

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



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS número 2 de Cobé, Vera Cruz/RN**

**Julio Lozano Díaz**

**Pelotas, 2015**

**Julio Lozano Díaz**

**Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS número 2 de Cobé, Vera Cruz/RN**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD 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.

Orientador: Aline Gomes de Oliveira Nascimento

Pelotas, 2015

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

D542m Díaz, Julio Lozano

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Número 2 de Cobé, Vera Cruz/RN / Julio Lozano Díaz; Aline Gomes de Oliveira Nascimento, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

98 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. Nascimento, Aline Gomes de Oliveira, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico a minhas filhas por ser a razão de levantar-me todos os dias e esforçam-me pelo presente e o futuro, elas são a minha principal motivação. Como em todas as minhas conquistas sempre têm estado presente.

*A minha mãe por ensinar-me valores, virtudes, perseverança e especialmente por me dar amor, compreensão e apoio incondicional, quem me orientou para culminar a carreira profissional.*

*A minha esposa que me apoiou, incentivou a continuar e pelo amor incondicional dedicado a mim todos esses anos. E a meus irmãos, por estarem comigo e me apoiarem sempre.*

## **Agradecimentos**

A minha orientadora Aline Gomes De Oliveira Nascimento por seu apoio e confiança em meu trabalho e sua capacidade de orientar meus pensamentos tem sido um aporte inestimável, não só no desenvolvimento deste Trabalho de Conclusão do Curso, mas também na minha formação como investigador. As ideias próprias, sempre enquadradas em sua orientação e meticulosidade, tem sido a chave para o bom trabalho que fizemos juntos, que não pode ser concebida sem a sua participação sempre oportuna. Também a agradeço por ter facilitado sempre e mediado para que fosse possível finalizar todas as atividades propostas durante o desenvolvimento do curso.

A Equipe da UBS número 2 de Cobé pela sua importante contribuição e participação ativa no desenvolvimento deste Trabalho de Terminação do curso. Deve-se destacar, acima de tudo, sua disponibilidade e paciência, não há dúvida que seu envolvimento enriqueceu o trabalho feito e também significou o surgimento de uma amizade sólida.

À gestão do município Vera Cruz que facilitou o necessário para a construção deste estudo. A comunidade adstrita da UBS número 2 de Cobé pela colaboração e apoio a nossa intervenção. Aos meus amigos que colaboraram direta ou indiretamente na conclusão deste trabalho.

## Resumo

LOZANO Diaz, Julio. Orientador GOMES de Oliveira Nascimento, Aline. **Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus.** 2015. 96f. 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 Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares, é também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como Acidente Vascular Cerebral e Infarto Agudo de Miocárdio, além de Doença Renal Crônica Terminal. A Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. No Brasil o diabetes junto com a hipertensão arterial é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalização, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários de usuários com Insuficiência Renal Crônica submetido à diálise. Neste sentido, o presente trabalho objetivou melhorar a atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS número 2 de Cobé, Vera Cruz/RN, melhorando os indicadores de qualidade para garantir os princípios da Universalidade e da Integralidade seguindo os protocolos do Ministério da Saúde. Organizamos as ações levando em conta os quatro eixos pedagógicos para o alcance das metas traçadas: organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação. A intervenção foi realizada em um período de 12 semanas. A equipe ficou envolvida em todas as ações realizadas através de consultas e visitas domiciliares, foi realizado o cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos, nas consultas foi realizado exame físico completo e solicitados os exames complementares, foi feita a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos. Os resultados são satisfatórios, pois aumentamos a cobertura de hipertensos para 52,3% e de diabéticos para 76,3%. Os indicadores de qualidade foram 100% (277 hipertensos e 100 diabéticos) o qual resultou em um êxito e a intervenção foi incorporada na rotina da UBS. A comunidade ficou satisfeita pelas ações desenvolvidas e ao incentivar a participação da comunidade no desenvolvimento das ações, criamos uma relação de participação entre os profissionais da UBS e a comunidade, facilitando a percepção dos benefícios e redução da barreira, aumentando a adesão dos usuários às consultas. A intervenção fortaleceu a APS e, possibilitou a vivência dos princípios do SUS.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde	57
Figura 2	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	59
Figura 3	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.	61
Figura 4	Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.	62
Figura 5	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.	63
Figura 6	Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	65
Figura 7	Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa	66

## Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	<b>Atenção Primária à Saúde</b>
CAP	<b>Caderno de Ações Programáticas</b>
CEO	<b>Centro de Especialidades Odontológicas</b>
DCNT	<b>Doença Crônica Não Transmissível</b>
DM	<b>Diabetes Mellitus</b>
DST	<b>Doenças Sexualmente Transmissíveis</b>
ESF	<b>Estratégia de Saúde da Família</b>
HAS	<b>Hipertensão Arterial Sistêmica</b>
Hiperdia	<b>Programa de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus</b>
MS	<b>Ministério de Saúde</b>
NASF	<b>Núcleo de Apoio da Saúde da Família</b>
RN	<b>Rio Grande do Norte</b>
SIAB	<b>Sistema Atenção Básica</b>
SUS	<b>Sistema único de Saúde</b>
UBS	<b>Unidade Básica de Saúde</b>
UFPeI	<b>Universidade Federal de Pelotas</b>
USF	<b>Unidade de Saúde da Família</b>
VD	<b>Visita Domiciliar</b>



## Sumário

Apresentação .....	9
1 Análise Situacional .....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	21
2 Análise Estratégica .....	23
2.1 Justificativa.....	23
2.2 Objetivos e metas.....	25
2.2.1 Objetivo geral.....	25
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	25
2.3 Metodologia.....	27
2.3.1 Detalhamento das ações .....	27
2.3.2 Indicadores .....	42
2.3.3 Logística.....	48
2.3.4 Cronograma .....	52
3 Relatório da Intervenção.....	54
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	54
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	55
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	55
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	55
4 Avaliação da intervenção.....	58
4.1 Resultados .....	58
4.2 Discussão.....	75
5 Relatório da intervenção para gestores .....	78
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	81
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	83
Referências .....	85
Apêndices.....	86
Apêndice D – Paciente hipertensa acompanhada por sua ACS .....	90
Apêndice E –Visita Domiciliaria a pacientes com hipertensão .....	91
Anexos .....	92



## **Apresentação**

O presente volume trata do trabalho de conclusão de curso da Especialização em Saúde da Família – Modalidade EAD, realizado com a Universidade Federal de Pelotas – UFPel. O trabalho objetivou melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), na UBS número 2, Vera Cruz/RN. O mesmo está organizado, em sete unidades as quais são: Análise Situacional, Análise Estratégica que contempla a elaboração do projeto de intervenção em que foram planejadas as ações da intervenção, a partir dos objetivos, metas e indicadores; o Relatório da Intervenção no qual apresentam-se as atividades realizadas e a Avaliação da Intervenção está descrita na quarta parte do volume. Na quinta e sexta parte se faz os Relatórios da intervenção para gestores e comunidade e, na última, a Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. As tarefas começaram a ser escritas no início do curso de especialização, iniciando-se assim a construção do Trabalho de Conclusão de Curso, que ao uni-las, resultou neste trabalho que aqui está apresentado.

## **1 Análise Situacional**

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

Trabalho em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que está localizada em o distrito do Cobé que pertence ao município Vera Cruz, estado Rio Grande do Norte (RN). Cobé tem uma população de 3484 habitantes, de acordo com o último censo da população, que atualmente ainda estão recenseando novas famílias, como a população continua a crescer, esta cidade é formada por um distrito (centro da vila) e seis sites (distrito Cobé e sítios Areia, Arisco, Lagoa Grande, Pituba de Assis e Joinacio) estruturalmente a UBS tem boa condição de trabalho foi recentemente reestruturada, houve a ampliação do local, todas as salas têm boa iluminação e ventilação, tem um total de oito locais de trabalho (recepção, farmácia, cura, a vacinação, consulta médica, consulta de enfermagem, consulta da dentista, serviço general).

Cada membro tem uma função específica dentro da equipe, por exemplo: recepcionista tem para receber usuários, solicitar o cartão do Sistema Único de Saúde (SUS) e fornecer todas as informações necessárias para os usuários que deve receber serviços na unidade, o departamento de farmácia entrega drogas que têm na unidade e você está livre para dar aos usuários, indicados pelo médico, por sua vez no consultório, que tem uma maca para emergências, onde os primeiros socorros são prestados aos usuários antes de serem enviados para o hospital e onde também são realizados curativos para várias lesões. Todos os casos urgentes aqui esperam para serem avaliados pelo médico antes de ir para o hospital, isto reduziu o número de usuários que vão direto para o hospital. A vacinadora verifica se cada usuário tem atualizado a caderneta de vacinação, assim como trabalhadores de saúde. A equipe de odontologia é de grande importância não só

para o tratamento curativo, mas também preventivo (saúde bucal), a licenciada em enfermagem e o médico são um binômio inseparável com quem fazemos um trabalho contínuo de promoção, prevenção, cura e reabilitação de usuários através de um sistema de visitas agendadas, atendimentos livre e de emergência.

