

**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 à saúde das pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes  
Mellitus na UBS Cerro Grande, Cerro Grande/RS**

**Gaspar Manuel Abreu Salgado**

**Pelotas, 2015**

**Gaspar Manuel Abreu Salgado**

**Melhoria da atenção à saúde das pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus na UBS Cerro Grande, Cerro Grande/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família modalidade a Distância da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Adrize Rutz Porto

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação**

S164m Salgado, Gaspar Manuel Abreu

Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus na UBS Cerro Grande, Cerro Grande/RS / Gaspar Manuel Abreu Salgado; Adrize Rutz Porto, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

80 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. Porto, Adrize Rutz, orient.  
II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico ao Programa Mais Médicos do Brasil.

## **Agradecimentos**

Agradeço aos gestores, pelo seu apoio a nossa intervenção.

Faço um agradecimento especial aos Agentes Comunitários de Saúde por trabalharem com tanta organização e disciplina e por apoiar em todas as atividades.

Agradeço a minha orientadora, por guiar-me, orientar-me, exigir-me em cada semana por a qualidade da intervenção.

Obrigado a todos meus parceiros e colegas pelos seus apoios e interesse de conhecer a evolução do projeto.

## Resumo

SALGADO, Gaspar Manuel Abreu. **Melhoria da atenção à saúde das pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus na UBS Cerro Grande, Cerro Grande/RS.** 2015. 75f. 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 têm influência importante na qualidade de vida dos indivíduos, por serem doenças que sem o acompanhamento adequado causam complicações cardiovasculares, podendo até resultar em sequelas graves. Como a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e diabetes não ser sistematicamente monitorada pela equipe para melhorar a qualidade da oferta das ações, realizou-se uma intervenção nesta ação programática na Unidade Básica de Saúde de Cerro Grande, no município Cerro Grande, no estado do Rio Grande do Sul. A população é urbana e rural, possuindo na área de abrangência da Unidade de Saúde 2.400 pessoas. Dessa maneira, o objetivo geral do projeto de intervenção foi melhorar a atenção aos adultos com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde de Cerro Grande. Este foi um projeto de intervenção desenvolvido no âmbito do Curso de Especialização em Saúde da Família à distância da Universidade Federal de Pelotas. Para monitorar o alcance das metas e as ações desenvolvidas pela equipe, utilizaram-se os instrumentos: planilha de coleta de dados; fichas-espelho, planilha de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações, disponibilizados pelo curso. As ações foram realizadas em quatro eixos: monitoramento e avaliação; organização e gestão do serviço; engajamento público e qualificação da prática clínica. Na área adstrita à Unidade existiam, ao início do projeto, 536 pessoas com hipertensão estimadas e com a intervenção cadastrou-se 485(90,5%). Das 153 pessoas que já se tinha estimadas no território com diabetes, 140(91,5%) foram cadastradas com a intervenção. A avaliação da necessidade de atendimento odontológico continua sendo um desafio, 147 pessoas com hipertensão (30,3%) foram avaliadas e 50(35,7%) com diabetes. A equipe capacitou-se para atenção integral com protocolos assistenciais do Ministério da Saúde. A prescrição de medicamentos da Farmácia Popular e registro adequados nas fichas-espelho atingiram a todos hipertensos e diabéticos. Nos demais indicadores obtiveram-se proporções acima de 95%, que são: exame clínico de hipertensos 461(95,5%) e diabéticos 137(97,9%); exames complementares em dia hipertensos 461 (95,5%) e diabéticos 137(97,9%); busca ativa dos faltosos hipertensos 101(99,8%) e diabéticos 17(94,8%); estratificação de risco cardiovascular hipertensos 466(96,1%) e diabéticos 140(100%); orientação sobre alimentação saudável hipertensos 466(96,1%) e diabéticos 140(100%), sobre prática regular de atividade física hipertensos 462(95,3%) e diabéticos 140(100%), sobre risco do tabagismo hipertensos 464(95,2%) e diabéticos 140(100%) e sobre higiene bucal hipertensos 446(96,7%) e diabéticos 140(100%). A intervenção foi benéfica para a comunidade com estas patologias que recebe atenção integral e qualificada, para a equipe a experiência possibilita a incorporação das ações à rotina e intervenções em outras ações programáticas e para o serviço a organização e integração das ações, bem como o monitoramento das informações.

**Palavras-chave:** saúde da família; atenção primária à saúde; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão.

## Lista de Figuras

Figura 1 – Gráfico de Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Cerro Grande. Cerro Grande/RS, 2015.....	47
Figura 2 - Gráfico de Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Cerro Grande. Cerro Grande/RS, 2015.....	48
Figura 3 - Gráfico de Proporção de hipertensos com os exames clínicos em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Cerro Grande. Cerro Grande/RS, 2015.....	49
Figura 4 - Gráfico de Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Cerro Grande. Cerro Grande/RS, 2015.....	49
Figura 5 - Gráfico de Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Cerro Grande. Cerro Grande/RS, 2015.....	50
Figura 6 - Gráfico de Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Cerro Grande. Cerro Grande/RS, 2015.....	51
Figura 7 - Gráfico de Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Cerro Grande. Cerro Grande/RS, 2015.....	52
Figura 8 - Gráfico de Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Cerro Grande. Cerro Grande/RS, 2015.....	53
Figura 9 - Gráfico de Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na unidade de saúde Cerro Grande. Cerro Grande/RS, 2015.....	54
Figura 10 - Gráfico de Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na unidade de saúde Cerro Grande. Cerro Grande/RS, 2015.....	54
Figura 11 - Gráfico de Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na unidade de saúde Cerro Grande. Cerro Grande/RS, 2015.....	55
Figura 12 - Gráfico de Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na unidade de saúde Cerro Grande. Cerro Grande/RS, 2015.....	56

Figura 13 - Gráfico de Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na unidade de saúde Cerro Grande. Cerro Grande/RS, 2015. ....	57
Figura 14 - Gráfico de Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular na unidade de saúde Cerro Grande. Cerro Grande/RS, 2015. ....	58
Figura 15 - Gráfico de Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na unidade de saúde Cerro Grande. Cerro Grande/RS, 2015..	59
Figura 16 - Gráfico de Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal na unidade de saúde Cerro Grande. Cerro Grande/RS, 2015. ....	60

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

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
EaD	Ensino à Distância
ECG	Eletrocardiograma
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
DM	Diabetes Mellitus
RS	Rio Grande do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

## Sumário

Apresentação .....	6
1 Análise Situacional .....	7
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	7
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	9
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	16
2 Análise Estratégica .....	18
2.1 Justificativa .....	18
2.2 Objetivos e metas .....	19
2.3 Metodologia .....	21
2.3.1 Detalhamento das ações .....	21
2.3.2 Indicadores .....	34
2.3.3 Logística .....	39
2.3.4 Cronograma .....	41
3 Relatório da Intervenção .....	42
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	42
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	44
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	45
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	45
4 Avaliação da intervenção .....	46
4.1 Resultados .....	46
4.2 Discussão .....	61
5 Relatório da intervenção para gestores .....	64
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	66
Referências .....	69
Apêndice .....	70
Anexos .....	72

## **Apresentação**

O presente volume trata de um Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em Saúde da Família, na modalidade à distância, da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). O mesmo está composto por sete itens que descrevem cada uma das etapas do processo de construção do trabalho.

O primeiro item é a Análise Situacional que identifica o problema objeto da intervenção. No segundo item Análise Estratégica projeta-se a intervenção a ser executada, justificando-a, formulando os objetivos, as metas, as ações, os indicadores, a logística e o cronograma de atividades. O terceiro tópico relata o desenvolvimento da intervenção, quanto à realização ou não das ações previstas, dificuldades na coleta das informações e analisa brevemente a viabilidade de incorporação das ações previstas na rotina da Unidade. O quarto item, Avaliação da Intervenção, descreve os resultados da intervenção e os discute em seus detalhes. Ainda constam relatórios voltados para os gestores e para a comunidade. O sétimo tópico é uma reflexão crítica do processo de aprendizagem do especializando e ainda há a lista das referências que serviram de suporte teórico ao trabalho, bem como os anexos.

## **1 Análise Situacional**

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

O município de Cerro Grande está localizado no extremo norte do Estado Rio Grande do Sul. O município conta com uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com Estratégia de Saúde da Família (ESF) urbana, com um excelente trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). Tem uma farmácia privada e uma farmácia popular que tem convênio com nossa UBS, onde os pacientes adquirem seus medicamentos gratuitos. Os exames complementares são todos conveniados pelo SUS, tem um laboratório de análises clínicas privado e com convênio com o SUS, todos os demais exames são feitos em outros municípios. O atendimento hospitalar também é fora do município.

Contamos com só uma equipe de Saúde da Família composta por: 01 cirurgião dentista; 02 enfermeiros; 01 médico generalista; 04 técnicos de enfermagem; 01 técnico de saúde bucal; 08 Agentes Comunitários de Saúde (ACS); 01 auxiliar de serviços gerais.

Em relação à estrutura física, o projeto físico da UBS não apresenta instalações suficientes para o desenvolvimento do trabalho da equipe de saúde e para a prestação de cuidados à população. A sala de espera é um local muito pequeno, não tem espaço destinado aos usuários do serviço e seus acompanhantes que aguardam o atendimento. Não tem um local adequado destinado às atividades administrativas da UBS, não tem sala de reuniões, nem espaço destinado a atividades educativas em grupo, não tem espaço destinado aos ACS e nem sala para arquivar os prontuários.

A sala de procedimentos também é pequena para comportar as nebulizações, realização dos curativos, atendimento de urgências, eletrocardiograma e todos os procedimentos de enfermagem. O consultório odontológico não tem as dimensões estruturais mínimas para fazer todos os procedimentos odontológicos, não tem escovaria e nem área para compressor.

Há barreiras arquitetônicas especialmente para idosos e/ou pessoas com deficiências, como rampas com difícil acessibilidade, as instalações sanitárias não têm área de manobra, de transferência; a calçada e as áreas próximas à UBS não são planejadas. A equipe tem o propósito de prestar atenção de qualidade para a população, e felizmente, existe um novo projeto para a construção em breve de uma UBS nova.

Observando as atribuições de equipe, é possível identificar que utiliza um modelo assistencial baseado em promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS e da atenção primária em saúde (a universalidade, a acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade, participação, resolubilidade e intersetoralidades).

Em relação à população da área adstrita são 2.400 habitantes, sendo 1.203 homens e 1.197 mulheres. São 26 menores de um ano, 22 gestantes, 593 mulheres entre 25 e 64 anos, 226 mulheres entre 50 e 69 anos, 45 menores de cinco anos, 345 pessoas de 5 a 14 anos, 1.550 pessoas de 15 a 59 anos, 318 pessoas com 60 anos ou mais.

A porta de entrada para outros serviços da rede é a UBS e tem sistema de referência e contra referência para centros, hospitais de outros municípios, as urgências para pronto atendimento, encaminhamentos para os hospitais conveniados, consultas especializadas.

A equipe de saúde consegue desempenhar seus papéis fazendo um monitoramento de todas as ações programáticas. Observa-se que a equipe busca trabalhar com a prevenção da doença e promoção da saúde através de orientações nos atendimentos de puericultura, pré-natal, prevenção do câncer do colo do útero e mama, prevenção do câncer de próstata, prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis, de hipertensão, vacinação entre outros, pois são vários os trabalhos voltados para prevenção principalmente através de visitas domiciliares que são realizadas pelos ACS e também são realizadas pela equipe aos pacientes idosos,

acamados ou pessoas portadoras de necessidades especiais, faz-se busca ativa de faltosos como gestantes que faltam a consultas planejadas, faltosos em puericulturas, em vacinação, a pacientes com seguimentos por citopatológicos alterados, e ausentes na coleta de citologia de colo uterino.

A equipe procura trabalhar para melhorar a qualidade de vida da população e procura incorporar e incentivar a população a adotar medidas de vida saudável, principalmente optando pela prevenção. Porém ainda observa-se que a população procura a unidade de saúde apenas no momento da doença, realizam-se os agendamentos e a população esquece, não tem o costume de ter um médico de família dentro da comunidade.

A organização do atendimento à demanda espontânea em nossa UBS é feita conforme as necessidades dos usuários que solicitam atendimento fundamentalmente por problemas agudos, os usuários com agendamento prévio para atendimento médico, com odontologia, ou enfermagem, são muito poucos.

O acolhimento é realizado pela enfermagem e auxiliar de saúde bucal no local da recepção da UBS, que é muito pequeno, e os usuários precisam ficar fora até que se faça o agendamento, ou seja, chamado para o atendimento. O acolhimento acontece conforme as necessidades de saúde dos usuários sem agendamento prévio, não existe uma organização prévia dos agendamentos. Os problemas de saúde agudos são atendidos na UBS. Os enfermeiros, médicos e odontólogos são os responsáveis para identificar os problemas na atividade de acolhimento, que acontece nas primeiras horas de atendimento da UBS, com qualidade, resolutividade e atenção humanizada.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

A colonização da região começou com a chegada de 65 famílias de colonos italianos e poloneses que saíram da Serra do Nordeste em caravanas de carretas puxadas a boi, rumo ao Alto Uruguai. No interior do município de Palmeira das Missões, fundaram o povoado de Cerro Grande.

Cerro Grande tem em sua constituição étnica, além dos poloneses e italianos, também alemães e caboclos. Segundo lideranças de Cerro Grande, a origem de seu nome seria proveniente de um grupo de caçadores que no ano de 1890 passou por ali e se deparou com um cerro muito grande. Ao descansarem e

beberem água numa fonte próxima resolveu identificar aquele local com o nome de cerro.

