão e informarão na comunidade, a família, o usuário, em cada consulta, visita domiciliares, reuniões com comunidade, conselho e acolhimento diário sobre a importância de realização de exames complementares e periodicidade que devem ser realizados.

### **Qualificação da prática clínica**

**Ação:** Capacitar mensalmente os profissionais da unidade de saúde de acordo com os Cadernos de Atenção Básica do Ministério em solicitação de exames complementares.

**Detalhamento:** A capacitação será feita em local habilitado, duas horas depois da reunião da equipe e os profissionais que farão a capacitação e atualização serão o médico e a enfermeiro.

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

**Meta 2.5.** Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

### **Monitoramento e avaliação**

**Ação:** Monitorar e avaliar semanalmente o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

**Detalhamento:** A técnica de enfermagem irá monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia as segundas-feiras a tarde.

### **Organização e gestão do serviço**

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

**Detalhamento:** A técnica de enfermagem realizará o estoque mensal de medicamentos necessários para os usuários com HAS e DM.

**Ação:** Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Detalhamento:** A técnica de enfermagem atualizará diariamente o registro das necessidades de medicamento dos usuários com HAS e DM cadastrados.

### **Engajamento Público**

**Ação:** Orientar nas reuniões da comunidade, com o conselho da comunidade, todos os dias no acolhimento dos usuários que assistem a consulta médica e nos grupos de HIPERDIA sobre o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

**Detalhamento:** Todos os membros da equipe orientarão e informarão na comunidade, a família, o usuário, em cada consulta, visita domiciliares, reuniões com comunidade, conselho e acolhimento diário sobre o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

### **Qualificação da prática clínica**

**Ação:** Realizar mensalmente atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabéticos.

**Detalhamento:** O médico e enfermeiro fará a capacitação semanas antes da intervenção e na primeira semana, com atualização mensal, em local habilitado, duas horas depois da reunião da equipe.

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

**Detalhamento:** A técnica de enfermagem capacitará a equipe, a capacitação semanas antes da intervenção sobre como orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

**Meta 2.7.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

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

### **Monitoramento e avaliação**

**Ação:** Monitorar e avaliar periodicamente os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

**Detalhamento:** O médico, enfermagem e dentista semanalmente avaliará necessidade de atendimento odontológico dos usuários com HAS e DM e a realização da primeira consulta odontológica.

### **Organização e gestão do serviço**

**Ação:** Agendar consulta de odontologia a os usuários com HAS e DM.

- Reorganizar agenda de saúde bucal para a realização da consulta odontológica dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
- Monitorar mensalmente a avaliação da necessidade de tratamento odontológico dos usuários hipertensos e diabéticos.

**Detalhamento:** Após atendimento com médico e enfermeiro, orientaremos agendamento de consulta odontologia. A dentista organizará agenda semanalmente para atender os usuários com HAS e DM provenientes da necessidade de atendimento odontológico. O médico, enfermeiro e dentista mensalmente avaliarão as necessidades de tratamento odontológico dos usuários hipertensos e diabéticos.

### **Engajamento Público**

**Ação:** Orientar nas reuniões da comunidade, com o conselho da comunidade, todos os dias no acolhimento dos usuários que assistem a consulta médica e nos grupos de HIPERDIA sobre a importância de realizar a consulta com o (a) dentista.

**Detalhamento:** Todos os membros da equipe orientarão e informarão na comunidade, a família, o usuário, em cada consulta, visita domiciliares, reuniões com

comunidade, conselho e acolhimento diário sobre a importância de realizar a consulta com o (a) dentista.

### **Qualificação da prática clínica**

**Ação:** Treinar a equipe para realizar diagnósticos das principais doenças bucais em usuários hipertensos e diabéticos, como a cárie e as doenças periodontais.

**Detalhamento:** A dentista adestrará os membros da equipe mensalmente sobre principais doenças bucais em usuários hipertensos e diabéticos, como a cárie e as doenças periodontais, em local habilitado, duas horas depois da reunião da equipe.

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

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

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

### **Monitoramento e avaliação**

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

**Detalhamento:** O médico e enfermeira semanalmente monitorarão o número de HAS e DM faltoso a consultas.

### **Organização e gestão do serviço**

#### **Ações:**

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.
- Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

**Detalhamento:** Os ACS diariamente realizarão visitas domiciliares para buscar usuários com HAS e DM faltosos a consultas.

Para acolher a demanda de HAS e DM provenientes das buscas se organizará a agenda de forma que o recepcionista e enfermagem acolherão os usuários ao chegar ao UBS e a consulta será feita no mesmo turno.

### **Engajamento Público**

#### **Ações:**

- Comunicar nas reuniões da comunidade, os grupos de HIPERDIA, no acolhimento diário, os usuários e a comunidade sobre a importância de realização das consultas.



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

**Detalhamento:** Todos os membros da equipe informará à comunidade, família, usuário em cada consulta, acolhimento diário, visita domiciliares, reunião com comunidade, com conselho, sobre a importância de realização das consultas.

Os membros da equipe informarão à comunidade, família, usuário, em cada consulta, acolhimento diário, visita domiciliares, reunião com comunidade, com conselho e os grupos sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

### **Qualificação da prática clínica**

**Ação:** Capacitar mensalmente os profissionais de saúde do UBS sobre como orientar os hipertensos e diabéticos em quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

**Detalhamento:** O médico fará a capacitação sobre orientação os usuários com HAS e DM em quanto à realização das consultas e sua periodicidade, nas duas primeiras semanas do curso, no local habilitado na UBS, depois da reunião da equipe.

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

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

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

### **Monitoramento e avaliação**

**Ação:** Monitorar e avaliar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

**Detalhamento:** O médico e enfermagem semanalmente avaliarão o registro de todos os acompanhamentos de HAS e DM e as ficha de acompanhamento/espelho atualizada

### **Organização e gestão do serviço**

**Ações:**

- Manter diariamente as informações do SIAB atualizada.
- Implantar a ficha de acompanhamento
- Pactuar com a equipe o registro das informações, com arquivo específico que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de

acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

- Definir na reunião de equipe o responsável pelo monitoramento dos registros

**Detalhamento:** O médico e enfermeiro realizarão diariamente atualização do SIAB.

O médico e enfermeiro colocaram no lugar com as fichas de acompanhamento. Na primeira semana, durante a reunião e equipe serão definidos o profissional responsável pelo monitoramento dos registros, que será semanal. A equipe realizará o registro de informações e arquivo específico com as informações necessárias, isso será feito nas quinta-feira.

### **Engajamento público**

**Ação:** Orientar nas reuniões da comunidade, os grupos de HIPERDIA, em o acolhimento diário os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

**Detalhamento:** Os membros da equipe orientarão a comunidade, família e usuários em nas consultas, visitas domiciliares, nas reuniões com comunidade e conselho sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

### **Qualificação da prática clínica**

**Ação:** Capacitar mensalmente a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabéticos e registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

**Detalhamento:** O médico capacitará na semana 0 a equipe sobre preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabéticos, com revisão semanal dos registro para evitar os erro e atualização mensalmente, no local habilitado na UBS, depois da reunião da equipe.

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

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

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

### **Monitoramento e avaliação**

**Ação:** Monitorar e avaliar mensalmente o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

**Detalhamento:** O médico realizará avaliação e monitoramento mensal do número de hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

### **Organização e gestão do serviço**

**Ação:** Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco, agendando um turno da tarde semanalmente para o atendimento desta demanda.

**Detalhamento:** Serão agendados pela recepcionista, os usuários com avaliação de alto risco, na terça feira na seção da tarde.

### **Engajamento público**

**Ações:**

- Orientar nas consultas e visitas domiciliares os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer nas reuniões da comunidade, os grupos, em acolhimento diário, nas consultas e visitas domiciliares, a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

**Detalhamento:** O médico e enfermeiro orientarão diariamente, em nas consultas e visitas domiciliares aos usuários em quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Explicar e ilustrar à comunidade, família e usuário em cada consulta, reunião com comunidades, atividades com grupos, consultas e visitas domiciliares a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis, esta ação será feita diariamente, por todos os profissionais.

### **Qualificação da prática clínica**

**Ação:** Capacitar mensalmente a equipe para realizar estratificação de risco segundo o score de Framingham ou de lesões em órgãos alvo importância do registro desta avaliação. Estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

**Detalhamento:** O médico capacitará na s semanas antes da intervenção a equipe sobre estratificação de risco segundo o score de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, importância do registro desta avaliação, para o controle de fatores de risco modificáveis, e com atualização mensalmente, no local habilitado na UBS, depois da reunião da equipe.

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

**Meta 6.1.** Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.2.** Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários diabéticos.

**Meta 6.3.** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Meta 6.4.** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Meta 6.5.** Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários diabéticos.

**Meta 6.6.** Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.7.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.8.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

### **Monitoramento e avaliação**

**Ação:** Monitorar e avaliar a realização de orientação nutricional, orientação para atividade física regular riscos do tabagismo orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

**Detalhamento:** O médico e enfermeiro semanalmente avaliarão a realização de orientação nutricional, atividade física, orientação sobre riscos do tabagismo , orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos

### **Organização e gestão do serviço**

#### **Ações:**

- Organizar uma vez por mês as práticas coletivas sobre alimentação saudável, realizando palestras.
- Encaminhar a nutricionista se o usuário precisar.
- Organizar 2 vezes por semana as práticas coletivas para orientação de atividade física, organizando caminhadas, 30 minutos.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do “abandono ao tabagismo”.
- Orientar nas consultas sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos e encaminhar a odontologia, agendando a primeira consulta a sair.