Para cumprir com todos os programas que levam às unidades básicas de saúde (assistência pré-natal, atenção a Criança, cuidados ao usuário idoso, saúde reprodutiva e à mulher, Hipertensão e Diabetes), nós também realizamos palestras educativas sobre promoção da saúde, não só na comunidade, também em escolas e locais de trabalho e igrejas que estão na comunidade, temos seis agentes comunitários de saúde (ACS), que são distribuídos por toda a população e cada um é responsável pela saúde dos usuários neste setor, não é menos importante o trabalho dos assistentes gerais que guardam a unidade limpa e organizada e o motorista, este é o encarregado de levar os usuários para consultas médicas e emergências ao hospital.

Minha unidade tem relações com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), não só para os usuários atendidos com problemas mentais, mas também para que todos aqueles que necessitam de atenção individual ou coletivamente, em consulta ou em casa. Os usuários idosos realizam exercícios físicos com o educador físico dois dias da semana e isso ajuda a melhorar a sua qualidade de vida e prevenir doenças crônicas não transmissíveis. Um dia da semana (segunda-feria) antes de iniciar o horário de trabalho o educador físico realiza na unidade de saúde a ginástica da manhã, onde todos os trabalhadores das unidades básicas de saúde são envolvidos e isso ajuda a começar a trabalhar com humor e mais relaxado.

O município oferece diferentes consultas especializadas como: consulta de Ginecologia, Pediatria, Psiquiatria, Cardiologia, Psicologia, Nutrição e Fisioterapia. Há outras especialidades que também são oferecidas, assinando contratos com hospitais, institutos e laboratórios em Natal, a capital do nosso estado. As gestações de alto risco são enviadas para a consulta de alto risco Obstétrico que é fornecida na capital, na maternidade do Estado de Natal, onde são servidas. O município também tem um hospital, que faz coleta de material (sangue, fezes e urina) que leva para laboratórios em outros municípios e tem duas camas de emergência, onde enviamos casos e têm médicos de plantão 24 horas por dia.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

A UBS número 2 de Cobé está situada no município de Vera Cruz, estado RN, este possui aproximadamente 12.000 habitantes segundo dados da Secretaria da Saúde do Município (SMS) e atualmente existem seis Unidades Básicas de Saúde com seis equipes de saúde da família e saúde bucal. Este município no ano de 2013 foi contemplado com o NASF 1 que contempla seis profissionais: Pediatra, dois Nutricionista, Terapeuta Ocupacional, Assistente Social e Psicólogo. O NASF desenvolve ações de saúde preventiva e educativa. Não dispomos de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Dispomos de um Hospital que acolhe urgências e emergências com laboratório onde são realizados exames complementares para toda população. Quanto à atenção especializada dispomos de um centro de referência em especialidades onde oferecemos: Pediatria, Psiquiatria, Cardiologia, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Terapeuta ocupacional, Protético, Fisioterapeuta, Psicólogo, Cirurgião-dentista e Médico de Imagem (Ultrassonografia).

A UBS em que atuo é urbana, o modelo de atenção é uma Equipe de Saúde da Família que atende uma população de 3484 pessoas, vinculada ao SUS. Esta unidade tem uma equipe de saúde composta por: um médico, uma enfermeira, uma odontóloga, uma técnica enfermagem, uma farmacêutica, uma vacinadora, uma recepcionista, quatro Agentes Comunitários de Saúde, uma assistente de serviços geral, um motorista.

Estruturalmente, tem boa condição de trabalho, foi recentemente reestruturada e ampliada, todos os departamentos têm boa iluminação e ventilação, tem um total de oito departamentos ou locais de trabalho (recepção, farmácia, cura, a vacinação, consulta médica, consulta de enfermagem, consulta da dentista, serviço geral), cada membro tem uma função específica dentro da equipe, por exemplo: a recepcionista deve receber usuários, solicitar o cartão de SUS e fornecer todas as informações necessárias para os usuários que devem receber serviços; o departamento de farmácia entrega drogas que têm na unidade para dar aos usuários de graça, indicados pelo médico; existe um local para curativos, que tem uma cama para emergências, onde os primeiros socorros são fornecidos antes de serem enviados para o hospital e também fornece a cura para várias lesões, todos os casos urgentes são avaliados pelo médico antes de ir para o hospital, isto reduziu o

número de usuários que vão direto para o hospital; a vacinadora verifica se cada usuário tem atualizado o cartão de vacinação.