O município de Cerro Grande está localizado no extremo norte do Estado Rio Grande do Sul, vizinho dos municípios Novo Tiradentes, Sagrada Família, Jaboticaba, Lajeado do Bugre e situa-se ao Norte de Rio Grande do Sul. Possui uma área territorial de 73,21 km<sup>2</sup>, uma densidade populacional de 32,8 habitantes/km<sup>2</sup> e uma população de 2.400 habitantes, 830 urbanos e 1.570 rurais. O número de domicílios e de famílias é de aproximadamente 905. O município conta com uma UBS com ESF urbana com um excelente trabalho do SUS, tem duas farmácias, uma privada e outra que tem convênio com nossa UBS, onde os usuários adquirem os medicamentos pelo SUS. Os exames complementares são todos conveniados pelo SUS e realizados por meio de contrato com um laboratório privado. Todos os demais exames são feitos noutros municípios e os hospitais ficam fora do município. Pois, Cerro Grande não tem hospital, tampouco tem serviço de Pronto Socorro, e não tem Serviço de Atendimento Móvel de Urgências.

Contamos com só uma equipe de Saúde da Família composta por: um cirurgião dentista; dois enfermeiros; um médico generalista; quatro técnicos de enfermagem; um auxiliar de saúde bucal; oito ACS; um auxiliar de serviços gerais que atendem de segunda à sexta-feira das sete horas da manhã às 17 horas. O resto dos horários noturnos e fim de semana são cobertos por dois enfermeiros e por quatro técnicas de enfermagem plantonistas, os mesmos trabalhadores da UBS, mas com uma rotação bem desenhada por mês.

Existe também no município a equipe da farmácia que atende vinculada à ESF e o Centro de Saúde que é composto por um farmacêutico e um auxiliar de farmácia que atendem de segunda à sexta-feira das sete horas da manhã às 17 horas.

Em relação à estrutura física, o projeto físico da UBS não apresenta instalações suficientes para o desenvolvimento do trabalho da equipe de saúde e para a prestação de cuidados à população. A sala de espera é um local muito pequeno, não tem espaço destinado aos usuários do serviço e seus acompanhantes que aguardam o atendimento. Não tem um local adequado destinado às atividades administrativas da UBS, não tem sala de reuniões, nem espaço destinado a atividades educativas em grupo, não tem espaço destinado aos ACS e nem sala para arquivar os prontuários.

A sala de procedimentos também é pequena para comportar as nebulizações, a realização dos curativos, o atendimento de urgências, o eletrocardiograma e todos os procedimentos de enfermagem. O consultório odontológico não tem as dimensões estruturais mínimas para fazer todos os procedimentos odontológicos, não tem escovaria e nem área para compressor.

Há barreiras arquitetônicas especialmente para idosos e/ou pessoas com deficiências, como rampas com difícil acessibilidade, as instalações sanitárias não têm área de manobra, de transferência; a calçada e as áreas próximas à UBS não são planejadas. A equipe tem o propósito de prestar atenção de qualidade para a população, e felizmente, existe um novo projeto para a construção em breve de uma UBS nova. Já faz três meses (junho/2015) para a felicidade do município e dos membros da equipe de saúde foi entregue, uma UBS grande, muito confortável com todos os espaços suficientes para todos os trabalhadores e usuários. Tem sala de acolhimento, banheiros excelentes para cadeirantes, televisão, sala de espera com todas as comodidades, consultórios com banheiros, uma excelente sala de odontologia e uma bela sala de vacina para a população.

Observando as atribuições de equipe é possível identificar que atuam num modelo assistencial baseado em promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS e da atenção primária em saúde (a universalidade, a acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade, participação, resolubilidade e intersetoralidades).

Em relação à população da área adstrita são 2.400 habitantes, sendo 1.203 homens e 1.197 mulheres. São 26 menores de um ano, 22 gestantes, 593 mulheres entre 25 e 64 anos, 226 mulheres entre 50 e 69 anos, 45 menores de cinco anos, 345 pessoas de 5 a 14 anos, 1.550 pessoas de 15 a 59 anos, 318 pessoas com 60 anos ou mais.

A porta de entrada para outros serviços da rede é a UBS tem sistema de referência e contra referência para centros, hospitais de outros municípios, as urgências para pronto atendimento, encaminhamentos para os hospitais conveniados, consultas especializadas.

A equipe de saúde consegue desempenhar seus papéis fazendo um monitoramento de todas as ações programáticas. Observa-se que a equipe busca trabalhar com a prevenção da doença e promoção da saúde através de orientações

nos atendimentos de puericultura, pré-natal, prevenção do câncer do colo do útero e mama, prevenção do câncer de próstata, prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis, de hipertensão, vacinação entre outros, pois são vários os trabalhos voltados para prevenção principalmente através de visitas domiciliares que são realizadas pelos ACS e também são realizadas pela equipe aos idosos, acamados ou pessoas portadoras de necessidades especiais. A equipe faz busca ativa de faltosos como Gestantes que faltaram às consultas programáticas, faltosos em Puericulturas, em vacinação, mulheres com seguimentos por citopatológicos alterados e também aquelas com este exame em atraso.

A equipe procura trabalhar para melhorar a qualidade de vida da população e procura incorporar e incentivar a comunidade a adotar medidas de vida saudável, principalmente optando pela prevenção, porém ainda observa-se que as pessoas procuram a unidade de saúde apenas no momento da doença, realizam-se os agendamentos e a população esquece, não tem o costume de ter um médico de família dentro da comunidade.

A organização do atendimento à demanda espontânea em nossa UBS é feita conforme as necessidades dos usuários que solicitam atendimento fundamentalmente por problemas agudos, os usuários com agendamento prévio para atendimento médico, com odontologia, ou enfermagem, são muito poucas.

O acolhimento é realizado pela enfermagem e auxiliar de saúde bucal no local da recepção da UBS que é muito pequeno, sendo que os usuários precisam ficar fora até que se faça o agendamento, ou seja, chamado para o atendimento. O acolhimento acontece conforme as necessidades de saúde dos usuários sem agendamento prévio, não existe uma organização prévia dos agendamentos. Os problemas de saúde agudos são atendidos na UBS. Os enfermeiros, médicos e odontólogos são os responsáveis para identificar os problemas na atividade de acolhimento, que acontece nas primeiras horas de atendimento da UBS, com qualidade, resolutividade e de maneira humanizada.

É muito importante conhecer que em nossa UBS, não se fazia puericultura já que não havia médico na UBS, só eram feitos os atendimentos por pediatras de outros municípios, e na UBS só se faziam os atendimentos das crianças doentes e pelos enfermeiros. Com o Programa Mais Médicos do Brasil iniciaram os atendimentos de puericultura, trabalho que envolve conscientizar as mães da importância da puericultura. Temos muitas crianças ausentes aos agendamentos de

puericultura, de 22 menores de um ano e 15 crianças consultam de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde. Na UBS não existe arquivo específico para os registros dos atendimentos da puericultura, todos os prontuários das famílias são arquivados juntos. Tampouco em nossa UBS existe profissionais que se dedicam à avaliação e monitoramento do programa da puericultura, ninguém tem conhecimento suficiente para fazer trabalho de monitoramento, são temas que incorporamos nas reuniões de equipe, que fazemos com o objetivo de organizar o nosso trabalho. É muito importante conhecer os indicadores de cobertura já que é uma forma de autovalorizar o trabalho da puericultura e de equipe de saúde, que não é o melhor no momento nesta ação programática.

A UBS tem 26 crianças menores de um ano de 29 estimadas, a cobertura de puericultura é de 90%, sendo considerada boa. Só 15 (57%) crianças consultam de acordo com o protocolo do Ministério de Saúde, existem 11 (54%) de crianças com atraso das consultas agendadas em puericultura. Só 11 (42%) crianças fizeram a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, a triagem auditiva foi realizada por 15 (58%) crianças, existem seis (23%) crianças ausentes por diferentes razões, como por serem fora da área da UBS, outras que as mães trabalham. Conhecendo as dificuldades, a equipe de saúde faz um plano de preparação da equipe para reorganizar e preparar os trabalhadores para fazer uma melhor puericultura e com boa qualidade como merecem nossas crianças.

Nossa UBS tem uma cobertura de pré-natal de 22 (61%) de gestantes de 36 estimadas. As 22 gestantes residem na área de acompanhamento, duas (9%) gestantes não consultaram em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, com pré-natal iniciado no primeiro trimestre temos 21 (95%) gestantes, todas recebem a requisição de exames na primeira consulta e também a prescrição de sulfato ferroso, 18 (82%) gestantes estão com a vacinação antitetânica e contra hepatites B em dia, e exame ginecológico por trimestre só se alcançou 95% (21 gestantes), muito negativa a avaliação de saúde bucal das gestantes, em que só 14 gestantes aceitaram fazer a profilaxia de saúde bucal, mesmo que sendo importante para as gestantes evitarem a sepse bucal durante as gestações.

A UBS tem 26 puérperas no ano, só 20 (76,9%) puérperas tiveram consultas registrada durante 12 meses, só 13 (50%) foram atendidas. Esses indicadores estavam baixos porque tais ações não eram realizadas, antes da chegada do Programa Mais Médicos. De as puérperas só 13 (50%) foram orientadas

sobre o uso de anticoncepção e planejamento familiar, as mães quando são puérperas esquecem-se de seu seguimento puerperal, dedicam-se exclusivamente as crianças, sendo um dos aspectos que a equipe de saúde tem que organizar para ter mães em idade fértil com anticoncepção e um bom planejamento familiar que é tão importante para um saudável e exitoso programa materno-infantil. Para melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal em nossa UBS, é fundamental a integração da equipe multiprofissional de saúde e não contamos com essa possibilidade, isso é muito importante para que avaliação das gestantes possa ser integral, com avaliação de risco. O clínico geral da equipe necessitaria de uma equipe multiprofissional, além da enfermagem para os atendimentos de forma integral.

A cobertura do controle de cânceres de mama e de colo de útero é regular. De 593 mulheres compreendidas entre 25 e 64 anos tem uma cobertura de preventivos de 512 (86%). Exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de seis meses de atraso tem 12 (2%). Foram encontrados cinco (1%) exames citopatológicos para câncer de colo de útero alterados. Já a avaliação de risco para câncer de colo de útero foi realizada em 535 (90%) mulheres e todas as mulheres receberam orientação sobre doenças sexualmente transmissíveis e o preventivo e tiveram amostras satisfatórias na coleta de citopatológico. As estratégias a utilizar na nossa UBS para não perder o seguimento de mulheres com exame alterado, discutida nas reuniões de encontro mensal da equipe trabalho, é a busca das mulheres que precisam fazer exame, passando-se por escrito para as ACS.

Em relação ao controle do câncer da mama, 226 mulheres de 50 a 69 anos têm a mamografia em dia, 209 (92%), mamografia com mais de três meses em atraso são 18 (8%). Com avaliação de risco para câncer de mama e orientação sobre prevenção do câncer de mama são 226 (100%). O processo de trabalho poderia ser melhorado de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do Controle do Câncer de Mama em sua UBS com controle sobre as ações desenvolvidas, já há visita domiciliares as mulheres com exames alterados e recebem visitas todos os meses dos ACS.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em pessoas com 20 anos ou mais residentes na área da UBS é 496 (93%) de 536 estimados. A realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico foi 490 (99%) pessoas, o atraso da consulta agendada em mais de sete dias foi 21 (4%) pessoas, 456 (92%) estão com os exames complementares em dia, todos com orientação sobre prática

de atividade física regular, orientação nutricional para alimentação saudável e 98 (20%) pessoas com avaliação de saúde bucal.

A estimativa do número de pessoas com Diabetes Mellitus (DM) com 20 anos ou mais residentes na área é de 153 e a cobertura é de 145 (95%). Com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico para 139 (96%), com atraso da consulta agendada em mais de sete dias foram 12 (8%), com exames complementares periódicos em dia 140 (97%). Com exame físico dos pés nos últimos três meses, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos três meses, com medida da sensibilidade dos pés nos últimos três meses, com orientação sobre prática de atividade física regular, sobre alimentação saudável foram 145 (100%). Com avaliação de saúde bucal em dia foram 43 (30%).

Os aspectos do processo de trabalho poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à DM em nossa UBS, a atenção odontológica é deficiente, sendo 30%, em que a população por ser da zona rural vão mais por demanda espontânea, além de que não tem o hábito da educação em saúde. A ideia é fazer um programa para que as consultas odontológicas cheguem até este grupo priorizado, e se o usuário não vem à consulta fazer a visita domiciliar e revisões de cavidade bucal e explicar a importância da consulta periódica.

O número de idosos com 60 anos ou mais que é acompanhada na UBS é de 318 (97%) com cobertura de programa de saúde na área, sendo um município pequeno com uma população idosa muito grande. A cobertura de saúde é boa, mas o nível de dedicação e atendimento tem que melhorar muito, pois há falta de organização da equipe de saúde.

Com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa tem 105 (33%), com realização de Avaliação Multidimensional Rápida 45 (14%), com acompanhamento em dia 119 (37%), com HAS 172 (54%), com DM 124 (39%), com avaliação de risco para morbimortalidade 45 (14%), com investigação de indicadores de fragilização na velhice 45 (14%), com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis 192 (60%), com orientação para atividade física regular 125 (39%) e avaliação de saúde bucal em dia 105 (33%).

A partir dos dados levantados foi possível compreender que a equipe de ESF do município utiliza um modelo assistencial SUS baseado em promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, em

conformidade com os princípios e diretrizes da Atenção Primária em Saúde (APS) (a universalidade, a acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade, participação, resolubilidade e intersetoralidades). Atende programas de saúde da mulher, da criança, do homem, do idoso, doenças crônicas e degenerativas, entre outros.