**Detalhamento:** O médico e enfermeiro propiciará mensalmente o encontro sobre alimentação saudável, realizando palestras, as sexta feira, na manhã, com duração de 30 minutos, realizando palestras e utilizando banners. O médico e enfermeiro encaminharão a nutricionista se o usuário apresentar um Índice de Massa Corporal (IMC) acima de 30. Os membros da equipe organizarão duas vezes por semana as práticas da atividade física, como caminhadas, 30 minutos. O médico solicitará ao gestor municipal parcerias para envolver educadores físicos nesta atividade. O enfermeiro solicitará ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do “abandono ao tabagismo”. O médico e enfermeiro orientarão sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos e encaminharão a odontologia, agendando a primeira consulta do usuário.

### **Engajamento público**

#### **Ações:**

- Orientar aos familiares, os usuários e os grupos de hipertensos e diabéticos sobre a importância da alimentação saudável, a prática de atividade física regular e higiene bucal.
- Orientar os hipertensos e diabéticos, tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

**Detalhamento:** O médico e enfermeiro orientarão nas visitas domiciliares, as consultas e atividades com os grupos de HIPERDIA sobre a importância da alimentação saudável, a prática de atividade física regular e higiene bucal.

Todos os profissionais da equipe orientarão sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

### **Qualificação da prática clínica**

#### **Ações:**

- Capacitar mensalmente a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável, a prática de atividade física regular e higiene bucal.
- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

- Capacitar mensalmente a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento:** As capacitações serão realizadas nas duas primeiras semanas do curso, no local habilitado na UBS, depois da reunião da equipe. Os profissionais que farão a capacitação serão médico e enfermeiro.

### **2.3.2 Indicadores**

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

**Meta 1.1** Cadastrar 95% dos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

**Meta 1.2.** Cadastrar 90% dos usuários diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

**Numerador:** Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

**Numerador:** Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

**Meta 2.3.** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.3.** Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

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

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

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

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

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

**Meta 2.5.** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 2.5.** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

**Denominador:** Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de

medicamentos.

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

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

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

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

**Denominador:** Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

**Meta 2.7.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Indicador 2.7.** Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

**Indicador 12.** Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Indicador5.2** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão e Diabetes vamos adotar o Normas e Manuais Técnico Caderno de atenção Básica de Hipertensão Arterial No 37. Ministério de saúde, Brasília, 2013 e Normas e Manuais Técnico Caderno de Atenção Básica de Diabetes Mellitus No 36. Ministério de saúde, Brasília, 2013. Para o registro das ações utilizaremos a ficha espelho disponibilizada pelo curso, prontuário clínico, ficha de atendimento odontológico, ficha de atendimento nutricional e carteira de HAS e DM. Na carteira para o acompanhamento de HAS e DM serão registrada data e hora de aferição de pressão arteriale teste de Hgt.

Na ficha de atendimento odontológico serão registradas as ações realizadas, como necessidade de atendimento. No Prontuário clínico será incluído diagnóstico da doença, exame clínico apropriado de acordo com o protocolo, exames complementares, prescrição de medicamentos da farmácia popular, avaliação de risco cardiovascular, orientação de promoção a saúde (atividade física, tabagismo, álcool, alimentação saudável e higiene bucal). Na Ficha de atendimento nutricional registraremos o peso, altura, IMC. As fichas serão guardadas em arquivo específico.

Faremos contato com gestor municipal para a apresentação do projeto da intervenção e solicitar o material e instrumentos necessários como as carteiras de hipertensos e diabéticos, ficha complementar que serão registradas em arquivo específico, folhas em brancos, cadernetas, multimídia, um computador, sala para capacitação e reuniões com a equipe e comunidade. Solicitaremos ao gestor três esfigomanômetros, manguito com câmara inflável de cada e solicitar uma vez por mês; dois hemoglicoteste com fitas suficientes, calibração de esfigomanômetros e balança, material odontológico, panfletos, banner e cartazes informativos sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes e a importância de realização das consultas e seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Solicitaremos também a autorização para dispor de duas horas semanais para fazer as capacitações.

Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados. Criaremos um arquivo específico para os registros dos atendimentos dos adultos com HAS e DM, com revisão periódica semanal para identificar aos usuários faltosos a consulta, adultos com HAS e DM de risco, procedimentos em atraso e avaliar a qualidade do programa. O médico e enfermeiro realizarão a revisão do arquivo e analisarão semanalmente a situação dos usuários nas reuniões da equipe.

Para organizar o registro específico do programa, o enfermeiro revisará os prontuários clínicos os usuários cadastrados com HAS e DM, e transcreverá todas as informações disponíveis nos prontuários clínicos e odontológicos, na ficha espelho. Realizará o monitoramento inicial e anexará uma anotação no caso de consultas exames clínicos e laboratoriais em atraso.

A capacitação incluirá temas relacionados ao protocolo de atendimento usando o manual técnico de Hipertensão e Diabetes do Ministério de saúde 2013. A capacitação será na UBSe serão reservadas 2 horas no horário da reunião de equipe nas quintas-feiras a tarde. O médico será responsável da capacitação referente ao protocolo de atendimento, forma de registro atribuições de todos os profissionais e cadastramento e busca dos ACS e apresentará as fichas espelho, explicando a forma de preenchimento. As capacitações serão realizadas usando PowerPoint e serão entregues panfletos confeccionados pelo médico e enfermeiro, e depois iniciaremos a discussão dos temas.

Cada membro da equipe será responsável por alguns temas de capacitação.

O enfermeiro será responsável pela capacitação referente a:

- Cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitação de ACS para cadastramento e busca de usuários faltosos.
- Solicitação de exames complementares em usuários com HAS e DM.
- Práticas de alimentação saudável.
- Promoção da prática de atividade física regular.
- Tratamento de usuários tabagistas.

O Médico será responsável por:

- Cadastramento e busca de usuários faltosos.
- Verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Exame clínico apropriado.
- Atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes
- Alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
- Preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético.
- Registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.
- Estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e a importância do registro desta avaliação.
- Estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

O Odontólogo será responsável por:

- Acolhimento os usuários com hipertensão e diabetes.
- Avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos. .
- Para oferecer Orientações de higiene bucal.
- Diagnósticos das principais doenças bucais, como a cárie e as doenças periodontais.

Para acolher aos usuários, a recepcionista e a técnica de enfermagem receberão aos usuários, avaliarão o risco e a vulnerabilidade; explicarão as ações a fazer.

A técnica de enfermagem realizará a aferição da pressão arterial, da seguinte forma: o usuário deve estar sentado, com o braço apoiado e à altura do precórdio, Medir após cinco minutos de repouso, Evitar o uso de cigarro e de bebidas com cafeína nos 30 minutos precedentes, a câmara inflável deve cobrir pelo menos dois terços da circunferência do braço, palpar o pulso braquial e inflar o manguito até 30mmHg acima do valor em que o pulso,deixar de ser sentido, desinflar o manguito lentamente (2 a 4 mmHg/seg),a pressão sistólica corresponde ao valor em que começarem a ser ouvidos os ruídos de Korotkoff (fase I),a pressão diastólica corresponde ao desaparecimento dos batimentos (fase V), registrar valores com intervalos de 2 mmHg, evitando-se arredondamentos (Exemplo: 135/85mmHg),a média de duas aferições deve ser considerada como a pressão arterial do dia; se os valores observados diferirem em mais de 5 mmHg, medir novamente, na primeira vez, medir a pressão nos dois braços; se discrepantes, considerar o valor mais alto; nas vezes subsequentes, medir no mesmo braço (o direito de preferência). Também será feito teste de Hgt, peso e altura, será preencherá a carteira de hipertensos e diabéticos, no momento da triagem e na consulta de enfermagem, e será agendada a consulta. A médica e o enfermeiro preencherão os prontuários clínicos e a ficha complementar para cada usuário com HAS e DM atendido por dia na consulta, e o odontólogo preencherá o prontuário odontológico na consulta.

Semanalmente nas reuniões da equipe o enfermeiro planejará a agenda, priorizando-se o atendimento dos usuários com HAS e DM duas vezes por semanas (segunda e quarta-feira) todos os turnos para a médica e enfermeiro, para odontólogo uma vez todos os turnos por semana (quarta feira).

O Odontólogo organizará o acolhimento dos usuários com HAS e DM com necessidade de tratamento odontológico.

Os ACS realizarão visita domiciliares aos usuários faltosos e agendarão aos usuários, além de agendar aos usuários provenientes da busca ativa.

O enfermeiro manterá as informações do SIAB atualizadas diariamente. Realizará o monitoramento dos registros e avaliará o programa semanalmente.

As fichas espelho e complementares serão armazenadas no arquivo específico para o programa de Hipertensão e diabetes.

Os usuários de alto risco, serão atendidos com prioridade, seis agendamentos por semana (3 em cada seção da manhã) serão reservados com esse objetivo.

Uma vez por mês, na sexta-feira de manhã, serão realizadas as práticas coletivas sobre alimentação saudável, realizando palestras. O responsável por essas ações será a médica. Serão realizadas duas vezes por semana as práticas coletivas para orientação de atividade física, organizando caminhadas, o responsável dessas ações será o enfermeiro.

A médica e o enfermeiro semanalmente, com o objetivo de sensibilizar à comunidade contatarão aos representantes da comunidade e o programa de rádio municipal, solicitando apoio para informar sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, a importância de realização de exames como aferição da pressão arterial a partir dos 18 anos anualmente, rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

A comunidade será informada quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso utilizado a rádio com espaço uma vez ao mês, e atendimento diário. O odontólogo semanalmente, nas reuniões com a comunidade, grupos, e em acolhimento diário e atendimento orientaremos e sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Banner e panfletos serão colocados em UBS, igrejas, escolas sobre a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

Nas quartas-feiras, a tarde a médica e enfermeiro monitorarão semanalmente, o número de HAS E DM, atendidos na semana e examinarão as fichas complementares dos usuários com HAS e DM identificando os que estão com consultas, exames clínicos e exames laboratoriais em atraso. O agente comunitário de saúde realizará a busca ativa dos usuários com HAS e DM em atraso. As informações coletadas na ficha complementar serão incluídas na planilha eletrônica mensalmente.

A técnica de enfermagem vai monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia as segundas-feiras na tarde.

Nas reuniões o enfermeiro realizará uma reporte da avaliação geral do programa de HAS e DM, e avaliaremos o cumprimento das ações.

Serão implantados três grupos de HIPERDIA com 25 usuários como mínimo, realizando atividades de prevenção, na primeira semana do mês, a segunda feira realizará as ações de prevenção a médica, terça feira o odontólogo e quarta feira o



enfermeiro, depois das 16 horas, em local de igreja, e escola. As práticas coletivas sobre atividades físicas (caminhadas) serão realizadas semanalmente por enfermeiro, terça e quinta feira às 11.30 h. As ações serão registradas em prontuário eletrônico da UBS, cadernos para anotar temas, altas e participantes, utilizarão câmera ou celular para fotografia e pequenas filmagens.





Realizar arquivo específico para o programa de HIPERDIA												
Acolher os usuários com 20 anos e mais, realizando verificação de pressão arterial e hemoglicoteste.	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Modificar agenda dos profissionais para ampliar os dias de atendimento de usuários com HAS e DM				x				x				x
Monitorar e avaliar periodicamente a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de exame clínico apropriado</li> <li>• O número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados</li> <li>• O acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.</li> <li>• Os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.</li> <li>• Verificação da estratificação de risco por ano.</li> <li>• Estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e a avaliação do pés.</li> </ul>				x				x				x





### **3 Relatório da Intervenção**

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

Durante as 12 semanas de intervenção foram desenvolvidas parcial e integralmente ações para melhorar atenção dos usuários com hipertensão e diabetes.

A avaliação e monitoramento da cobertura de usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde foram desenvolvidos integralmente todas as semanas, foi garantido os registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa, melhoramos o acolhimento dos usuários, e foi desenvolvida integralmente a capacitação dos integrantes da equipe. Na capacitação tivemos dificuldades com assistência das agentes comunitárias, porque uma agente se encontrava de férias e outra doente, por isso fizemos novamente a capacitação com todos os integrantes da UBS e acolhimento dos usuários com 20 anos a mais. Para a realização de verificação de pressão arterial e hemoglicoteste foi desenvolvida integralmente, assim como a solicitação dos materiais adequados para a tomada da medida da pressão arterial, hemoglicoteste e avaliação antropométrica, a ação de modificar agenda dos profissionais foi desenvolvida sem dificuldade em várias ocasiões. A comunidade recebeu integralmente a informações sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Para melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos, foram feitas integralmente as ações de monitoramento e avaliação dos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada, assim como o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e necessidade de atendimento odontológico. Foi feita a definição das atribuições de cada membro da equipe no exame clínico, em cada consulta foi indicada a solicitação de exames complementares, em várias ocasiões analisamos com a Secretaria de Saúde agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, demonstrando resultados avaliados em cada reunião de equipe. Foi feita o controle de estoque mensal (incluindo validade) de medicamentos e o registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. No início da intervenção, apresentamos dificuldades no agendamento da consulta odontológica, pois estava lotada; depois o compressor estragou-se e foi reorganizada a agenda do dentista. Foram avaliados os usuários de Hiperdia, e se necessitavam de atendimento odontológico, eram encaminhados para outra UBS com atendimento uma vez por semana.

Os usuários da comunidade foram informados sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabéticos e sobre a importância de assistir a consulta e fazer avaliação periodicamente. Foram desenvolvidas integralmente as orientações à comunidade através das reuniões feita com a comunidade, com o conselho, todos os dias no acolhimento dos usuários que assistem a consulta médica e nos grupos de HIPERDIA sobre a importância de realização de exames complementares e periodicidade que devem ser realizados, o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, a importância de realizar a consulta com a dentista.

As capacitações e atualizações foram feitas com os profissionais da unidade de saúde de acordo com os Cadernos de Atenção Básica de Hipertensão e Diabetes do Ministério de Saúde, em realização de exame clínico apropriado. A equipe foi treinada sobre os diagnósticos das principais doenças bucais em usuários hipertensos e diabéticos, como a cárie e as doenças periodontais, apresentando deficiências no primeiro mês da intervenção e esta ação foi repetida novamente.



As consultas de usuários com HAS e DM previstas no protocolo foram feitas, e as visitas domiciliares foram organizadas e realizadas diariamente aos usuários faltosos a consultas, agendamos os usuários HIPERDIA provenientes das busca domiciliar. Na ação de organização e gestão do serviço para melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa estava planejado acolher os usuários ao chegar na unidade e consultar no mesmo turno, isso não pôde ser feito pela quantidade de consultas agendadas para os profissionais do UBS e terminava carregando o trabalho dos profissionais.

O monitoramento da qualidade dos registros dos usuários hipertensos e diabéticos foram realizadas todas as semanas a partir da revisão das ficha espelho, e da sua atualização. Não foi possível manter atualizado diariamente as informações do SIAB nas primeiras semanas por falta de capacitação do profissional médico, enfermeiro e dentista do projeto, além do sistema e internet não estarem disponíveis todos os dias na UBS, esta ação foi cumprida parcialmente.

O arquivo específico foi feito para viabilizar situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

As ações de monitoramento e avaliação a realização de orientação nutricional, atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal aos usuários com hipertensão e diabéticos foi desenvolvida integralmente. Assim como as práticas coletivas sobre alimentação saudável, e com ajuda da nutricionista do município, as práticas coletivas para a orientação de atividade física foi desenvolvida integralmente com pouca participação, a comunidade ficou muito contente pelas caminhadas e pelos resultados obtidos nos usuários que participaram nela.

A avaliação e monitoramento dos usuários hipertensos e diabéticos com realização de verificação da estratificação de risco foram desenvolvidos adequadamente durante a intervenção. Também foi priorizado o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco, agendando um turno da tarde semanalmente para o atendimento desta demanda. Nas consultas e visita domiciliares foram dadas as orientações quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

A capacitação sobre como realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, foi feita porem com algumas duvidas

em quanto o entendimento por os integrantes da equipe. O tema sobre as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis não apresento dificuldade.

O monitorar e avaliar a realização de orientação nutricional, atividade física regular, riscos do tabagismo, aos hipertensos e diabéticos e higiene bucal foram feitos integralmente durante a intervenção. As práticas coletivas sobre alimentação saudável foi realizada segundo o cronograma, porém foi repetida em várias ocasiões devido à pouca participação dos usuários. Convidamos à nutricionista do município para dar algumas palestras e participou em conjunto com a equipe da intervenção. As práticas coletivas foram realizadas segundo cronograma.

Todas as ações de orientação nos usuários e familiares referentes à importância da alimentação saudável, importância da prática de atividade física regular, tabagismo e tratamento para abandonar o tabagismo e a importância da higiene bucal foram feita integralmente, assim como a capacitação dos profissionais referente a esses temas.

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

Não foi desenvolvida a ação de demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade, a resposta dada por o gestor municipal foi o déficit de Profissional (educadores físicos), além da situação econômica do município.

Outra ação não cumprida foi a compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo pela situação econômica do município que afeta a Secretaria de saúde.

A ação de demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do “abandono ao tabagismo” foi realizada, porém não desenvolvida durante toda intervenção, dado que o gestor municipal não forneceu o medicamento durante a intervenção.

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

Não tivemos dificuldade com a coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores. Quando apresentamos alguma dúvida essas foram esclarecidas pela professora no diálogo orientador-especializando.

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

As ações previstas no projeto já se encontram inseridas na rotina da UBS e diariamente em nosso trabalho são desenvolvidas as ações, porém com maior facilidade. No entanto, acreditamos que ainda algumas ações podem melhorar. Dia a dia melhoramos o acolhimento dos usuários, e a comunicação com a comunidade, com a participação desta.

Continuamos realizando a capacitação e atualização dos membros da equipe sobre HAS e DM, fatores de riscos que desenvolvem doenças crônicas, doenças odontológicas. Formam parte da rotina as atividades nos grupos e as caminhadas. Acreditamos que alcançaremos uma maior participação com ajuda dos líderes da comunidade, e integraremos profissionais como nutricionista, educadores físicos, psicólogos. Temos que melhorar a qualidade dos registros, manter diariamente as informações do SIAB atualizada, para isso o gestor fez capacitação com os profissionais e estão melhorando a informatização da UBS.