A APS é a porta de entrada do sistema de saúde regionalizado e hierarquizado, com a garantia dos direitos de acesso à informação e às ações de atenção integral, com referência e contra referências aos demais níveis do sistema e com estímulo ao controle social. Há um compromisso dos gestores os profissionais com a mudança proposta que implica, entre outras coisas, mudança do processo de trabalho e da postura diante dos problemas e demandas da população.

A equipe tem compreensão do trabalho de cada um e a proposta do trabalho conjunto, o desejo de mudar e o despojamento para modificar hábitos e costumes já arraigados. A gestora tem a capacidade de enfrentar e conduzir as mudanças necessárias ao novo processo de trabalho. Os diferentes profissionais se organizam para receber, ouvir, resolver e encaminhar os usuários, mas necessita de uma capacitação e educação permanente sobre os métodos de planejamento e processo de trabalho.

Depois de analisar e avaliar a situação da ESF em nosso serviço, a estrutura é insuficiente para um bom acolhimento dos usuários. Nas visitas domiciliares não se trabalha com os riscos e os danos aos quais as pessoas estão expostas. As Fichas A não permanecem atualizadas. Quando fazemos uma referência não recebemos a contrarreferência e o usuário não recebe o acompanhamento correto de sua doença. Trabalha-se muito em relação ao atendimento do diabético e hipertenso, mas não é assim com outras doenças crônicas. Todas estas deficiências têm solução na mesma unidade de saúde a partir de uma reorganização do processo de trabalho e educação permanente da equipe.

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

Após o relatório de análise situacional, verifica-se o ganho de amplo conhecimento de nossa UBS, identificação de problemas e recomendações a nossa

equipe de saúde para melhorar nosso trabalho, pois a equipe deve conhecer a realidade das famílias sob sua responsabilidade, com ênfase para as características sociodemográficas e epidemiológicas. Para isso, precisa identificar as situações de risco e vulnerabilidade às quais a população está exposta e os problemas de saúde prevalentes em nossa comunidade. Elaborar, junto à população, um plano de atuação capaz de enfrentar os determinantes do processo de saúde e doença; promover a assistência, de forma contínua e racionalizada às demandas espontâneas e organizada e promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados.

Comparando o texto inicial com o Relatório da Análise Situacional, pode-se mencionar mudanças na UBS, desde a sala de acolhimento que foi modificada, a estrutura da UBS mudou totalmente, já que foi feita uma UBS nova com muito conforto.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A HAS é um importante fator de risco cardiovascular com alta prevalência no mundo. No Brasil constituem a primeira causa de hospitalização no sistema público de saúde (BRASIL, 2013a). No mundo inteiro a HAS é hoje o primeiro fator de risco de mortalidade, antes do tabagismo e das dislipidemias (BRASIL, 2006). Outra doença que é extremamente comum a DM, representando um risco adicional para o desenvolvimento de complicações cardiovasculares (SMELTZER; BARE, 2005). No Brasil, o Ministério de Saúde estima que existam 12.5 milhões de diabéticos, muitos deles sem diagnóstico. A doença gera grande impacto econômico para os sistemas de saúde e a sociedade, devido ao tratamento e as complicações desencadeadas pelo diabetes, como as doenças cardiovasculares, diálise por insuficiência renal crônica e cirurgias para amputações de membros inferiores (BRASIL, 2013b). Tudo pode ser evitado ou minorado com diagnóstico precoce, tratamento oportuno e adequado e educação para autocuidado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2004).

O município conta com UBS que fica na parte urbana do município, com ESF composta por: um cirurgião dentista; dois enfermeiros; um médico generalista; quatro técnicos de enfermagem; um auxiliar de saúde bucal; oito ACS; um auxiliar de serviços gerais. A nova UBS tem sala de acolhimento, farmácia, sala de curativo, sala de Eletrocardiograma (ECG), sala de reuniões, sala de nebulização, consultório com maca ginecológica, consultório, sala para ACS, sala de triagem, consultório de odontologia, sala da recepção, copa, lavanderia, almoxarifado e sala de fisioterapia para atendimento à população da área adstrita de 2.400 habitantes.

Pessoas com 20 anos ou mais residentes na área da UBS com HAS são 536 estimadas, sendo 496 (93%) que estão com acompanhamento. A realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico foi 490 (99%) pessoas, o atraso da consulta agendada em mais de sete dias foi de 21 (4%) pessoas, 456 (92%) estão com os exames complementares em dia, todos com orientação sobre prática de atividade física regular, orientação nutricional para alimentação saudável e 98 (20%) pessoas com avaliação de saúde bucal. A estimativa do número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área é de 153 e a cobertura é de 145 (95%). Com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico 139 (96%) pessoas, com atraso da consulta agendada em mais de sete dias são 12 (8%) pessoas e com exames complementares periódicos em dia, são 140 (97%). Com exame físico dos pés nos últimos três meses, são 145 (100%) pessoas, bem como palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos três meses, medida da sensibilidade dos pés nos últimos três meses, orientação sobre prática de atividade física regular e nutricional para alimentação saudável. A avaliação de saúde bucal em dia foi realizada em 43 (30%) pessoas.

Há que se investir mais na qualidade da atenção à saúde da população alvo e na oferta de atenção odontológica para esse grupo, bem como na prevenção de complicações e sequelas graves e promoção em saúde, de estilos de vida saudáveis. Intencionamos modificar os fatores determinantes de das duas patologias, principalmente os modificáveis como o consumo de tabaco, álcool, alimentação, atividade física e práticas seguras. O trabalho incidirá sobre os principais condicionantes da saúde contribuindo para que os usuários tenham uma vida mais saudável, com um melhor controle e conhecimento de sua doença.

## **2.2 Objetivos e metas**

Objetivo geral: Melhorar a atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM na UBS Cerro Grande, Cerro Grande/RS.

Deste objetivo, desdobram-se os seguintes objetivos específicos e metas:

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

Meta 1.1. Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM 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. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos 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 hipertensos faltosos às consultas na unidade saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família **Cerro Grande**, no município de **Cerro Grande/RS**. Participarão da intervenção todas as pessoas com 20 anos ou mais que residem no município, sendo **536 pessoas com HAS e 153 com DM**.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

A seguir, apresentam-se as ações e os detalhamentos das mesmas, de acordo com os eixos pedagógicos do curso de especialização:

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

Meta 1.1. Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

**No eixo monitoramento e avaliação:**

- ✓ Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.
- ✓ Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

**Detalhamento das ações:** O monitoramento do número dos resultados dos usuários cadastrados no programa será realizado em reuniões semanais com a equipe. A manutenção destes dados será garantida por meio das visitas domiciliares pelas ACS e, atualização da ficha de cadastramento por qualquer profissional da equipe. Será feito pelos ACS e as técnicas em enfermagem da UBS, durante toda as semanas da intervenção, no domicílio e no trabalho destes profissionais.

**No eixo organização e serviço:**

- ✓ Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.
- ✓ Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.
- ✓ Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.
- ✓ Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.
- ✓ Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes.
- ✓ Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

**Detalhamento da ação:** O cadastramento dos usuários diabéticos e hipertensos será realizado em reuniões semanais do grupo, através de busca ativa pelos ACS ou por livre demanda. Qualquer usuário diabético ou hipertenso poderá ser cadastrado e participar ativamente do grupo de saúde específico. Todo o usuário que for cadastrado deverá ser monitorado adequadamente por meio de aferição de pressão arterial por esfigmomanômetro (hipertenso) ou monitorado através de hemoglicoteste (diabético), o resultado das aferições e acompanhamento ocorrerá ao longo do trabalho. Será responsável a enfermeira e será feito desde a primeira semana da intervenção, na sala de acolhimento da UBS.

**No eixo engajamento público:**

- ✓ Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e à DM 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 das ações:** A comunidade será orientada sobre a importância do acompanhamento de usuários diabéticos e hipertensos, bem como da existência do grupo de saúde para acompanhamento dos mesmos. A comunidade também receberá informações sobre rastreio de diabetes e a importância da aferição da pressão arterial em usuários adultos, a fim de fazer o diagnóstico precoce. A população também deverá ser informada sobre os fatores de risco para o desenvolvimento destas doenças. Estas informações serão passadas a população através das ACS, cartazes e panfletos na UBS. Os ACS serão os responsáveis e será feito nas duas primeiras semanas da intervenção, com a supervisão da enfermeira e será feito na UBS.

**No eixo qualificação da prática clínica:**

- ✓ Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- ✓ Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- ✓ Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- ✓ Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

**Detalhamento das ações:** Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, a equipe para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, realização do hemoglicoteste nos usuários diabéticos. As capacitações serão realizadas pelo médico no espaço para as reuniões da equipe nas segundas-feiras às 16 horas durante as duas primeiras semanas na sala de reuniões da UBS.

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

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

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

Meta 2.3. 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. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos 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.

**No eixo monitoramento e avaliação:**

- ✓ Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos.
- ✓ Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos.
- ✓ Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- ✓ Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- ✓ Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- ✓ Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- ✓ Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia.

**Detalhamento das ações:** Durante a consulta clínica com médico ou durante acompanhamento dos usuários nas reuniões do grupo, avaliaremos a realização de exame clínico correto e exames laboratoriais, bem com sua frequência. Todo usuário deve ter uma ficha-espelho individual para acompanhamento destes dados, incluindo quais medicações estão sendo utilizadas, para incentivar a máxima utilização de medicamentos da farmácia popular básica. A responsabilidade será do médico, durante todas as semanas do projeto, nas consultas de atendimentos feitas na UBS.

**No eixo organização e gestão do serviço:**

- ✓ Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos
- ✓ Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- ✓ Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- ✓ Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.
- ✓ Garantir a solicitação dos exames complementares.
- ✓ Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- ✓ Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados
- ✓ Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- ✓ Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Detalhamento das ações:** Cada membro da equipe possui um papel no acolhimento e atenção ao usuário diabético e hipertenso, devendo saber seu papel e desenvolvê-lo da melhor maneira para o melhor atendimento ao usuário e devendo estar cientes do protocolo de atendimento a estes usuários, o que será oportunizado por meio das capacitações e reuniões de equipe. Dessa maneira, exames complementares (laboratoriais) devem ser solicitados pelo médico para melhor acompanhamento e devem ser realizados de maneira eficiente em conjunto com a secretaria municipal de saúde. Avaliar medicações em uso através dos grupos e fichas individuais de cada usuária a fim de avaliar suas medicações e de maneira mais apropriada manter as medicações que são disponíveis na rede básica de saúde. Essas atividades são de responsabilidade do médico e serão feitas nas primeiras semanas da intervenção.

**No eixo engajamento público:**

- ✓ Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- ✓ Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- ✓ Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

- ✓ Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- ✓ Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.
- ✓ Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- ✓ Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HiperDia e possíveis alternativas para obter este acesso.

**Detalhamento das ações:** Toda comunidade deve ser orientada e instruída sobre hipertensão e diabetes, seus fatores de risco, como preveni-las, exames complementares de rotina em consultas médicas a fim de rastrear as doenças, tratamento, as medicações disponibilizadas nas farmácias básicas de saúde. A responsabilidade será do médico, na primeira semana e depois na quarta semana de intervenção, durante as consultas para saber as informações que os usuários conhecem.

**No eixo qualificação da prática clínica:**

- ✓ Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- ✓ Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- ✓ Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.
- ✓ Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia.

**Detalhamento das ações:** Toda equipe deve estar ciente e informada sobre o correto exame clínico e laboratorial nestes usuários, as medicações disponibilizadas e sobre seu estoque nas farmácias populares do município. A capacitação da equipe será durante as reuniões da equipe que acontecem semanalmente na unidade de saúde com a responsabilidade da enfermeira.

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

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

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

**No eixo monitoramento e avaliação:**

- ✓ Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).
- ✓ Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

**Detalhamento da ação:** O usuário deve ser avaliado se está faltoso a consulta com médico e também deve ser avaliado, quanto a sua presença no grupo de saúde, onde as reuniões ocorrem semanais com presença de toda equipe de saúde. Será feita por ACS, durante todas as semanas da intervenção.

**No eixo organização e gestão do serviço:**

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

**Detalhamento das ações:** Toda equipe principalmente as ACS devem fazer busca ativa domiciliar a estes usuários faltosos a fim de orientá-los e instruí-los a comparecer nas próximas consultas/grupo de saúde. Serão avaliados os usuários faltosos após cada reunião do grupo, e aqueles que não foram às reuniões serão contatados através das ACS.

**No eixo engajamento público:**

- ✓ Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- ✓ Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).
- ✓ Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.
- ✓ Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- ✓ Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- ✓ Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

**Detalhamento das ações:** Todos os usuários e comunidade devem ser informados da importância da participação nos grupos de saúde e na realização de consultas periódicas. A comunidade também deve ser ouvida a fim de melhorar a relação da equipe com os usuários e assim melhorar a participação de todos nos grupos de saúde. Estas informações serão repassadas através dos ACS, médicos e enfermeiros, durante as próprias consultas. A enfermeira será responsável e fará nas primeiras semanas de intervenção, na reunião com equipe.

**No eixo qualificação da prática clínica:**

- ✓ Treinar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
- ✓ Treinar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

**Detalhamento das ações:** Toda equipe principalmente as ACS devem fazer busca ativa domiciliar a estes usuários faltosos a fim de orientá-los e instruí-los a comparecer nas próximas consultas/grupo de saúde. Durante todas as semanas da intervenção, serão feitas as visitas aos usuários faltosos em seus domicílios.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

**No eixo monitoramento e avaliação:**

- ✓ Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.
- ✓ Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

**Detalhamento da ação:** Todos os usuários possuem uma ficha individual que deve ser preenchida corretamente e monitorada pela equipe de enfermagem e em cada reunião do grupo de saúde mostrará os resultados da semana.