## **4 Avaliação da Intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde dos usuários com hipertensão e diabetes.

Na área de abrangência existem 695 usuários hipertensos com 20 anos ou mais e 126 usuários diabéticos com 20 anos ou mais. Foram cadastrados na UBS 553 usuários com hipertensão e 111 usuários com diabetes.

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

**Meta 1.1.** Cadastrar 95% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

Ao início da intervenção, de um total de 695 usuários hipertensos, no primeiro mês foram cadastrados 140 usuários (20,1%), ao longo da intervenção aumentamos a cobertura e 278 usuários foram cadastrados (40,0%) no segundo mês e no último mês da intervenção alcançamos 79,6% representando 553 usuários atendidos. A meta proposta não foi atingida, porém essa situação foi devido a meta proposta era para ser trabalhada em 4 meses e terminamos realizando a intervenção em três meses. De qualquer jeito, a cobertura alcançada em três meses foi superior ao esperado.

As ações que mais auxiliaram foram a melhora do acolhimento para os usuários portadores de HAS, informação da comunidade sobre a existência do

Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e capacitação os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

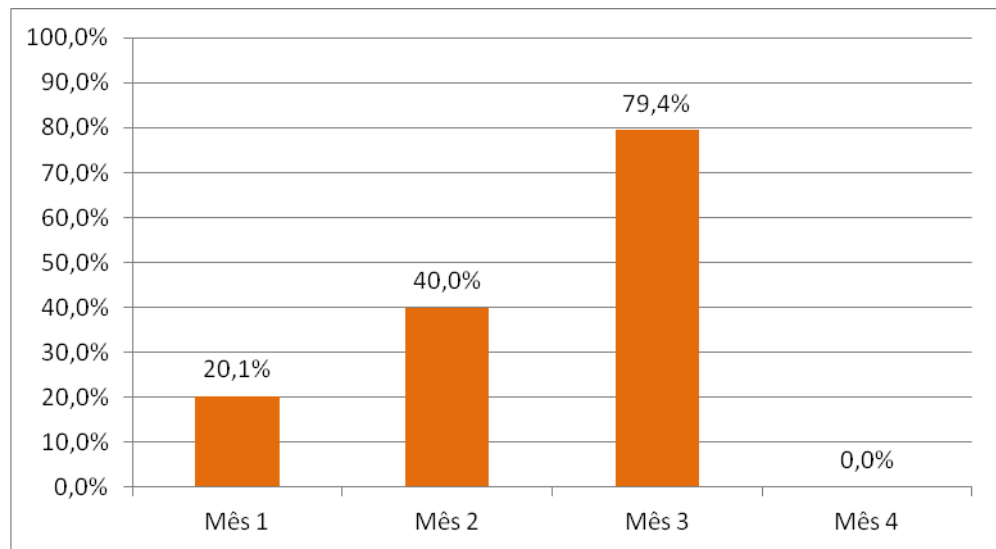


Figura 1 - Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade Básica de Saúde Cidade Baixa, São Jose do Norte, RS, 2015.

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

**Meta 1.2.** Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

De um total de 126 usuários com diabetes foram atendidos 44 usuários (34,9%) no primeiro mês, ao longo da intervenção aumentamos o cadastramento a 67 usuários (53,2 %) no segundo mês e no último mês da intervenção alcançamos 88,1 % para um total de 111 usuários cadastrados. Apesar da meta proposta não ter sido atingida, devido ao tempo da intervenção ter sido reduzido a três meses, acreditamos que a cobertura alcançada em três meses foi superior ao esperado.

As ações que mais auxiliaram foram melhoramento do acolhimento para os usuários portadores de HAS, informação da comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e capacitação os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

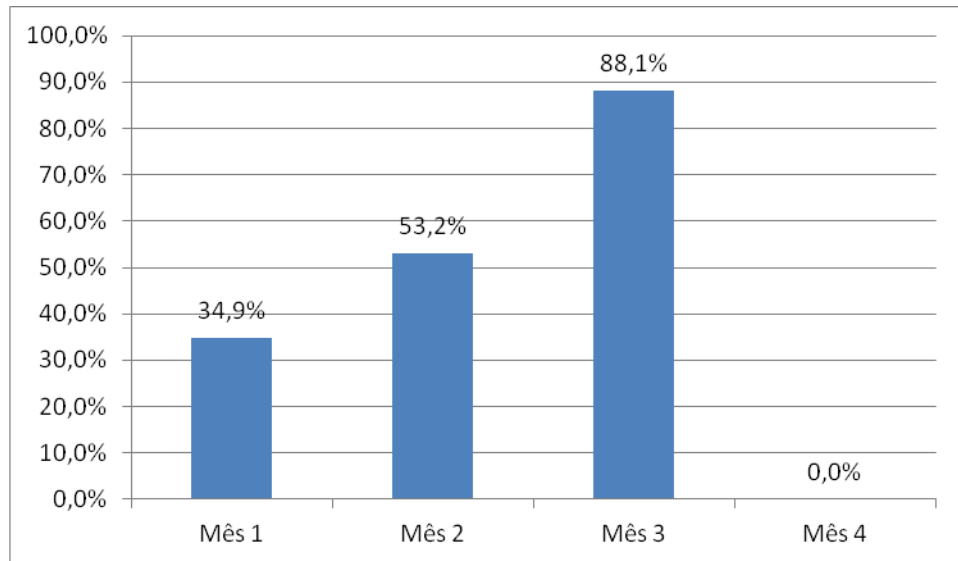


Figura 2 - Gráfico da cobertura do programa de atenção ao usuário diabético na Unidade Básica de Saúde Cidade Baixa, São Jose do Norte, RS, 2015.

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

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

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

No primeiro mês foram atendidos 140 usuários e foi feito exame clínico em dia de acordo o protocolo aos 140 usuários (100%), no segundo mês foram atendidos 278 usuários com hipertensão e foi feito exame clínico a 278 usuários (100%), no terceiro mês foram atendidos 553 hipertensos efeito exame clínico em dia de acordo o protocolo aos 553 usuários(100%).

As ações que mais auxiliaram foram definir atribuições a cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e capacitações dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

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

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

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

De 44 diabéticos cadastrados na unidade de saúde no primeiro mês foi feito exame clínico aos 44 usuários (100%), no segundo mês foram cadastrados 67 usuários e feito exame clínico aos 67 diabéticos(100%) no terceiro mês foram

cadastrados 111 usuários com diabetes e foi realizados o exame clínico em dia de acordo o protocolo aos 111 usuários diabéticos (100%).

As ações que mais auxiliaram foram definir atribuições a cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e capacitações dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

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

**Meta 2.3.** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.3.** Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês da intervenção teve-se dificuldade com os exames complementares, de 140 usuários hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS foram realizados exames complementares a 134 usuários hipertensos (95,7%), o resultado desfavorável deste indicador neste primeiro mês foi pela demora na realização dos exames complementares. No segundo mês o indicador melhorou, de 278 hipertensos cadastrados, 276 usuários hipertensos (99,3%) realizaram exames complementares, e no terceiro mês alcançamos 100% (553 usuários hipertensos cadastrados com exames). Para alcançar essa meta convidamos a Secretaria de Saúde na reunião da UBS e analisamos os resultados obtidos dessas semanas para demonstrar que precisávamos de agilidade para a realização dos exames complementares, além da ação de orientação da comunidade sobre a importância de realização de exames complementares e periodicidade que deve ser realizados.

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

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

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

No primeiro mês cadastramos um total de 44 usuários com diabetes 100% deles realizaram os exames complementares, no segundo mês foram cadastrados 67 usuários com diabetes e 100% deles foram feitos os exames complementares e o

terceiro mês foi realizado os exames complementares em dia de acordo o protocolo, a 111 usuários com diabetes (100%) do total de usuários cadastrados.

Neste indicador não apresentamos dificuldades, os resultados foram favoráveis ao longo da intervenção, e todos os usuários diabéticos atendidos realizaram os exames complementares, apesar de ter dificuldade com a agilidade dos exames. Acho que os resultados alcançados com os usuários diabéticos foi devido a que eles são usuários mais disciplinados em assistir a consulta e realização dos exames complementares, além disso, muitos usuários realizaram exames pagos que ficaram em tempo. A ação que mais auxiliou foi à solicitação de exames complementares em cada consulta.

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

**Meta 2.5.** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 2.5.** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Os resultados obtidos em primeiro mês da intervenção em relação com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia foi de 91,4% (128 usuários hipertensos) de 140 usuários atendidos nesse mês, no segundo mês foram cadastrados 278 usuários com hipertensão e 100% deles foram prescritos os medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e no terceiro mês de um total de 553 usuários hipertensos cadastrados o 100% foram prescrito os medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. A dificuldade apresentada no primeiro mês foi com abastecimento insuficiente para os usuários de Hiperdia. O segundo e terceiro mês alcançaram a meta atingida.

As ações que mais auxiliaram para melhorar os resultados nos meses seguintes foram o controle de estoque mensal de medicamentos e manter e atualizar o registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na UBS.



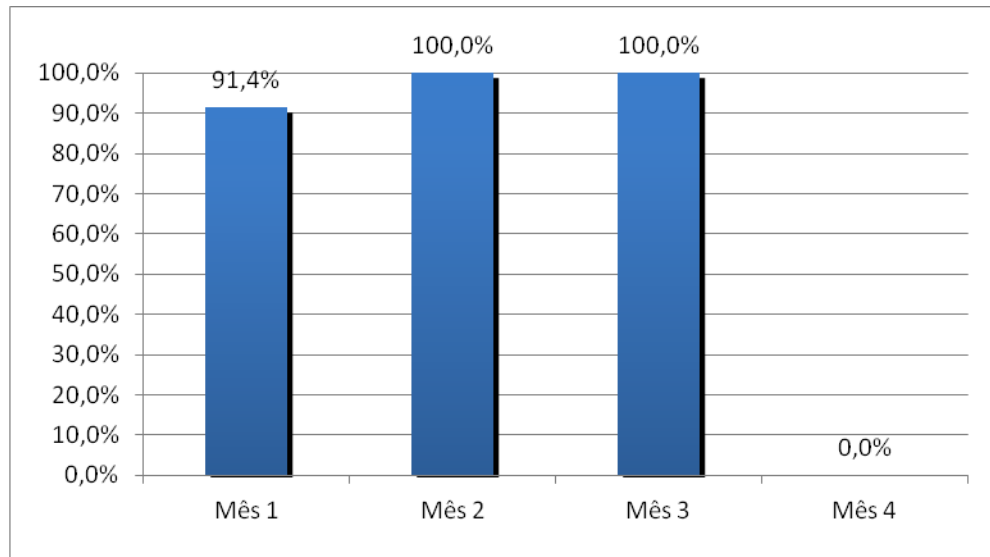


Figura 3 – Gráfico da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na Unidade Básica de Saúde Cidade Baixa, São Jose do Norte, RS, 2015.

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

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

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

Os usuários com diabetes apresentaram a mesma dificuldade, de 44 usuários atendidos o primeiro mês 39 diabéticos (88,6%) foi prescrito os medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. O segundo mês foram cadastrados 67 usuários com diabetes e prescritos em 100% deles os medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, e no terceiro mês foi prescrito o 100% (111 usuários com diabéticos). Atingindo a meta proposta.

Para melhorar as dificuldades do primeiro mês as ações que mais auxiliaram foram controle de estoque mensal de medicamentos e manter atualizado o registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados na UBS, informando para o Gestor Municipal a disponibilidade dos medicamentos na farmácia Popular e a UBS.

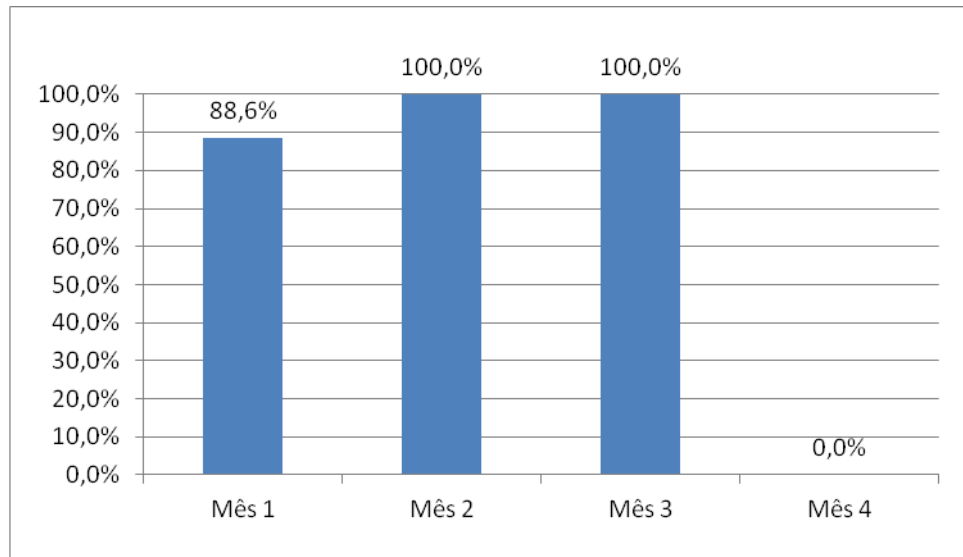


Figura 4 – Gráfico da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na Unidade Básica de Saúde Cidade Baixa, São Jose do Norte, RS, 2015.

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

**Meta 2.7.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Indicador 2.7.** Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Para melhorar a atenção de saúde bucal aos usuários com hipertensão foram avaliados 121 usuários hipertensos (86,4%) de um total de 140 usuários cadastrados no primeiro mês, não pudemos atingir a meta por falta de treinamento dos integrantes da equipe das principais doenças bucais e falta de organização de agenda de odontologia.

Nos meses seguintes melhoramos o indicador hasta atingir a meta de 100%, o segundo mês cadastraram 278 hipertensos com avaliação odontológica 270 usuários correspondentes a 97,1% e terceiro mês foram avaliados por odontologia aos 553 usuários hipertensos cadastrados (100%).

Depois de monitorar e avaliar os resultados do primeiro mês em nas reuniões de equipe, reorganizamos agenda de odontologia em duas ocasiões e capacitamos à equipe em diagnostico das principais doenças bucais. A ação de orientar a comunidade sobre a importância de realizar a consulta com a dentista auxiliou para atingir a meta proposta.

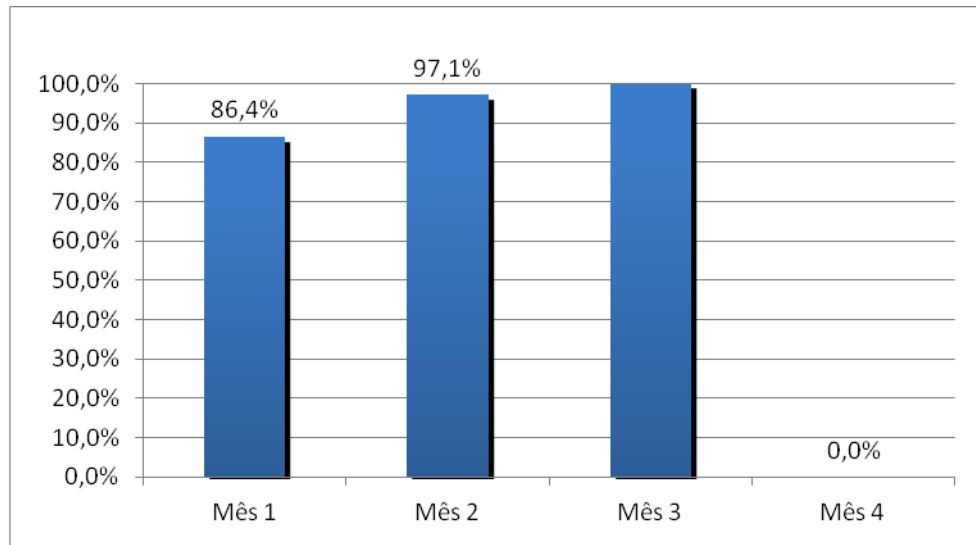


Figura 5 – Gráfico da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na Unidade Básica de Saúde Cidade Baixa, São Jose do Norte, RS, 2015.

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

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

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

Atenção bucal aos usuários com diabetes no primeiro mês foi de 90,9% dos usuários avaliados (40usuários) de 44 usuários diabéticos atendidos esse mês, não pôde atingir a meta além das dificuldades exposta anteriormente, o compressor da UBS encontra se estragado. No segundo mês de 67 diabéticos atendidos foram avaliados por odontologia 66 usuários correspondendo a 98,5%. No terceiro mês. Alcançamos a meta atingida avaliando a necessidade de atendimento odontológico aos 111 usuários diabéticos cadastrados (100%).

As ações que mais auxiliaram foram reorganizar agenda de odontologia, capacitação à equipe em diagnostico das principais doenças bucais e orientação a comunidade sobre a importância de realizar a consulta com a dentista, também realizamos outras ações alternativas para os tratamentos odontológicos dos usuários com Hiperdia que necessitem esse serviço.

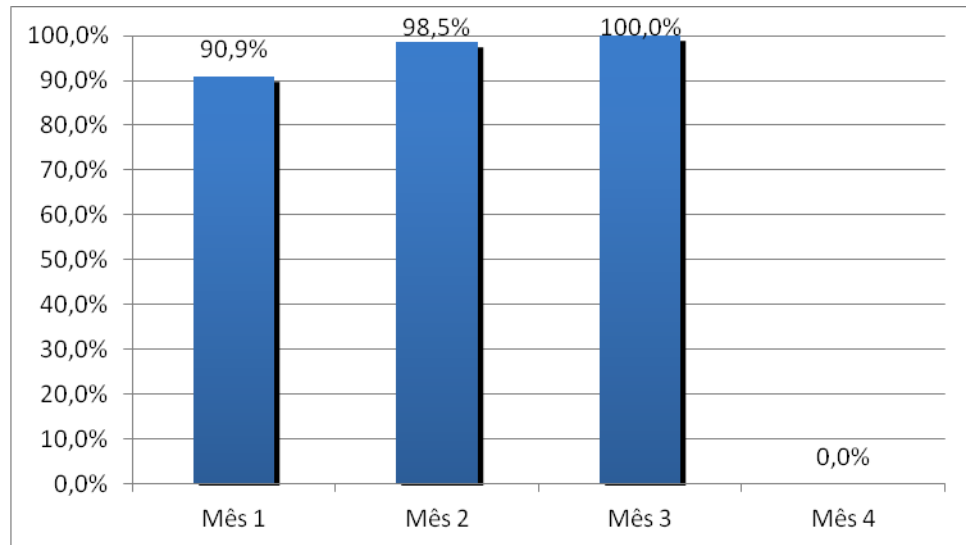


Figura 6 – Gráfico da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na Unidade Básica de Saúde Cidade Baixa, São Jose do Norte, RS, 2015.