**No eixo organização e gestão do serviço:**

- ✓ Manter as informações do SIAB atualizadas.
- ✓ Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.
- ✓ Pactuar com a equipe o registro das informações.

- ✓ Definir responsável pelo monitoramento registros.
- ✓ Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.
- ✓ Manter as informações do SIAB atualizadas.
- ✓ Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.
- ✓ Pactuar com a equipe o registro das informações.
- ✓ Definir responsável pelo monitoramento registros.
- ✓ Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

**Detalhamento das ações:** Todos os usuários possuem uma ficha individual que deve ser preenchida corretamente e monitorada pela equipe de enfermagem e a cada reunião do grupo de saúde. A ficha deve conter os dados, como exames complementares, medicações em uso, realização de estratificação de risco. Toda equipe deve estar ciente das informações ali preenchidas. Isso será de responsabilidade da enfermeira, durante todas as semanas da intervenção.

**No eixo engajamento público:**

- ✓ Orientar 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 da ação:** Toda comunidade deve ter acesso a sua ficha espelho bem como ao seu prontuário e estar de acordo e ciente de todas as informações ali contidas, assim como orientada sobre seus direitos pela equipe. A responsabilidade será da enfermeira e feita na sala de acolhimento da UBS.

**No eixo qualificação da prática clínica:**

- ✓ Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso
- ✓ Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.
- ✓ Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético.

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

**Detalhamento das ações:** Todos os usuários possuem uma ficha individual que deve ser preenchida corretamente e monitorada pela equipe de enfermagem. Toda equipe deve estar consciente das informações ali preenchidas, bem como saber como completá-la corretamente. Será feito por todos os técnicos de enfermagem, as enfermeiras e as ACS, durante a intervenção em todas as semanas e no arquivo da UBS.

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

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

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

#### **No eixo monitoramento e avaliação:**

- ✓ Monitorar o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.
- ✓ Monitorar o número de usuários diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

**Detalhamento da ação:** Avaliar clinicamente o número de usuários diabéticos e hipertensos cadastrados com realização de estratificação de risco cardiovascular. Isso será feito pelo médico na primeira consulta e segunda consulta feita na terceira semana e quinta semana, estimando-se essa previsão para as consultas.

#### **No eixo organização e gestão do serviço:**

- ✓ Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.
- ✓ Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

**Detalhamento da ação:** Usuários que receberam classificação de alto risco devem receber prioridade de atendimentos. Consultas pré-agendadas devem fazer parte deste grupo de usuários. Será feita pelo médico responsável do projeto na primeira consulta e na segunda na UBS e no domicílio para os acamados.

#### **No eixo engajamento público:**

- ✓ Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

- ✓ Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

**Detalhamento da ação:** Orientar aos usuários e comunidade sobre importância de acompanhamento e tratamento corretos destas doenças, de fatores de risco para o desenvolvimento destas doenças. A orientação será feita mediante uma palestra pelo médico na primeira semana do projeto na sala de reuniões do Galpão da Terceira Idade.

**No eixo qualificação da prática clínica:**

- ✓ Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, (em especial a avaliação dos pés para usuários diabéticos).
- ✓ Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- ✓ Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

**Detalhamento das ações:** A equipe deve ter conhecimento de avaliação de risco cardiovascular, bem como identificar lesões em órgão alvo, sabendo registrá-las de forma correta e orientando os usuários sobre a forma de prevenção de riscos modificáveis. Será feito pelo médico responsável do projeto, nas reuniões da equipe em conversa com os membros da equipe na sala de reuniões da UBS.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

**No eixo monitoramento e avaliação:**

- ✓ Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos com o dentista.
- ✓ Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos diabéticos com o dentista.
- ✓ Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.
- ✓ Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos
- ✓ Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.
- ✓ Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.
- ✓ Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

**Detalhamento das ações:** Avaliar na ficha espelho individual e prontuário do usuário sobre sua saúde bucal a fim de priorizar um melhor atendimento e atendimento regular. Toda equipe deve monitorar o usuário em relação à saúde bucal, orientações sobre atividades físicas e nutrição adequada, bem como cessar o tabagismo. Toda equipe deve estar capacitada para este monitoramento que vai fazer nas duas primeiras semanas da intervenção sob-responsabilidade do médico, planejando-se quatro grupos a capacitar na sala de reuniões da UBS.

**No eixo organização e gestão do serviço:**

- ✓ Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso.
- ✓ Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.
- ✓ Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários.
- ✓ Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao diabético.
- ✓ Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.
- ✓ Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários.

- ✓ Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- ✓ Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.
- ✓ Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- ✓ Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.
- ✓ Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

**Detalhamento das ações:** Manter adequado controle de agendamentos para consultas odontológicas em usuários diabéticos e hipertensos. Todo usuário deve ser avaliado sobre o aspecto de saúde bucal e todos da equipe estão aptos e capacitados a agendar estas consultas. Será feita nas primeiras semanas de intervenção, em forma de palestras.

**No eixo engajamento público:**

- ✓ Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersectorialidades nas ações de promoção da saúde.
- ✓ Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.
- ✓ Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- ✓ Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- ✓ Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- ✓ Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- ✓ Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

**Detalhamento das ações:** A equipe e comunidade devem trabalhar juntas para que toda a população seja esclarecida sobre estilos de vida mais saudável e prevenção dos maiores riscos de desenvolver doenças crônicas. Palestras e debates envolvendo usuários e equipe para tirar suas dúvidas e dar mais esclarecimento sobre o assunto serão desenvolvidas, sendo o médico responsável, prevendo-se

para a segunda e terceira semana da intervenção, em uma palestra na sala de reuniões da UBS.

**No eixo qualificação da prática clínica:**

- ✓ Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso.
- ✓ Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso.
- ✓ Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- ✓ Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- ✓ Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- ✓ Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- ✓ Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.
- ✓ Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento das ações:** O médico fará a capacitação de toda a equipe para repassar informações sobre estilos de vida saudável, riscos cardiovasculares e desenvolvimento de doenças crônicas. Será feito na primeira semana de intervenção, na sala de reuniões da UBS em reuniões da equipe. Entre os temas a estudar estão: saúde bucal, alimentação adequada, prática de exercícios físicos e risco do tabagismo.

### **2.3.2 Indicadores**

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

Meta 1.1. Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência Programa de Atenção à HAS e à Diabetes da Unidade de Saúde.

**Indicador:** 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 HAS e à DM da unidade de saúde.

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

Meta 1.2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

**Indicador:** 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 HAS e à DM 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:** Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Indicador:** 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

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

**Indicador:** 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 com prescrição de medicamentos.

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

**Indicador:** 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Indicador:** 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Indicador:** 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

Como protocolo assistencial a equipe irá utilizar os cadernos de atenção básica números 36 e 37 (BRASIL, 2013). Para o monitoramento da intervenção, que será realizada pelo médico, a equipe irá registrar as informações nas fichas-espelho disponibilizada pelo curso (ANEXO C) dos usuários e após, o médico, irá preencher a planilha de coleta de dados (ANEXO B) com tais informações das fichas. O cadastro dos usuários será realizado durante as consultas. Todos os participantes

que incluem os ACS trabalharão na revisão dos prontuários em busca de informações necessárias para a intervenção. Além disso, o médico e o enfermeiro elaborarão uma ficha complementar (APÊNDICE A) para o registro de todos os usuários que já estão cadastrados, nestas fichas teremos mais ao alcance da equipe as pessoas que estão com consultas em atraso. Faremos contato com o gestor municipal para imprimir todas as fichas de trabalho necessárias para a intervenção.

Sobre organização do registro específico do programa, nossa enfermeira revisará os prontuários identificando todos os hipertensos e diabéticos, checará se a consulta foi realizada nos últimos seis meses, localizará os prontuários destes e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para as fichas-espelho. Outra enfermeira auxiliará verificando se os exames clínicos e complementares estão em dia.

A equipe foi dividida em duas para a atuação na intervenção, sendo o enfermeiro responsável por coordenar as ações de cada um dos grupos. Esses enfermeiros já foram capacitados para isso pelo médico. Na primeira semana, acontecerão as capacitações da equipe, na sala de acolhimento da UBS, começando pelo protocolo, com informações sobre a realização das consultas e sua periodicidade, qualidade de registros, exame clínico, etc. e será no horário habitual das reuniões de equipe, nas segundas-feiras, em que cada membro da equipe exporá o conteúdo que estudou do protocolo para a equipe. Após a realização das capacitações, os ACS começarão a visitar a população chamando para comparecer à UBS.

O acolhimento dos usuários será feito por um técnico de enfermagem, o qual organizará e priorizará os mais idosos e usuários da zona rural. Depois da consulta médica, a consulta com a técnica de enfermagem orientará os usuários sobre os exames laboratoriais, e da primeira palestra sobre Mudança de Estilo de Vida que será realizada pelo médico. Haverá grupos na zona urbana e também na rural e após as palestras serão repetidas na rádio local e esclarecimentos à comunidade sobre a atenção prioritária, a importância da intervenção, o seguimento correto e chamamento para participação na intervenção da Associação de Moradores. Depois dos exames prontos, na consulta, o médico avaliará os resultados e o entendimento dos usuários sobre as orientações nas palestras.



### **3 Relatório da Intervenção**

A elaboração deste relatório, contou com o auxílio da equipe ao analisarmos as ações desenvolvidas durante a intervenção. As ações foram realizadas sem muitas dificuldades, no último mês, diante de muitos dias de feriados, houve alguns atrasos.

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

As atividades foram realizadas, conforme o planejamento demonstrado no cronograma. Na primeira semana foi feita a primeira reunião de preparação da equipe de saúde, a UBS só conta com um equipe de saúde, incompleta, que participou do projeto. A preparação foi feita com muita qualidade e organização, contou com o apoio dos gestores e da equipe, com a garantia dos materiais necessários para iniciar a intervenção. A realização de exames laboratoriais foi uma dificuldade, visto que têm cotas no laboratório e em encontro com o perfeito e secretario de saúde reorganizamos a dificuldade laboratorial, de maneira que quem não tivesse, ou tivesse os exames laboratoriais com mais seis meses pudesse fazer novos exames. Outro ponto foi que os usuários não permitiram realizar a avaliação odontológica por temor aos aparelhos, o que foi mencionado no encontro com os ACS.

Na segunda semana de intervenção foram muitos dias de chuvas e os usuários agendados não conseguiram fazer às consultas. Os ACS visitaram os faltosos que eram do interior e por motivo das chuvaradas não houve transporte, sendo localizado o secretario de saúde para providenciar um transporte para as próximas semanas e agendar novamente as consulta perdidas, os ACS chamaram

aqueles que moravam perto da UBS para preencher essas vagas daqueles que não chegaram a fazer atendimento. Na rádio comunitário foram feitos três programas com o tema do projeto e a palestra “A importância da atenção odontológica aos usuários com HAS e/ou DM” realizada pelo odontólogo da UBS. A equipe reuniu-se todas as sextas-feiras para avaliar as ações realizadas na semana.

Na terceira semana também tivemos muitos faltosos às consultas pelas chuvaradas e feriado da semana santa. O secretário de saúde ofereceu um carro a disposição da equipe para que algumas consultas fossem realizadas no domicílio e cumprisse os atendimentos planejados nos dias. Foi preparada a palestra para a próxima semana, que contou com 65 participantes, pois a ação foi divulgada na rádio comunitária. Na quinta-feira uma situação grave, infarto agudo do miocárdio, ocupou o espaço dos atendimentos do turno da manhã. Tais agendamentos da manhã foram compensados e realizados à tarde.

A quarta semana da intervenção foi uma semana muito curta pelos feriados, mas foi feita a palestra planejada e teve 50 participantes, foi sobre câncer de pele e realizada na praça do município com os usuários com HAS e/ou DM, sendo uma ação com impacto positivo. Foi feita também a palestra para diabéticos e hipertensos, contando com 61 participantes. Com surgimento de casos de dengue no município vizinho, incluíram-se conteúdos sobre dengue também, sendo uma semana que exigiu da equipe educação em saúde e saneamento ambiental contra os mosquitos para prevenir novos casos na comunidade, tomando parte de nosso tempo de trabalho para a educação sanitária. A equipe se reuniu para se capacitar sobre a dengue e fizemos mutirão nas ruas para interromper focos de mosquito, sendo destruídos oito focos de mosquito e 11 audiências sanitárias para vigilância contra a dengue.

A partir da quinta semana a equipe já conhecia bem as atividades da intervenção. Realizou-se uma janta saudável “Primeira janta de peixe de Cerro Grande”, em que participaram 400 pessoas. Houve também encontro com a supervisora do Programa Mais Médico e um encontro com os parceiros da turma sete do curso, em que compartilhamos conhecimentos e experiências do projeto. Na rádio comunitário, o Secretário de Saúde foi entrevistado sobre a intervenção, mencionando os faltosos às consultas, os resultados parciais da proposta, o trabalho dos ACS e sobre dengue, a técnica de higiene também fez uma intervenção sobre o dengue e prevenção. Foi feita à noite uma reunião com os trabalhadores da

Prefeitura e os diretores das escolas e pais dos alunos para a incorporação da higienização na comunidade.

Na semana sexta, as técnicas de enfermagem intensificaram as ações para a avaliação da saúde bucal, ponto que foi frágil durante a intervenção. Na reunião com a equipe de saúde, as técnicas em enfermagem ficaram responsáveis pela pesquisa da saúde bucal e a educação sanitária da higiene bucal. Na sétima semana, tivemos teleconferência do Telessaúde para iniciar com os novos prontuários eletrônicos. Na semana de intervenção oito fizemos um abraço simbólico ao hospital da região, pois atende vários municípios vizinhos, participaram prefeitos, trabalhadores de saúde e comunidade. Também fomos convocados para uma reunião Regional para implantar o programa de Telessaúde na UBS. Na semana nove houve a instalação dos Prontuários Eletrônicos na unidade tivemos muitas dificuldades no início.