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

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

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

Tivemos usuários faltosos à consulta, o primeiro mês 9 usuários hipertensos com busca ativa aos 9 usuários faltosos (100%), o segundo mês 2 usuários e terceiro mês 4 usuários faltosos à consulta para a busca ativa a 100%.

A ação que mais auxiliou foi organizar as visitas domiciliares semanalmente para a busca de hipertensos faltosos.

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

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

**Indicador 12.** Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

No primeiro mês tivemos quatro usuários diabéticos faltosos com busca a 100% deles, no resto dos meses não tivemos usuários diabéticos faltosos.

As ações que mais auxiliaram para obter bons resultados foram organizar semanalmente as visitas domiciliar a usuários faltosos e comunicar a comunidade sobre a importância da realização das consultas.

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

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

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

Cem por cento dos usuários hipertensos atendidos (553) durante a intervenção tiveram o registro adequado na ficha de acompanhamento. No primeiro mês cadastramos na unidade de saúde e estiveram com registro adequado na ficha de acompanhamento os 140 usuários com hipertensão representando 100% do total de usuários atendido esse mês, o segundo mês conseguimos manter o registro adequado na ficha de acompanhamento aos 278 usuários (100%) cadastrados e no terceiro mês alcançamos a meta atingida cadastrando e estando com registro adequado na ficha de acompanhamento os 553 usuários com hipertensão correspondendo a 100% dos usuários cadastrados.

A ação que mais auxiliou foi monitoramento e avaliação da qualidade dos registros de hipertensos acompanhados. Realizamos avaliações em todas as reuniões da equipe, e o enfermeiro era o responsável de atualizar os registros.

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

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

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

Nesta meta alcançamos manter ficha de acompanhamento a 100 % dos diabéticos desde o início da intervenção. No primeiro mês atingimos um total de 100% correspondendo 44 usuários diabéticos cadastrados com registro adequado na ficha de acompanhamento, no segundo mês logramos manter o 100% (67 diabéticos) com registro adequado e o terceiro mês mantivemos 100% (111 diabéticos) com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Alcançamos esses resultados, devido ao monitoramento e avaliação da qualidade dos registros de diabéticos acompanhados.

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

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

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

A proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínica em dia foi de 100% durante todo tempo da intervenção. No primeiro mês foi feita a estratificação do risco cardiovascular aos 140 usuários cadastrados com hipertensão correspondendo aos 100% dos usuários atendidos. O segundo mês a estratificação do risco cardiovascular foi feita aos 278 usuários hipertensos (100%) dos usuários atendidos e no terceiro mês de um total de 553 usuários hipertensos foi feita a estratificação do risco cardiovascular aos 100% deles.

Para atingir e alcançar a meta as ações que mais auxiliaram foi priorizado o atendimento dos usuários avaliados de alto risco, agendando um turno da tarde para o atendimento desta demanda e capacitação a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou lesões em órgãos alvo.

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

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

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

Cadastramos no primeiro mês de intervenção 44 usuários com diabetes, realizamos a estratificação do risco cardiovascular aos 44 usuários (100%) o segundo mês realizamos a estratificação do risco cardiovascular aos 67 diabéticos cadastrados (100%), em o terceiro mês os 111 usuários diabéticos cadastrados foi feita a estratificação do risco a todos os usuários (100%).

Muitas ações auxiliaram a atingir a meta como a priorização do atendimento dos usuários, a avaliação de alto risco, agendamento um turno da tarde para o atendimento desta demanda e capacitação a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou lesões em órgãos alvo.

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

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

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

Durante a intervenção, foram orientados todos os usuários hipertensos sobre alimentação saudável, no primeiro mês foi cadastrado 140 usuários com hipertensão deles 100% recebeu a orientação sobre o tema de alimentação, o segundo mês foi cadastrado 278 usuários hipertensos e todos eles (100%) receberam a orientação sobre o tema, no terceiro mês logramos manter a meta atingida de orientar a 100% dos usuários que corresponde a 553 hipertensos sobre alimentação saudável.

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

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

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

No primeiro mês, foi orientado sobre alimentação saudável aos 44 usuários cadastrados (100%), no segundo mês foram orientados sobre o tema os 67 usuários representando 100% dos diabéticos cadastrados esse mês e no terceiro mês foram orientados os 111 usuários diabéticos (100%).

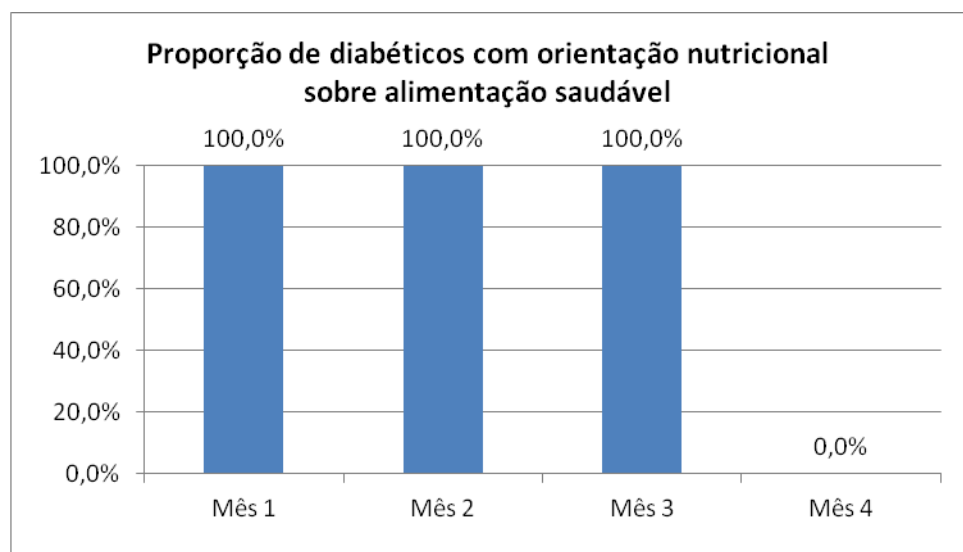


Figura 7 – Gráfico da proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na Unidade Básica de Saúde Cidade Baixa, São Jose do Norte, RS, 2015.

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

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

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

No primeiro mês, foram orientados em relação à prática regular de atividade física os 140 usuários (100%) hipertensos cadastrados, no mês seguinte cadastramos 278 usuários hipertensos e 100% receberam as orientações sobre o tema e no terceiro mês, 553 usuários (100%) com hipertensão receberam a orientação sobre a importância da prática regular de atividade física.

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

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

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

No primeiro mês da intervenção, foram cadastrados 44 diabéticos deles 100% receberam orientação sobre a prática regular da atividade física, no segundo mês logramos manter as orientações sobre o tema nos 67 usuários diabéticos cadastrados (100%) e no último mês da intervenção atingimos a meta, orientando sobre a prática regular de atividade física a 100% de usuários diabéticos (111) cadastrados.

As ações que mais auxiliaram a alcançar a meta no caso das orientações sobre atividade física, foram a capacitação da equipe sobre a promoção da prática de atividade física e metodologia de educação em saúde realizadas pelos profissionais de educação física e a realização das práticas coletivas de atividade físicas realizadas na UBS.

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

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

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



No primeiro mês, atingimos 100% (140 usuários) dos usuários que receberam orientações sobre o risco de tabagismo, no segundo mês mantivemos 100% (278 hipertensos) e no terceiro mês foi mantida a meta de 100% dos usuários hipertensos (553).

Foi possível manter a meta desde o início da intervenção, devido à capacitação da equipe para o tratamento de usuários tabagistas, as orientações realizadas na comunidade, família e usuários, sobre os riscos do tabagismo, a existência de tratamento para abandono do tabagismo e ao registro adequado realizado.

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

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

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

As orientações sobre os riscos do tabagismo no primeiro mês foram feitas em 100% dos usuários cadastrados (44 diabéticos), no segundo mês cadastramos 67 usuários recebendo as orientações sobre o tema 100% deles e no terceiro mês mantivemos a meta em 100% dos usuários diabéticos (111) que receberam orientações sobre os risco de tabagismo. As capacitações aos membros da equipe facilitou alcançar a meta de 100%.

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

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

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

No primeiro mês 136 usuários hipertensos, ou seja 97,1%, receberam as orientações sobre higiene bucal, apresentamos essa dificuldade pela falta de capacitação dos profissionais da equipe sobre a importância de higiene bucal.

No segundo mês alcançamos 100% (278) dos usuários hipertensos cadastrados que receberam as orientações sobre higiene bucal e no terceiro mês mantivemos as orientações em 100% dos usuários cadastrados (553). As ações que facilitaram o alcance da meta foram as capacitações realizadas e o apoio da equipe

para poder orientar aos usuários sobre a importância da higiene, assim como as palestras dadas.