Na semana 10, os resultados tornaram-se mais concretos, graças ao excelente trabalho da equipe diante das dificuldades e apoio da gestão com o transporte dos usuários até a UBS, e da equipe à zona rural para realizar atendimento àqueles que são cadeirantes e acamados, com mobilidade prejudicada para chegar até a UBS. Nesta mesma semana também foram feitas outras atividades em apoio ao projeto, medindo pressão arterial e realizando hemoglicoteste num grupo de 47 pessoas da terceira idade.

Na semana 11 foi feita uma atividade muito importante “O Dia do Desafio”, em que a equipe de saúde teve uma participação importante, aferindo pressão arterial, teste de glicose, determinação de grupo sanguíneo, determinação de índice de massa corporal, também foi feito uma maratona na comunidade, exercícios aeróbios pela equipe de saúde, café, almoço e janta comunitária, sendo uma semana de excelentes resultados. Na última semana da intervenção, semana 12, os resultados foram muito notórios, em que o apoio da equipe de saúde foi muito importante para alcançar os resultados positivos com este trabalho.

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

Não houve ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas.

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

A coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, bem como o fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores foram feitos sem dificuldades. Aprendemos a analisar os resultados da coleta de dados e interpretarmos, mostrando para a equipe nas reuniões.

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

A incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço é viável pela motivação e interesse da equipe com os resultados alcançados. A atenção à saúde bucal continuou sendo um ponto com a necessidade de mais investimentos e ações de prevenção de complicações cardiovasculares, por meio da promoção em saúde com atividades educativas sobre estilos de vida saudáveis.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção foi desenvolvida na UBS Cerro Grande, município Cerro Grande/RS, com a população urbana e rural de 2.400 pessoas da área de abrangência da Unidade. A ação programática foi atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM. O grupo alvo foi de maiores adultos com 20 ou mais anos de idade, com o diagnóstico destas patologias. Apenas uma ressalva, que houve em meio ao acontecimento da intervenção uma mudança de ajuste do calendário da especialização, e com isso, das 16 semanas previstas, a intervenção foi reduzida para 12 semanas, sendo que o projeto foi elaborado após essa mudança.

**Objetivo 1** Ampliar a cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde na UBS Cerro Grande

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

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

Na área adstrita à UBS, estimou-se 536 hipertensos. No mês 1 foram cadastrados 191(35,6%), no mês 2, 326 (60,8%) e 485 (90,5%) no mês 3 (Figura 1).

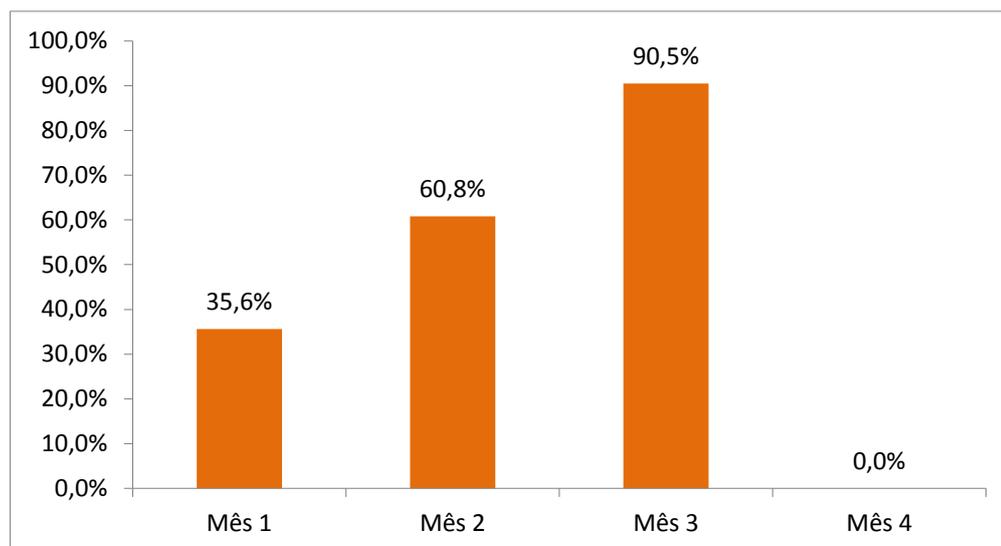


Figura 1 - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Cerro Grande. Cerro Grande/RS, 2015.

O número de hipertensos a que faltou cadastramento foi em função das chuvaradas, ocasionando muitos faltosos às consultas agendadas e o surto de dengue no município, exigindo bastante da equipe de saúde, atividades educativas fora da UBS.

**Meta 1.2** Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

**Indicador 1.2** Cobertura do programa de atenção aos diabéticos na unidade de saúde.

De 153 pessoas com DM estimadas, no primeiro mês cadastraram-se 45 (29,4%), no segundo 68 (44,4%) e no terceiro mês 140 (91,5%).

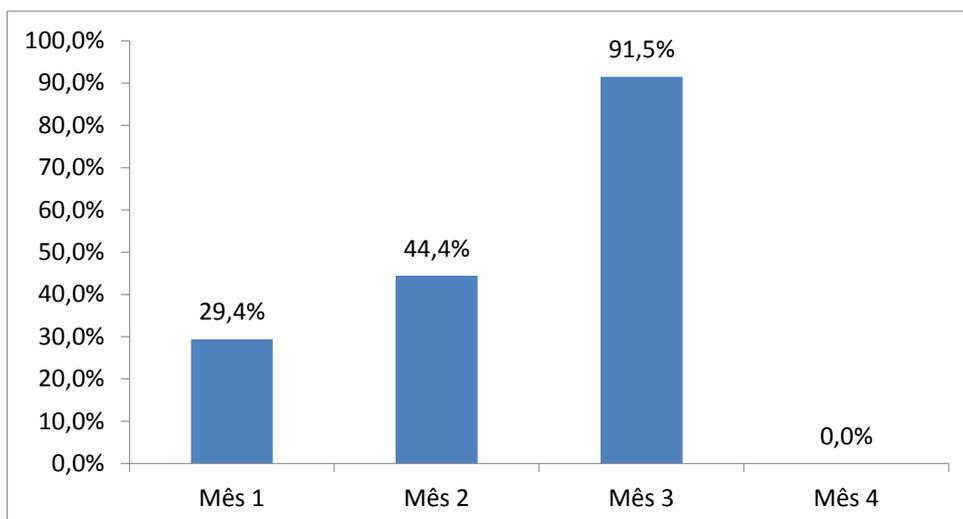


Figura 2 - Coberturas do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Cerro Grande. Cerro Grande/RS, 2015.

Na Figura 2, é possível visualizar que o cadastramento de pessoas com DM foi menor nos dois primeiros meses. A equipe no último mês esforçou-se bastante para alcançar resultados satisfatórios nos atendimentos.

O cadastro dos 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde tem dificuldade de que só chegamos ao terceiro mês com 140 (91,5%). O número de diabéticos que faltou cadastramento foi em função das chuvaradas, ocasionando muitos faltosos às consultas agendadas e o surto de dengue no município, exigindo bastante da equipe de saúde, atividades educativas fora da UBS com boa participação comunitária e o apoio de a participação dos usuários, mesma dificuldade para cadastramento dos hipertensos.

**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.

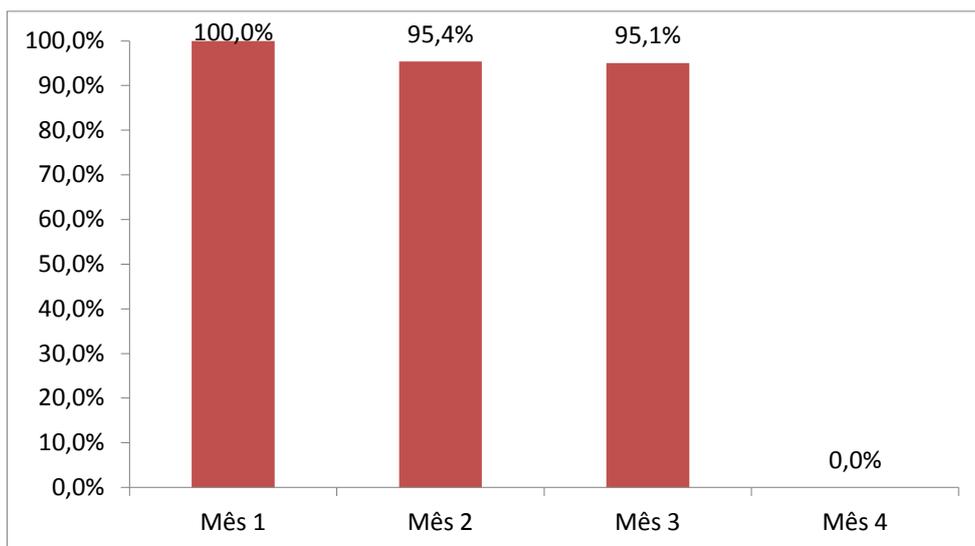


Figura 3 - Proporção de hipertensos com os exames clínicos em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Cerro Grande. Cerro Grande/RS, 2015.

No primeiro mês, 191 pessoas com HAS estavam com o exame clínico em dia, isto é, 100%, no segundo mês 311 (95,4%) e no terceiro mês 461 (95,1%) (Figura 3).

**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.

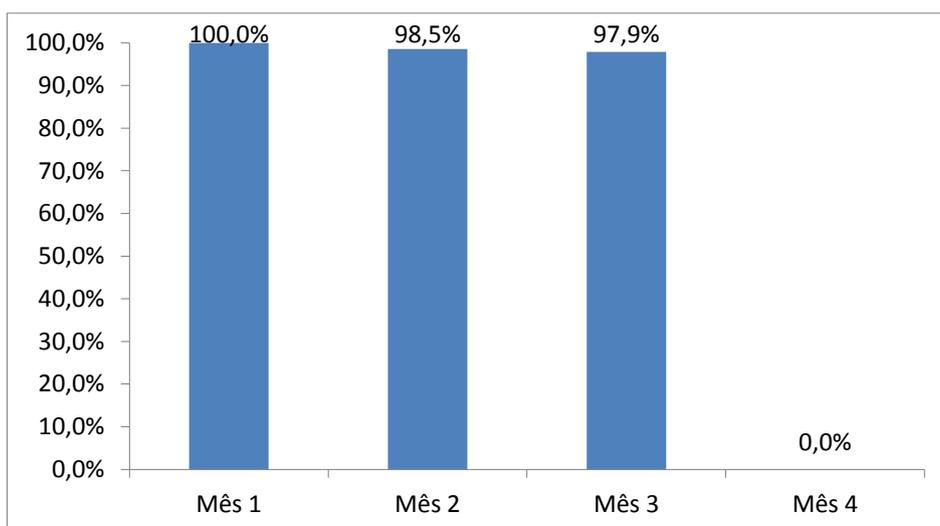


Figura 4 - Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Cerro Grande. Cerro Grande/RS, 2015.

No primeiro mês 45 (100%) pessoas com DM tiveram o exame clínico em dia, no segundo foram 67 (98,5%) e no terceiro foram 137 (97,9%) (Figura 4).

Não foi realizado o exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos, foi feito a 137(97,9%) de acordo com os protocolos.

**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 a realização de exames complementares de acordo com o protocolo.

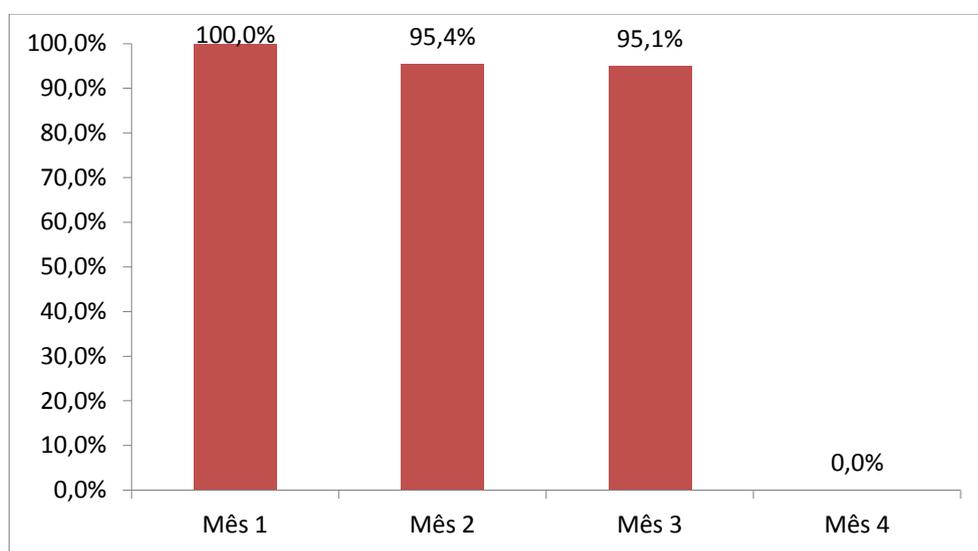


Figura 5 - Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Cerro Grande. Cerro Grande/RS, 2015.

No primeiro mês 191 (100%) pessoas com HAS estavam com os exames complementares em dia, no segundo 311 (95,4%), no terceiro 461 (95,1%) (Figura 5). Há cotas no município para a realização dos exames e alguns usuários não mostravam os exames clínicos laboratoriais que foram indicados pelo médico e assim se levou em consideração que aqueles que tinham os exames realizados nos últimos seis meses, estavam em dia.