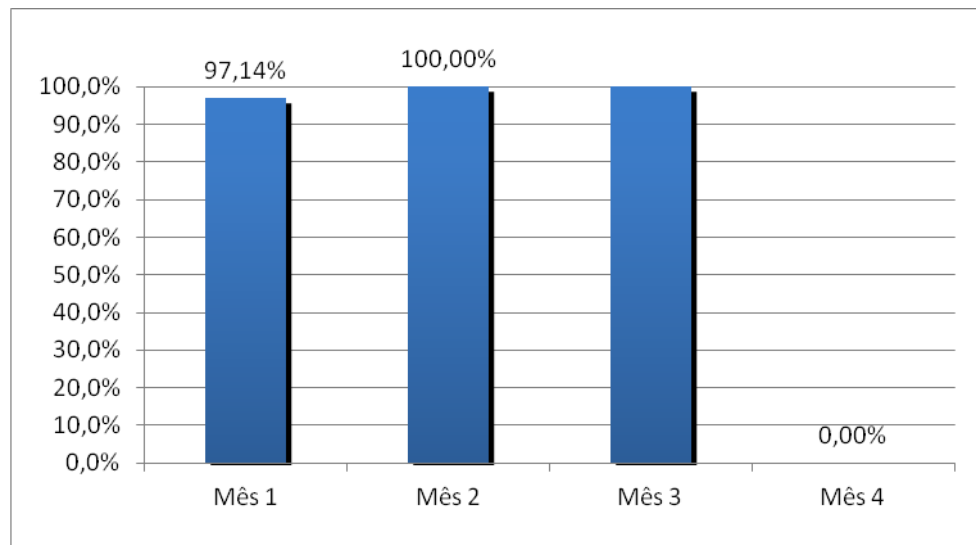


Figura 8 – Gráfico da proporção de hipertensos que receberam orientações sobre higiene bucal na Unidade Básica de Saúde Cidade Baixa, São Jose do Norte, RS, 2015.

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

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

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

Desde o início da intervenção, atingimos a meta proposta em todos os meses e no primeiro mês 100% (44) dos usuários diabéticos receberam orientações sobre higiene bucal. No segundo mês 100% dos usuários cadastrados (67) receberam orientações e no último mês da intervenção 100% dos diabéticos cadastrados (111 usuários) receberam as orientações.

A capacitação da equipe e apoio da dentista para realizar essas ações facilitaram o alcance da meta sem dificuldade.

## **4.2 Discussão**

A intervenção na UBS propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da unidade básica,

melhorou a qualidade de atendimento e a adesão dos usuários, aumentando o diagnóstico precoce e controle adequado.

Conseguimos melhor controle das afecções crônicas de forma que possam ser diminuídas as ocorrências de eventos cardiovasculares na população acometida por hipertensão e diabetes. Também foi promovida a melhorado registro das informações e mediante as atividades coletivas com os grupos, pouco a pouco estamos conseguindo mudar alguns estilos de vidas dos usuários hipertensos e diabéticos.

A intervenção exigiu que a equipe realizasse a capacitação e atualização em diversos temas como rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão e diabetes. Promoveu o trabalho integrado da equipe, desde a recepcionista, a auxiliar de enfermagem, o enfermeiro, a médica, a dentista e os agentes comunitários. A equipe realiza acolhimento de qualidade, estimulando o rastreamento aos usuários com 20 anos o mais, para a realização de aferição de pressão arterial e hemoglicoteste.

O enfermeiro e a médica durante as consultas médicas e de enfermagem, realizam o atendimento integral com exame clínico, laboratoriais e estratificações dos usuários em grupos de risco, os usuários com risco de eventos cardiovasculares foram atendidos com prioridade. A dentista avaliou e atendeu os usuários com hipertensão e diabetes. Foram feitas as visitas domiciliares pelos agentes comunitários os quais estimularam a importância de realização das consultas médica e com a dentista, assim como acompanhamento de forma geral, também estimularam o controle adequado os fatores de risco modificável, toda a equipe participou em as práticas coletivas sobre alimentação saudável e atividades físicas (caminhadas).

Antes da intervenção, as atividades de atenção à hipertensão e diabetes eram concentradas na médica. A intervenção permitiu a revisão das atribuições de cada integrante da equipe, promovendo a maior participação de todos. A melhoria do atendimento médico e odontológico contribuiu na melhora da qualidade de vida da população. A melhoria do registro e agendamento dos hipertensos e diabéticos viabilizou a otimização da agenda para não ter afetação dos atendimentos a demandas espontâneas. A classificação do risco cardiovascular dos usuários com hipertensão e diabetes foi muito importante para priorizar o atendimento dos mesmos. A capacitação dos agentes comunitários estimulou aos usuários a

assistirem a consulta e as atividades em grupos. Os registros em dia das necessidades de medicamento dos hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS viabilizou a presença em estoque dos medicamentos nas farmácias populares. Os contatos com os representantes da comunidade durante a intervenção têm sido importantes para integrar a comunidade com os problemas de saúde da população.

Os usuários com hipertensão e diabetes demonstraram satisfação com o atendimento feito na UBS. A comunidade entendeu a importância da prioridade de atendimento dos usuários com Hipertensão e diabetes, ajudaram a estender a informações às micro áreas onde não tem agentes comunitários e aportaram idéias para desenvolver atividades em grupos. Os membros da equipe estão muito contentes pela cooperação da comunidade e o apoio às atividades para melhorar a saúde.

Alguns dos indicadores não puderam ser atingidos em 100%, mas acredito que isso foi devido à redução de tempo de intervenção que inicialmente foi programada para ser realizada em 16 semanas e terminou em 12 semanas, pois mesmo com esse tempo menor, conseguimos atingir a maioria das metas programadas para 16 semanas.

Neste momento gostaria que os usuários com hipertensão e diabetes fossem também acompanhados com outras especialidades como a cardiologia, nefrologia, oftalmologia, nutricionista, pelo menos uma vez por ano. Essas ações aumentariam as atividades de prevenção e promoção de saúde com maior participação comunitária.

Quanto à viabilidade de incorporar da intervenção à rotina do serviço, posso indicar que a intervenção está incorporada à rotina do serviço, porém acredito que para melhorar essa incorporação precisamos aumentaras informações dadas à comunidade sobre a existência do programa, e assim melhorar a cobertura e poder prevenir a ocorrência das doenças e complicações nos usuários comas doenças presentes.

Pretendemos manter as ações da intervenção e melhorá-las sistematicamente, aumentando a comunicação e a participação da comunidade, coordenando com a SMS a participação de educadores de atividade física na prática coletiva e promovendo a ampliação da cobertura dos usuários com hipertensão e diabetes, No Programa de atenção a Hipertensos e Diabéticos serão analisados na reunião de equipe os resultados semanalmente. Cada profissional deve expor as

ações realizadas para lograr atingir as metas propostas. Na reunião serão traçadas as estratégias da semana seguinte para melhorar a cobertura e qualidade da atenção dos usuários. O cadastramento dos usuários continuará sendo feito na UBS e nas visitas domiciliares.

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

O relatório apresenta como foi implementado a melhoria da atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Cidade Baixa, São Jose Do Norte, RS.

Após a análise situacional, ficou evidenciada a baixa cobertura dos hipertensos e diabéticos acompanhados na ESF Cidade Baixa. Apresentávamos dificuldades com a qualidade da atenção à saúde de usuários com hipertensão e diabetes, atraso nas agendas por usuários faltosos, os exames complementares que não eram feitos a tempo e avaliação de saúde bucal com deficiências, além de ter pouca participação da comunidade nos problemas de doenças crônicas.

Com o desenvolvimento da intervenção, na área de abrangência da nossa unidade básica de saúde, conseguimos uma maior padronização e organização dos atendimentos aos usuários da população alvo. A equipe recebeu capacitações de acordo com os protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde, para implantar um atendimento qualificado e que fosse capaz de promover um melhor controle dessas enfermidades, prevenindo assim, o surgimento de diversas complicações que impactariam negativamente na qualidade de vida dos usuários.

Na área de abrangência existem 695 usuários hipertensos com 20 anos ou mais e 126 usuários diabéticos com 20 anos ou mais. Com a intervenção conseguimos cadastrar 553 usuários com hipertensão e 111 usuários com diabetes.

Tabela 1. Comparação entre os indicadores da qualidade de atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial e diabetes mellitus antes da intervenção e depois da intervenção, na Unidade Básica de Saúde Cidade Baixa, São Jose do Norte, RS, 2015.

<b>Ações</b>	<b>Antes Da Intervenção</b>	<b>Após Da Intervenção</b>
<b>Hipertensão</b>		
Cobertura de HAS	87%	<b>79,4%</b>
Estratificação de risco	75%	<b>100%</b>
Exames periódicos laboratoriais	37%	<b>100%</b>
Avaliação de saúde bucal	19%	<b>100%</b>
Orientação sobre prática de Atividade física e alimentação saudável	75%	<b>100%</b>
<b>Diabetes Mellitus</b>		
Cobertura de DM	56%	<b>88,1%</b>
Estratificação de risco	98%	<b>100%</b>
Exames periódicos laboratoriais	98%	<b>100%</b>
Avaliação de saúde bucal	56%	<b>100%</b>
Orientação sobre prática de atividade física e alimentação saudável	98%	<b>100%</b>

Para atingir os resultados obtidos a equipe realizou ações que foram planejadas e desenvolvidas durante as 12 semanas, para conseguir maior engajamento da comunidade adstrita no serviço, realizamos ações de promoção à saúde através de atividades coletivas, como palestras e caminhadas. Fica o desafio para a equipe em dar continuidade aos encontros previstos, programar e supervisionar as atividades a serem desenvolvidas em cada encontro e captar ainda mais usuários. Também realizamos reuniões com a comunidade dando participação aos líderes comunitários em diversas atividades que anteriormente não conheciam isso contribuíram muito para uma maior aproximação da comunidade com toda a nossa equipe.