**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 a realização de exames complementares de acordo com o protocolo.

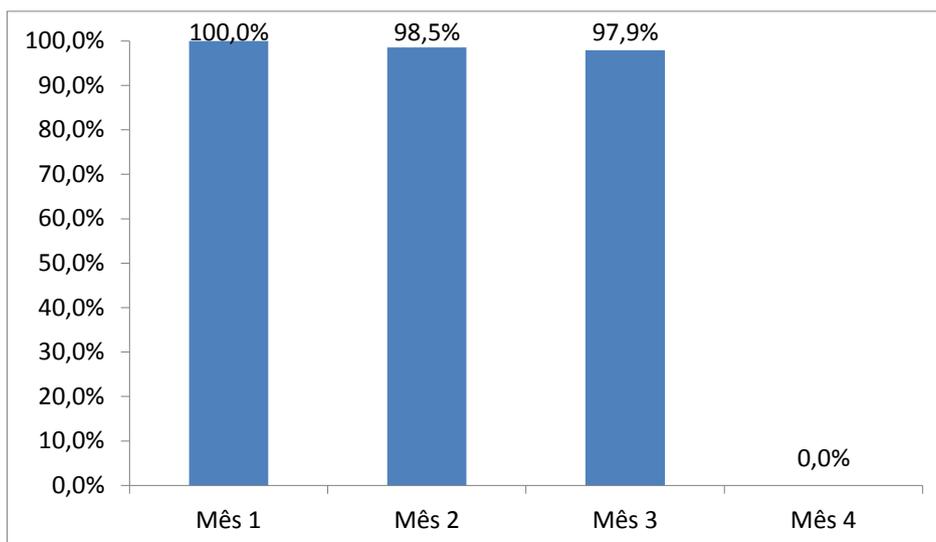


Figura 6 - Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Cerro Grande. Cerro Grande/RS, 2015.

No primeiro mês 45 pessoas com DM tiveram seus exames complementares em dia, no segundo 67 (98,5%) e no terceiro 137 (97,9%) (Figura 6). Há cotas no município para a realização dos exames e alguns usuários não mostravam os exames que foram realizados. Aqueles que tinham os exames realizados nos últimos seis meses foram considerados na intervenção.

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

Para todos os usuários com HAS em todos os meses foram prescritos medicamentos da Farmácia Popular. No mês 1 foram 191 (100%), no mês 2, 326 (100%) e 485 (100%) no mês 3, alcançando-se a meta em 100%. A capacitação da equipe e ênfase para que os usuários tivessem acesso aos medicamentos para adequado tratamento foi o que permitiu esse resultado.

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

Para todos os usuários com DM em todos os meses foram prescritos medicamentos da Farmácia Popular. No mês 1 foram 45 (100%), no mês 2, 68

(100%) e 140 (100%) no mês 3, alcançando-se a meta em 100%. A capacitação da equipe e ênfase para que os usuários tivessem acesso aos medicamentos para adequado tratamento foi o que permitiu esse resultado.

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

**Indicador 2.7** Proporção de avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

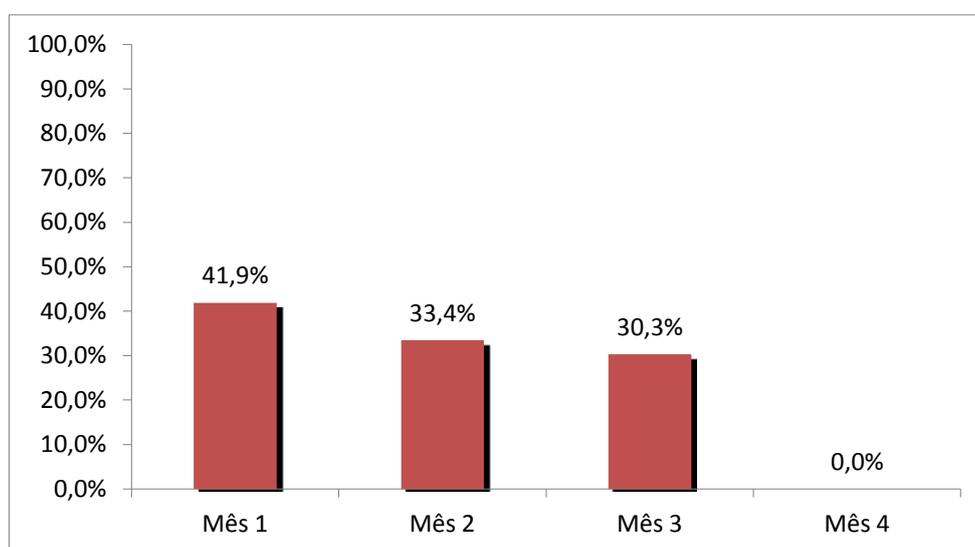


Figura 7 - Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Cerro Grande. Cerro Grande/RS, 2015.

No primeiro mês, 80 (41,9%) pessoas com HAS foram avaliadas, 109 (33,4%) no segundo e no terceiro 147 (30,3%) (Figura 7). Os usuários referiram que tem medo dos aparelhos odontológicos e não chegam a fazer os atendimentos. A enfermeira fez o exame bucal para alcançar a meta, ao fazer o acolhimento. A equipe de saúde tem que trabalhar muito para cumprir a meta e fazer muitas atividades educativas para que a comunidade seja conscientizada da importância da saúde bucal.

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

**Indicador 2.8** Proporção de avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

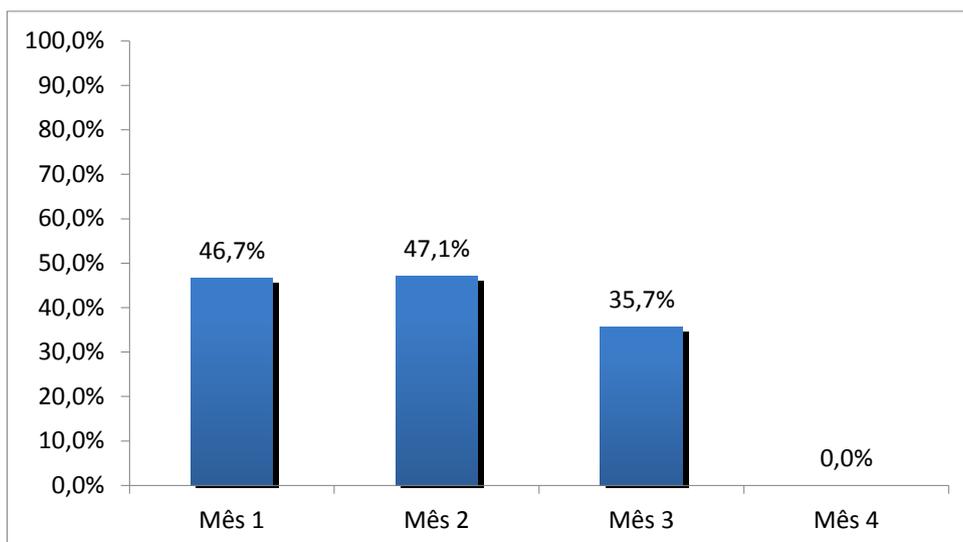


Figura 8 - Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Cerro Grande. Cerro Grande/RS, 2015.

No primeiro mês, 21 (46,7%) pessoas com DM tiveram a necessidade de atendimento odontológico avaliado, no segundo 32 (47,1%) e no terceiro 50 (35,7%) (Figura 8). Os usuários referiram que tem medo dos aparelhos odontológicos e não chegam a fazer os atendimentos.

A enfermeira fez o exame bucal para alcançar a meta, ao fazer o acolhimento. A equipe de saúde tem que trabalhar muito para cumprir a meta e fazer muitas atividades educativas para que a comunidade seja conscientizada da importância da saúde bucal.

**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 com busca ativa.

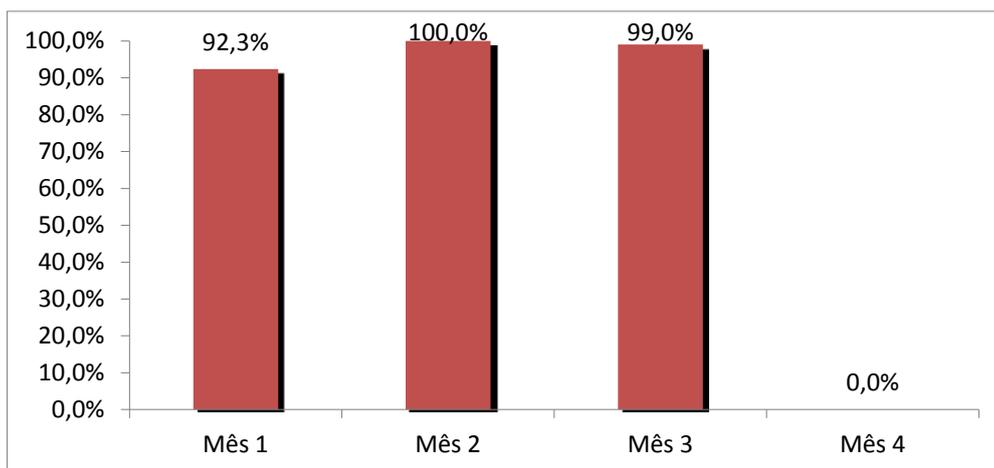


Figura 9 - Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na unidade de saúde Cerro Grande. Cerro Grande/RS, 2015.

No mês 1, 13 pessoas com HAS faltaram às consultas e 12 foram buscadas (92,3%), no segundo mês 87 foram buscadas (100%) e no terceiro 101 (99%) de 102 faltosas. A equipe teve um grande número de faltosos, parte deve-se ao período de muitas chuvas durante a intervenção, mas graças ao esforço dos ACS e apoio de os gestores que facilitaram todos os recursos e transporte, também foi possível a busca de um grande número de faltosos.

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

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

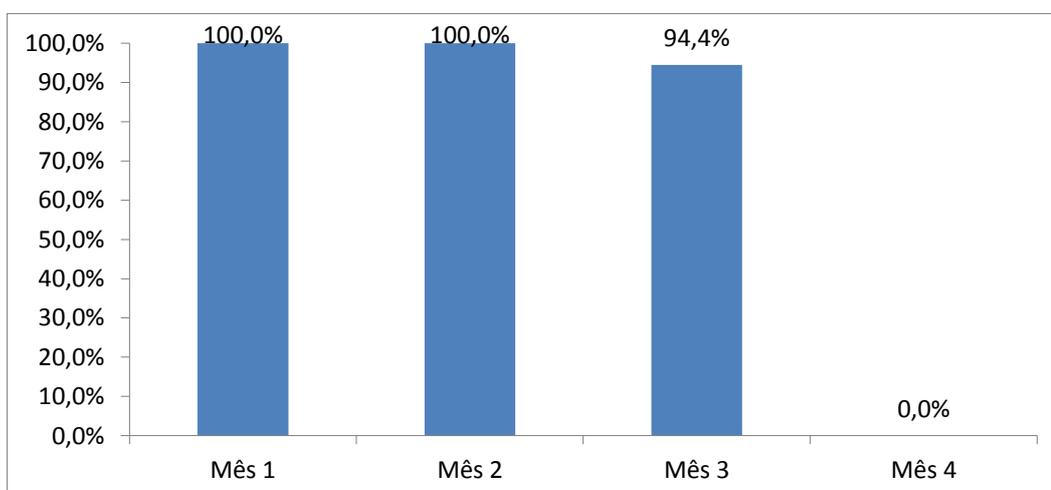


Figura 10 - Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na unidade de saúde Cerro Grande. Cerro Grande/RS, 2015.

No primeiro mês buscaram-se dois faltosos com DM (100%), no segundo 13 (100%) e no quarto 17 de 18 faltosos (94,4%). Além das estratégias mencionadas, a consulta no domicílio também auxiliou a busca ativa dos faltosos.

**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.

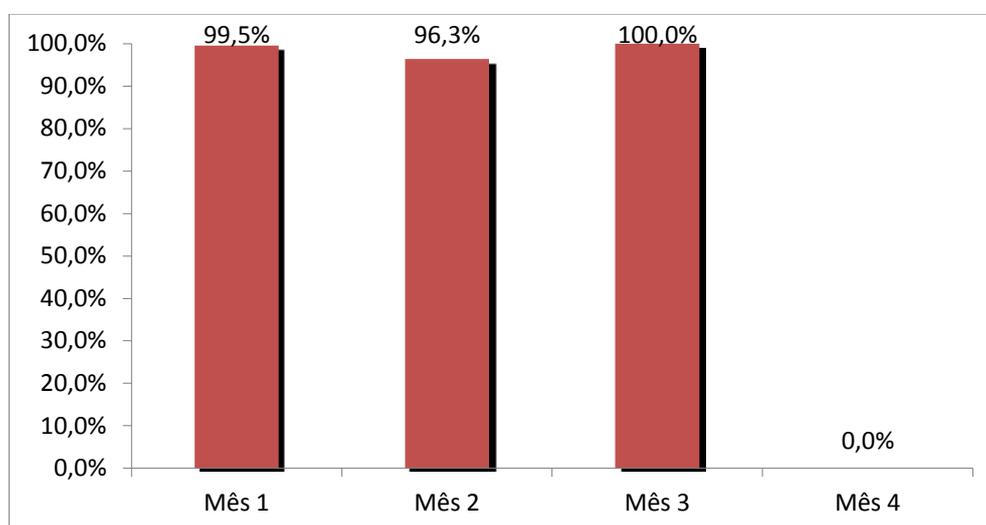


Figura 11 - Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na unidade de saúde Cerro Grande. Cerro Grande/RS, 2015.

No primeiro mês 190 fichas de 191 estavam completas (99,5%), no segundo mês 314 de 326 (96,3%) e no último mês 485 (100%) (Figura 11), sem dificuldades.

**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.

O registro estava completo na ficha de acompanhamento de pessoas com DM, no mês 1 de 191(100%), no mês 2 de 326 (100%) e no mês 3 de 485 (100%). Manter ficha de acompanhamento dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde foi uma meta alcançada em 100%. A equipe esforçou-se pelos registros completos nas fichas-espelhos e prontuários.

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

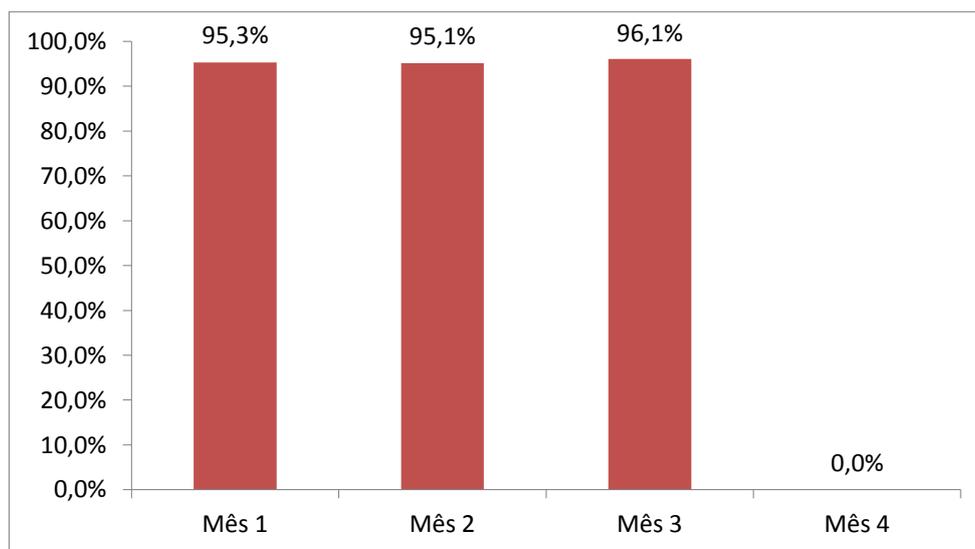


Figura 12 - Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na unidade de saúde Cerro Grande, Cerro Grande/RS, 2015.

No primeiro mês, 182 pessoas com HAS tinha estratificação de risco cardiovascular em dia (95,3%), no segundo mês 310 (95,1%) e no terceiro 466 (96,1%) (Figura 12). A estratificação de risco depende de o usuário levar os resultados do exame para o cálculo do Escore de Risco de Framingham. A entrega do exame pelos usuários foi incentivada, bem como orientações foram ofertadas para que a comunidade fosse sensibilizada sobre os riscos das complicações cardiovasculares, de maneira que quase se alcançou a meta, graças às orientações individuais no acolhimento, na consulta, na visita domiciliar do ACS e coletivas nos grupos de educação em saúde, nas palestras e na rádio comunitária.

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

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

A estratificação do risco cardiovascular foi realizada em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, nos três meses da intervenção: no mês 1, 45(100%), no mês 2, 68(100%) e no mês 3, 140(100%). A entrega do exame pelos usuários foi incentivada, bem como orientações foram ofertadas para que a comunidade fosse sensibilizada sobre os riscos das complicações cardiovasculares, de maneira que se alcançou a meta, graças às orientações individuais no acolhimento, na consulta, na visita domiciliar do ACS e coletivas nos grupos de educação em saúde, nas palestras e na rádio comunitária.

**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.

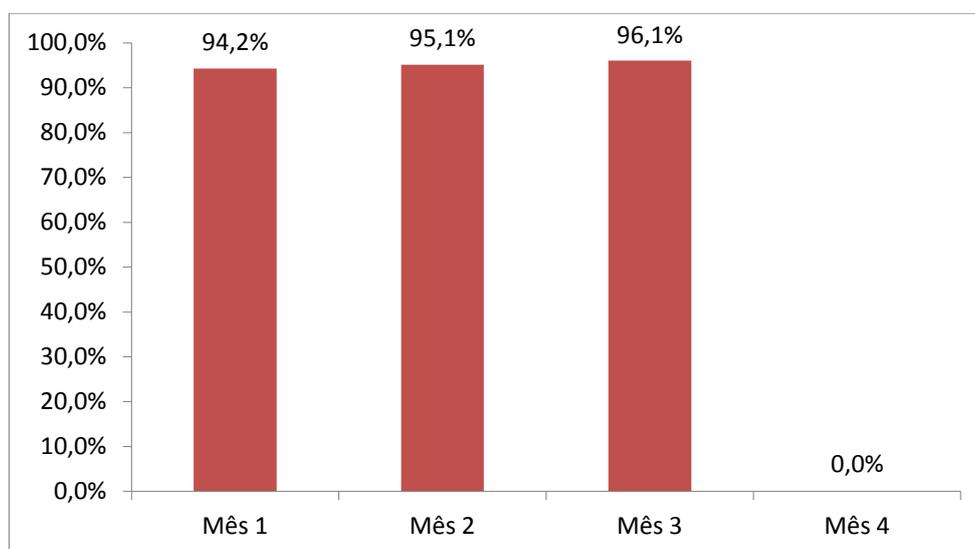


Figura 13 - Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na unidade de saúde Cerro Grande. Cerro Grande/RS, 2015.

A equipe de saúde esforçou-se para cumprir a meta, mas a população possui diversos hábitos alimentares. No mês 1, 180 (94,2%) receberam orientação nutricional, no segundo mês foram 310 (95,1%) e no terceiro mês 466 (96,1%) (Figura 13). Dessa maneira, as ações educativas no acolhimento, consultas, visitas domiciliares, palestras, grupos e utilização da rádio comunitária possibilitaram que quase se alcançasse a meta.

**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 45 (100%), no segundo 68 (100%) e no terceiro mês 140 (100%) pessoas com DM tiveram orientação nutricional sobre alimentação saudável. As ações educativas no acolhimento, consultas, visitas domiciliares, palestras, grupos e utilização da rádio comunitária possibilitaram que se alcançasse a meta.

**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.

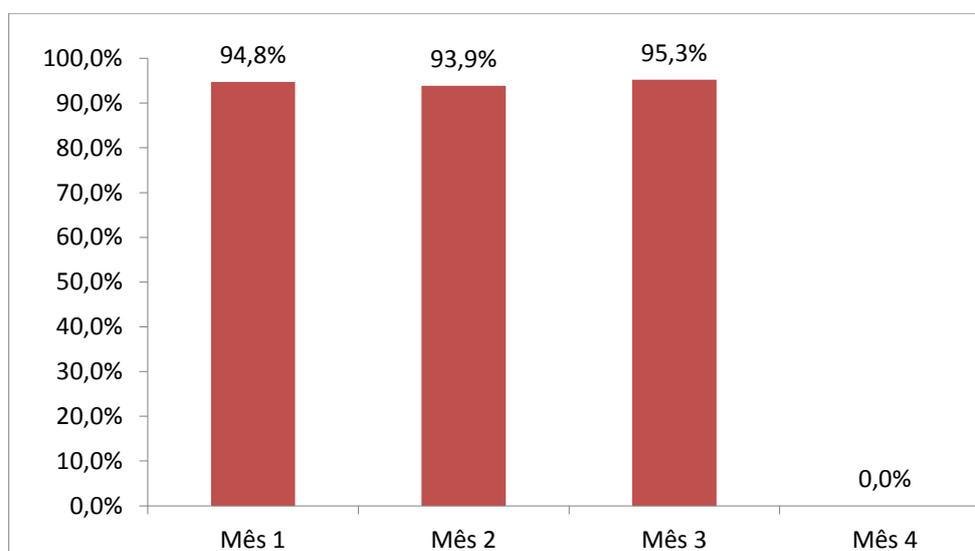


Figura 14 - Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular na unidade de saúde Cerro Grande. Cerro Grande/RS, 2015.

No primeiro mês, 181 pessoas com HAS (94,8%) foram orientadas sobre a prática regular de atividade física, no segundo mês foram 306 (93,9%), no terceiro 462 (95,3%) (Figura 14). Dessa maneira, as ações educativas no acolhimento, consultas, visitas domiciliares, palestras, grupos e utilização da rádio comunitária possibilitaram que quase se alcançasse a meta. Além disso, a prática de uma hora de exercícios, caminhadas regulares de 30 minutos três vezes na semana, utilização

da academia de saúde foram incentivadas pela equipe para combater o sedentarismo e riscos associados.

**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.

A meta foi atingida nos três meses da intervenção: no mês 1 foi 191 diabéticos (100%), no mês 2, 326 (100%) e 485 (100%) no mês 3. Além das ações educativas, a equipe orientou a prática de uma hora de exercícios, caminhadas regulares de 30 minutos três vezes na semana, utilização da academia de saúde, com vistas ao combate do sedentarismo e riscos associados.

**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.

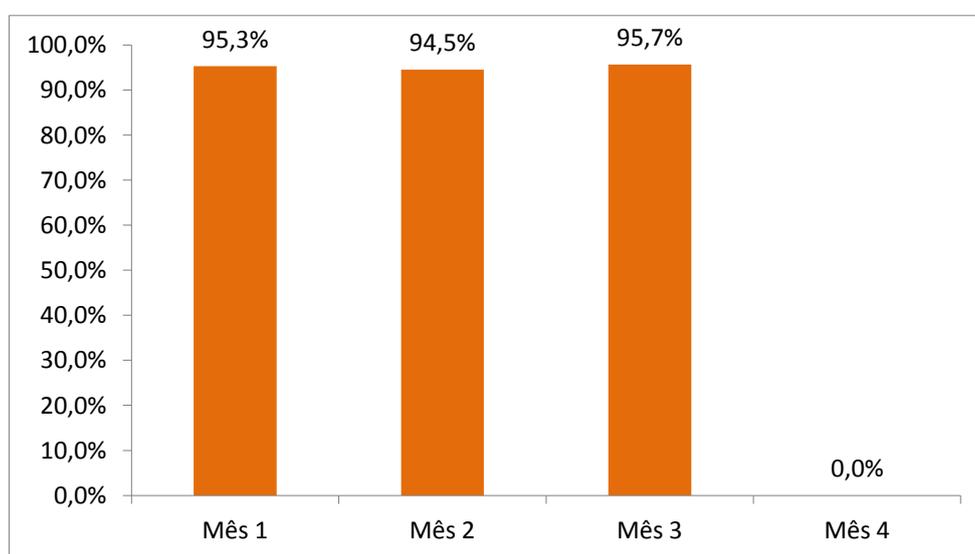


Figura 15 - Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na unidade de saúde Cerro Grande. Cerro Grande/RS, 2015.

A equipe de saúde tem que esforçar mais na realização das atividades de educação em saúde para ter melhores resultados. No mês 1, 182 (95,3%) pessoas com HAS receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, no mês 2, 308

(94,5%) e no mês 3 464 (95,7%) (Figura 15). As ações educativas no acolhimento, consultas, visitas domiciliares, palestras, grupos e utilização da rádio comunitária possibilitaram que quase se alcançasse a meta.

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

**Indicador 6.6** Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos dos diabéticos.

A meta foi alcançada em 100%, no mês 1 foram 191(100%), no mês 2, 326 (100%) e 485 pessoas com DM (100%) no mês 3. As ações educativas no acolhimento, consultas, visitas domiciliares, palestras, grupos e utilização da rádio comunitária possibilitaram que se alcançasse a meta.

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

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

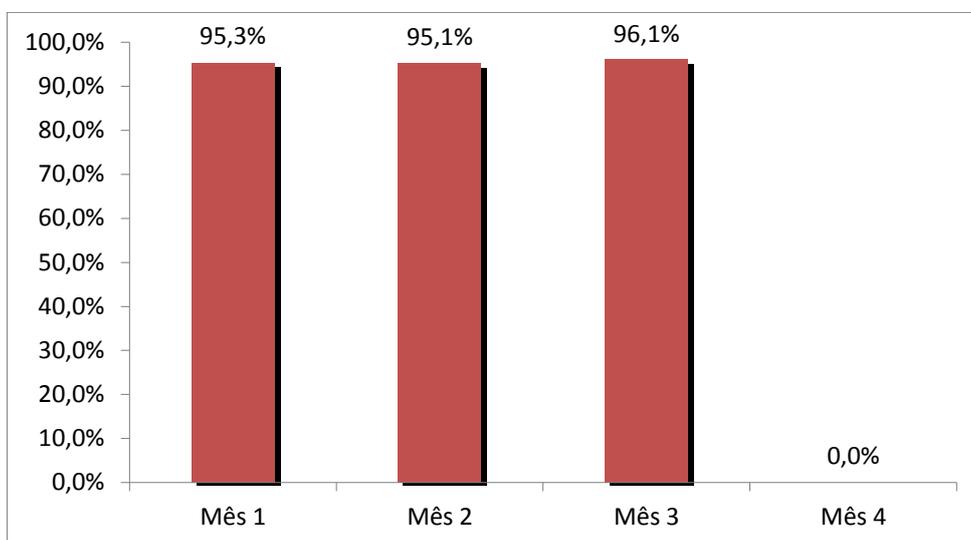


Figura 16 - Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal na unidade de saúde Cerro Grande. Cerro Grande/RS, 2015.

No primeiro mês, 182 (95,3%) de pessoas com HAS receberam orientação sobre higiene bucal, no segundo mês foram 310 (95,1%) e no terceiro mês 466 (96,1%) (Figura 16). A orientação foi feita pela equipe de saúde durante a consulta e o acolhimento, sobre a escovação, periodicidade, boa higiene bucal, consulta periódica com o dentista.

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

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

A meta foi alcançada em 100%, no mês 1 foram 45 (100%), no mês 2, 68 (100%) e 140 (100%) no mês 3. A orientação foi feita pela equipe de saúde durante a consulta e o acolhimento, sobre a escovação, periodicidade, boa higiene bucal, consulta periódica com o dentista.