A gestão municipal disponibilizou a maior parte dos materiais e instrumentos que solicitamos, disponibilizaram as fichas-espelho, os protocolos do Ministério da Saúde e apoio com os laboratórios. Participaram também nas reuniões da equipe, de comunidades e conheciam como se desenvolviam semanalmente os indicadores da intervenção e as dificuldades apresentadas durante o trajeto.

Portanto, o apoio dos gestores foi fundamental para que obtivéssemos os resultados alcançados, dos indicadores de qualidade. O trabalho unido e conjunto da equipe, comunidade e gestão ajudam ao desenvolvimento da intervenção e melhoramento a qualidade de vida da população.

Alguns aspectos relacionados à gestão que de serem melhorados, como a coordenação da realização dos exames de laboratoriais, fornecer os medicamentos na farmácia popular, fornecer os materiais adequados mensalmente, isso poderiam ajudar a qualificar ainda mais nosso serviço, e viabilizariam a ampliação da intervenção e/ou a implementação de outras ações programáticas.

Apesar das dificuldades, os resultados foram positivos e a partir dessa experiência, pretendemos também implementar o programa de pacientes grávidas, conhecendo o alto índice de mortalidade materno infantil. Para isso, precisamos do trabalho integral, com apoio da comunidade e de SMS. Convidamos à gestão a continuar para que a intervenção possa se manter como parte da rotina na UBS.

Gostaríamos de salientar que, apesar das dificuldades, os resultados foram positivos e, a partir dessa experiência e conhecendo a elevada morbidade e mortalidade por câncer de mama e de colo de útero e sua repercussão na saúde da mulher, pretendemos também implementar o programa de controle de câncer de mama e de útero na UBS proximamente. A equipe acredita que, com o trabalho integral, o apoio da comunidade e da SMS, a intervenção formará parte das ações na UBS. Para isso precisamos da ajuda da gestão. Convidamos à gestão a continuar participando das atividades realizadas para que a intervenção possa se manter como parte da rotina na UBS.



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

Cara comunidade,

Realizamos uma intervenção na comunidade, com o objetivo de melhorar a atenção aos usuários com HAS e DM do município. Após três meses de intervenção, foi possível atender de um total de 695 hipertensos da nossa área adstrita, a 552 usuários hipertensos, alcançando uma cobertura de 79,4%. No caso de diabéticos, de 126 usuários diabéticos, 111 foram cadastrados e acompanhados, alcançando uma cobertura de 88,1% dentro de um período de 12 semanas. Em 100% dos pacientes HAS e DM cadastrados foram realizados os exames complementares, as prescrições do medicamentos da farmácia popular, facilitando assim a aquisição da medicação, também realizamos exames importantes para controlar as pessoas com maior risco cardiovascular, assim como as avaliações odontológicas que forma realizadas. Todos os usuários receberam orientações nutricionais sobre alimentação saudável, sobre práticas de atividades físicas regulares, sobre os riscos do tabagismo e sobre a importância da saúde bucal, práticas indispensáveis para o controle das doenças e manter alta qualidade de vida.

Os atendimentos dos usuários hipertensos e diabéticos foram priorizados mas não foram alterados o resto dos atendimentos. A equipe realizou ações que foram planejadas e desenvolvidas durante as 12 semanas e foi capacitada para melhor atende-los e qualificar a saúde da comunidade.

Nas terças-feiras à tarde realizamos as visitas domiciliares aos pacientes acamados que não podem comparecer ao UBS e buscamos aos pacientes faltosos a consultas, para saber os motivos das faltas e promover atenção necessária. A

equipe orientou sempre à comunidade sobre as ações de promoção e prevenção, e realizamos atividades nos grupos, mensalmente para promover saúde.

Existem na UBS vários grupos e todos podem acompanhar os grupos e serão muito bem vindos. Nas reuniões com a comunidade falamos sobre diversos temas e esclarecemos todas as suas dúvidas assim como damos dicas de saúde e realizamos atividades produtivas para promover a integração entre a gente.

Aumentou o número de agendamentos dos usuários hipertensos e diabéticos com a médica e dentista, diminuiu o tempo de espera para fazer exames laboratoriais e a disponibilidade dos medicamentos da farmácia popular \HUPERDIA todos os meses. Todos os usuários são atendidos considerando cada situação individual e a necessidade destas. A equipe tem um cuidado especial para esses usuários

A comunidade foi informada sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus e os objetivos e metas da intervenção, isso melhorou notavelmente o acesso da população ao serviço, aumentando o cadastramento dos usuários. A comunidade teve conhecimento sobre a importância de assistir a consulta e avaliação periódica, ali realizamos exame clínico, de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, para todos os hipertensos e diabéticos cadastrados. É muito importante para a comunidade contar com uma equipe altamente capacitada, pois o impacto será positivo.

A comunidade de forma geral colaborou de diversas formas. Tivemos líderes comunitários que colaboraram com o nosso trabalho e que participaram nos grupos do HAS e DM, informaram sobre os riscos de hábitos tóxicos (álcool, tabagismo), a necessidade de fazer atividade física e alimentação saudável.

Para continuar com a intervenção a equipe necessita do apoio da comunidade para informar sobre as atividades que são realizadas na UBS. Convocamos à participação de todos na comunidade, é importante a participação de todos os integrantes igualmente.

A intervenção forma parte das ações na UBS e vai continuar formando parte da rotina de trabalho, pelo que precisamos da ajuda da comunidade. Esperamos que a comunidade participe mais ativamente nas ações realizadas, e que possam nos ajudar informando também àquelas pessoas que não conheçam do programa.

Com esta intervenção melhoramos a atenção dos pacientes. Nós queremos trabalhar de forma conjunta com vocês e precisamos da sua ajuda para melhorarmos a situação de saúde da população.

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

Com o desenvolvimento do curso de especialização alcancei as expectativas iniciais, como o desenvolvimento de habilidades e competências cognitivas, recebi as orientações completas de os temas e bibliografias atualizadas que ajudou a participar dos fóruns coletivos e clínico, interagindo com os colegas e professores, conheceu o Ambiente Virtual de Aprendizagem, a minha orientadora, recebendo as avaliações das tarefas e feedback .

Ampliei os conhecimentos relacionados à Estratégia de Saúde da Família, aprendi a utilizar os protocolos de saúde, os quais foram utilizados por todos os membros da equipe.

A qualidade do atendimento dos usuários com hipertensão e diabetes melhorou e interagimos com a comunidade e gestão municipal. Compartilhamos temas, dúvidas, experiências nas reuniões da UBS, de comunidade, nas visitas domiciliares, aprenderam a resolver situações apresentadas nas visitas domiciliares. Fiquei contente porque consegui promover câmbios no estilo de vida da comunidade, e ampliamos os conhecimentos deles sobre doenças crônicas. Os membros da UBS, no início da intervenção trabalhavam de forma individual, agora trabalhamos unidos, compartilhamos opiniões, idéias e iniciativas.

Como o curso aumentei os meus conhecimentos sobre a atenção primária à saúde, principalmente no enfoque da estratégia à saúde da família de forma prática, gostei muito dos casos interativos e interagi com os profissionais da UBS, para poder resolvê-los escutando as idéias e respostas deles.

Quando comecei a realizar a intervenção, pensei que não teria o apoio dos membros da equipe, mais isso não aconteceu, eles também ficaram animados e admirados com a qualidade da proposta de intervenção, concordaram com a importância da realização desta e abraçaram a oportunidade de mudança no processo de trabalho e pouco a pouco foi incorporada na rotina da UBS.

Considero satisfatória a realização da intervenção com os resultados alcançados.

Apreendi, no curso, que nossas ações em saúde devem ser planejadas, e monitoradas mediante avaliações periódicas, pois é dessa forma, como podemos detectar as necessidades da população e a partir da qual podemos definir e/ou priorizar ações direcionadas, para promover um impacto no processo saúde-doença da população.

O curso de especialização em saúde da família da UFPel significou para a minha prática profissional aquisição de novos conhecimento acerca da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a oportunidade de mudança no meu processo de trabalho e dos membros da equipe. Agora estou mais comprometida como profissional de Atenção básica, meu desempenho e preparação técnica são melhores.

## Referências

BRASIL, Hipertensão Arterial Sistêmica. Cadernos de Atenção Básica n.37. Brasília, Ministério da Saúde, 2013

BRASIL, Diabetes Mellitus. Cadernos de Atenção Básica, n. 36. Brasília, Ministério da Saúde, 2013

RODRIGUES, D., BRITO D. Prevalência de Fatores de Risco e Complicações do Diabetes Mellitus Tipo 2 em Usuários de uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.15 n.3. p. 277-286, 2011.

WHO. A global brief on hypertension. Silent killer, global public health crisis. WHO. Geneve, World Health Organization. n. 40, 2013

WHO. Diabetes action now. An initiative of the World Health organization and the International Diabetes Federation Geneva, 2004

## **Anexos**

## Anexo A - Documento do comitê de ética



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

---

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Prof<sup>a</sup> Ana Cláudia 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.

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





Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1										
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1									
	2									
	3									
	4									
	5									
	6									
	7									
	8									
	9									
	10									
	11									
	12									
	13									





## **Anexo D -Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias**

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_

Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_, Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

\_\_\_\_\_