## 4.2 Discussão

A realização da intervenção gerou grandes expectativas sobre os resultados que seriam alcançados para a equipe, comunidade e gestão. Entende-se que a intervenção foi benéfica por melhorar a qualidade de vida da população alvo da UBS, promovendo estilos de vida saudáveis e prevenindo as doenças crônicas.

A capacitação da equipe foi muito positiva para esse objetivo, de maneira a impactar positivamente na comunidade. As compreensões sobre o seguimento, o acolhimento, os fatores de risco: sedentarismo, má alimentação, estresse, consumo de drogas, foram muito bem recebidas pela população, mostrando o bom trabalho da equipe de saúde.

A intervenção permitiu a equipe conhecer a população com tais patologias, ampliar os grupos de trabalho, tendo dois grupos de educação em saúde, melhoria dos registros, classificação de risco. Isso remete novamente a capacitação da equipe, de acordo com o protocolo assistencial, a qual foi bastante qualificada, com a participação dos profissionais, promovendo a interação e integração das ações a serem desenvolvidas.

A atenção odontológica foi insuficiente, sendo necessário um programa para que as consultas odontológicas cheguem até este grupo alvo, se o usuário não vier à consulta, fazer visita domiciliar e revisões de cavidade bucal e esclarecer ao usuário sobre a importância da consulta. A equipe de saúde também deve incluir sistematicamente a avaliação da cavidade bucal, além dos profissionais de enfermagem, que foram capacitados pelo médico e dentista.

O trabalho dos ACS foi fortalecido, bem como da enfermagem com a vacinação de pessoas com HAS e/ou DM, as aferições pelos técnicos de enfermagem e o cadastro na Farmácia Popular pelo pessoal da farmácia.

Para o serviço, a intervenção teve uma importância extraordinária já que as ações planejadas pela equipe. As atividades educativas, individuais e/ou coletivas, foram benéficas para esclarecer a comunidade sobre os riscos destas patologias. Essas ações começaram pelo médico e foi incorporando todos os profissionais da equipe. A intervenção viabilizou a atenção integral a um maior número de usuários, a unidade tem a possibilidade de ter em prontuários eletrônicos as informações do cadastramento da intervenção, o serviço teve a sua agenda otimizada para as demandas espontâneas e a equipe fortaleceu as ações educativas voltadas à prevenção e à redução do uso de álcool e tabaco, com atenção especial aos grupos mais vulneráveis. Incentivamos aos idosos a realização de atividade física regular no programa Academia da Saúde e as caminhadas diárias, alcançando resultados bastante positivos.

A intervenção teve um impacto percebido pela comunidade. Contamos com uma equipe comprometida, sendo que foi incluída na proposta toda a intersetoralidades do município. A dificuldade ao acesso à informação pela comunidade foi amenizada, visto que a população fez junto com a equipe os cartazes e a divulgação. A orientação foi também realizada nas visitas domiciliar com a participação dos ACS. Os vínculos com a comunidade e o apoio da gestão foram possibilitaram o engajamento destes em nossas ações no território. Com a nova sala de espera da UBS, o acolhimento foi mais confortável para os usuários.

Se a intervenção começasse neste momento, haveria muitas dificuldades, pela restrita disponibilidade de recursos financeiros no município. O apoio intersetorial não seria o mesmo, que a equipe teve, mesmo que a equipe seja incansável, visto que a com a intervenção ficou mais fortalecida, interessada, comprometidas com os usuários e satisfeita com os resultados alcançados.

A intervenção será incorporada à rotina do serviço, com o objetivo de ampliar nosso trabalho com os usuários de alto risco e o melhor controle daqueles com HAS e/ou DM. E, assim continuar coletando e monitorando todos os indicadores que temos no projeto.

A intervenção foi muito importante para o município, para mim como profissional e para minha equipe de saúde. Estamos planejando dar continuidade ao projeto e ampliar o projeto a outras ações programáticas da UBS.

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

Por meio do Programa Mais Médicos do Brasil, estou realizando o curso de Especialização em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pelotas. No curso propõe-se desenvolver uma intervenção. Para tanto, esta foi realizada na Unidade de Saúde da Família Cerro Grande, do município Cerro Grande, no estado do Rio Grande do Sul para pessoas de 20 anos ou mais com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, no período de 12 semanas, de 26 de março a 19 de junho de 2015. Vocês, da gestão, garantiram os recursos necessários para o adequado desenvolvimento do trabalho, possibilitando avanços significativos na atenção integral a este grupo, experiência que pode ser aplicada a outras ações programática realizadas na unidade.

Primeiramente, realizou-se uma análise da situação de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados para cada uma das microáreas que compõem toda a população que atendemos. Para conseguir os resultados obtidos realizou-se um verdadeiro trabalho em equipe, em que cada um dos membros cumpriu com o papel que lhe correspondia, tendo como premissa fundamental comprometimento e o planejamento das tarefas de cada semana nas reuniões de equipe. Além disso, a capacitação possibilitou que a equipe desempenhasse suas atribuições e ações conforme o protocolo do Ministério da Saúde.

De 536 pessoas com hipertensão, 485 (90,5%) foram cadastradas e de 153 usuários com diabetes 140 (91,5%) foram cadastradas. Esses resultados foram possível devido à atualização de todos os registros destes usuários, bem como os prontuários e as fichas-espelho.

Como é conhecido por todos, os usuários de nossa comunidade não têm o hábito de ir à consulta para realizar os controles periódicos correspondentes, por isso foi necessário realizar uma busca ativa de um grande número de pessoas, os agentes comunitários de saúde foram essenciais nesta tarefa tão importante. No mês 1, 13 pessoas com hipertensão faltaram às consultas e 12 foram buscadas (92,3%), no segundo mês 87 foram buscadas (100%) e no terceiro 101 (99%) de 102 faltosas. No primeiro mês buscaram-se dois faltosos com diabetes (100%), no segundo 13 (100%) e no quarto 17 de 18 faltosos (94,4%).

A atenção em saúde bucal para esta população poderia ser aperfeiçoada se a equipe contasse com um dentista. Conhecemos as dificuldades para a realização dos exames complementares, não obstante um número importante de usuários conseguiu realizar os exames e assim podemos avaliar os riscos para doenças cardiovasculares.

Este trabalho trouxe consigo muitos benefícios para a comunidade, pois cada um dos usuários recebeu atenção integral que foi fator fundamental para a melhoria da qualidade de vida de cada um deles, bem como da avaliação do estado de saúde atual, além de receber educação em saúde de vários aspectos importantes para controlar as doenças e conseguir evitar futuras complicações, como a importância de comparecer aos atendimentos planejados, a prática de exercícios físicos, evitando o sedentarismo, evitar fumar, adotar dietas livres de gordura mudando o estilo de vida, com todas estas medidas podemos garantir uma melhor saúde a nossa população e qualidade de vida de nossos usuários diabéticos e hipertensos.

Ademais esta intervenção tem sido um ponto de partida para a realização de atividades educativas similares em outras condições como asma, dor lombar, hipertireoidismo, e doenças respiratórias que são muito comuns nos meses de inverno e frequentes em nossa comunidade para conseguir um melhor conhecimento para cada um dos usuários sobre a doença que padecem. Entretanto, para conseguir este propósito, cada um de nós deve esforçar-se por garantir os recursos necessários, tanto recursos materiais, como humanos para um correto funcionamento do serviço. Entre os recursos materiais precisamos de balança, aparelho de medir pressão, aparelho para fazer teste de glicemia, e entre os recursos humanos precisamos de dois técnicos de enfermagem e uma enfermeira.

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

A intervenção foi desenvolvida no âmbito do Curso de Especialização em Saúde da Família à distância da Universidade Federal de Pelotas e junto ao Programa Mais Médicos do Brasil, do qual faço parte. A intervenção foi realizada na Unidade Básica de Saúde de Cerro Grande, no município Cerro Grande, no estado do Rio Grande do Sul, no período de março a maio de 2015. A população do município é urbana e rural de 2.400 pessoas da área de abrangência da Unidade. A ação programática foi atenção à saúde das pessoas com hipertensos e diabetes.

Ao concluir a intervenção com certeza podemos dizer a nossa população que sua participação teve um papel importante no trabalho de seguimento da intervenção. As equipes de saúde e gestores estão muito satisfeitos com o trabalho desempenhado com a população. Ao concluir a intervenção, de 536 hipertensos participaram 485 (90,5%) e de 153 diabéticos, 140 (91,5%).

A avaliação da necessidade de atendimento com dentista continua sendo um desafio, 147 pessoas com hipertensão (30,3%) foram avaliadas e 50 (35,7%) com diabetes. A equipe capacitou-se para atenção integral com protocolos assistenciais do Ministério da Saúde.

Nos demais indicadores obtiveram-se proporções acima de 94%, que são: exame clínico e complementares em dia, prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, busca ativa dos faltosos, registros adequados nas fichas-espelho, avaliação do risco cardiovascular, orientação sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, risco do tabagismo e sobre higiene bucal.

A equipe buscou promover estilos de vida saudáveis na comunidade, para prevenir doenças crônicas. A intervenção foi benéfica para a comunidade com estas patologias que recebeu atenção integral e qualificada, para a equipe a experiência

possibilita a incorporação das ações à rotina e intervenções em outras ações programáticas e para o serviço a organização e integração das ações, bem como o monitoramento das informações.

A continuidade das atividades é necessária, investindo-se mais na prevenção e promoção da saúde para esta população. Entretanto, para conseguir este propósito, cada um de nós deve esforçar-se por garantir os recursos necessários, tanto recursos materiais, como humanos para um correto funcionamento do serviço. Entre os recursos materiais precisamos de balança, aparelho de medir pressão, aparelho para verificar o açúcar no sangue, e entre os recursos humanos precisamos de mais dois técnicos de enfermagem e uma enfermeira.

E contamos com o apoio de vocês da comunidade para participar das ações realizadas pela equipe de saúde da Unidade.

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

Durante um ano de trabalho no curso, o meu desenvolvimento foi satisfatório. Primeiramente, minhas expectativas iniciais foi como realizar um curso à distância por internet, sem ter o contato face a face. A expectativa foi superada, pois se tratou de experiência maravilhosa como profissional, conhecer e estudar desta forma, traçando conhecimento com os orientadores e com respostas rápidas. No início tive dificuldades com o idioma, mas ao longo do tempo, elaborando cada texto de reflexão, pude ter ampla visão do projeto e compreendê-lo melhor.

O projeto foi concluído sem grandes dificuldades, mas antes me parecia impossível já que a equipe não tinha experiência com a Saúde da Família e nunca atuou com uma intervenção. A equipe ficou contente e satisfeita com a realização qualificada do que havia proposto no projeto, com alegria e com a satisfação do dever cumprido.

O curso teve grande significado para a minha prática profissional na Atenção Primária em Saúde, para o trabalho em equipe, para compartilhar as experiências no grupo. Os aprendizados mais relevantes foram as discussões nos fóruns, reflexões, a elaboração dos relatórios, itens que possibilitaram reorganizar e reinterpretar o trabalho que a equipe desenvolve. Os casos interativos foram bastante construtivos, bem como os testes de qualificação que permitem recordar e atualizar o meu conhecimento de medicina.

Os resultados alcançados com a intervenção deixaram-se bastante contente, visto que com o trabalho em equipe tudo pode ser feito. Eu aprendi com as experiências da equipe, eles aprenderam com as minhas experiências e o trabalho foi de muita qualidade, os integrantes foram preparados para a intervenção e a preparação proporcionou conhecimentos e, com isso melhorou a qualidade do serviço.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 15) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

SMELTZER, S. C; BARE, B.G. Histórico e tratamento de pacientes com Hipertensão. In: SMELTZER, S. C; BARE, B.G. **Tratamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico**. 10 Ed. Rio de Janeiro: Guanabara & Koogan, 2005. vol 2, cap. 92, pg. 904 a 906.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **IV Diretrizes Brasileiras da Hipertensão Arterial**. São Paulo: 2004.

## **Apêndice**

**Apêndice A – Ficha complementar a ficha-espelho**

Data do ingresso no programa \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Número do Prontuário: \_\_\_\_\_ Cartão SUS \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefones de contato: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Necessita de cuidador? ( ) Sim ( ) Não

Nome do cuidador \_\_\_\_\_

Tem HAS? ( ) Sim ( ) Não Tem DM? ( ) Sim ( ) Não

Tem HAS e DM? ( ) Sim ( ) Não

Há quanto tempo tem: HAS? \_\_\_\_\_ DM? \_\_\_\_\_ HAS e DM? \_\_\_\_\_

Foi realizada avaliação da necessidade de tratamento odontológico? ( ) Sim ( ) Não

Data da primeira consulta odontológica \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Estatura: \_\_\_\_\_ cm Perímetro Braquial: \_\_\_\_\_ cm IMC \_\_\_\_\_ Pulsos \_\_\_\_\_

APP Sim()Não() APF Sim( ) Não ( )

## **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 Gestal Fassa

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

Prezada Pesquisadora;

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

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

## Anexo B - Planilha de coleta de dados

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1																		
Fatores para Cadeia	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	Paciente é hipertenso?	Paciente é diabético?	Paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	Paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	Paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Família Popular?	Paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	Paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	Paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	Aerofiliação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	Paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	Paciente recebeu orientação sobre prática física regular?	Paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	Paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	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	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																	
	14																	
	15																	
	16																	
	17																	
	18																	
	19																	
	20																	
	21																	
	22																	
	23																	
	24																	
	25																	
	26																	
	27																	
	28																	
	29																	
	30																	
	31																	
	32																	
	33																	
	34																	