A enfermeira e o médico formam um binômio inseparável, pois fazemos um trabalho contínuo de promoção, prevenção, cura, reabilitação de usuários através de um sistema de visitas agendadas, atendimentos livre e de emergência, para cumprir com todos os programas realizados nas unidades básicas de saúde (assistência pré-natal, atenção a Criança, cuidados ao usuário idoso, saúde reprodutiva e à mulher, Hipertensão e Diabetes Mellitus). Nós também realizamos palestras educativas sobre promoção da saúde junto com a dentista, não só na comunidade, como também em escolas e locais de trabalho e igrejas que estão na comunidade. Os ACS são distribuídos por toda a população e cada um é responsável pela saúde dos usuários de seu setor. O atendimento odontológico é realizado na unidade três dias da semana. Não menos importante é o trabalho dos assistentes gerais que guardam unidade limpa e organizada; e o motorista, este é o encarregado de levar os usuários para consultas médicas e emergências ao hospital.

Nossa unidade tem relações com o NASF, não só para os usuários atendidos com problemas mentais, mas também para que todos aqueles que necessitam de atenção individual ou coletiva, em consulta ou em casa. Os usuários idosos realizam exercícios físicos com o educador físico dois dias da semana e isso ajuda a melhorar a sua qualidade de vida e prevenir doenças crônicas não transmissíveis um dia da semana (quarta-feira) antes de iniciar o horário de trabalho educador físico realiza na unidade de saúde a ginástica da manhã, onde todos os trabalhadores das unidades básicas de saúde são envolvidos e isso ajudam a começar a trabalhar com o humor e mais relaxado.

Na unidade básica de saúde, também são observadas deficiências, por exemplo: a nebulização é feita na sala de curativo, não tem nenhum depósito para materiais de limpeza, paredes internas não são laváveis, os locais de consultas são pequenos e não tem sanitário, sem corrimãos em escadas. Há baixa cobertura de alguns medicamentos: antibióticos, antifúngicos, anti-hipertensivos, materiais de sutura, cliques exame ginecológico, em ocasião também falta de solução de flúor para a prevenção de cáries dentárias.

É bom notar que também estão dando os primeiros passos em direção à obtenção de uma comunidade organizada na criação do conselho local de saúde, até agora todas as autoridades e líderes comunitários estão apoiando o nosso

trabalho, uma dessas conquistas é que abriu uma nova unidade de saúde em nossa área, o que aumenta a qualidade dos cuidados que prestamos para reduzir o número dos usuários que chegam diariamente à unidade, permitindo um melhor planejamento dos serviços oferecidos para o público.

Mesmo assim, vamos continuar informando e discutindo todas essas deficiências estruturais que persistem com a prefeitura e a comunidade para que todos possam se apropriar do processo de transformação em si. Também discutido com ACS para continuar o cadastramento da população adstrita pela UBS de até atingir 100% de cobertura.

Nossa equipe se reúne mensalmente para solicitar medicamentos e suprimentos, levando em conta as doenças mais comuns identificadas nas consultas e outra reunião mensal também é realizada com a coordenação de saúde do município para tratar de assuntos, como por exemplo: a necessidade de material de sutura, oftalmoscópio, manutenção do sistema e substituição de instrumentos e medicamentos, durante estas reuniões foi acordado que os frascos para coleta de amostras de escarro deveriam permanecer no consultório, para a primeira amostra.

Existiam alguns aspectos que tinham deficiências e que há vários meses estamos trabalhando para solucioná-los com a participação de todos, exemplo: nem todos os profissionais da UBS participavam do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, nem todos os profissionais da UBS realizavam busca ativa de usuários faltosos, não eram realizadas na UBS atividades com grupos de risco, como: tabagismo, idosos e planejamento familiar. Atualmente, após várias reuniões com todos os membros da equipe de saúde da nossa unidade, onde cada um recebeu um documento com suas atribuições, estudou todas as tarefas a serem desenvolvidas e que não as faziam, por uma razão ou outra; todos concordaram que as mudanças na prestação dos serviços da nossa ESF só serão possíveis se todos contribuírem fazendo a sua parte.

Vale salientar que alguns profissionais da nossa equipe de saúde não sabiam o que fazer com uma doença de declaração compulsória, por essa razão, o médico assumiu a tarefa de orientá-lo o que deveriam fazer na presença dessas doenças, como por exemplo: os ACS devem informar ao médico ou a enfermeira, caso haja pessoas com febre na comunidade, em caso de atendimento de urgência em hospitais, informar se houve internação, ou não. Outro exemplo, na nossa equipe é o motorista da unidade por seu apoio contínuo a todos os doentes, ele é uma



pessoa de grande liderança dentro da comunidade, o que nos permitiu realizar grandes progressos no desenvolvimento de ações de saúde, não só curativos, mas também em termos de prevenção; tais como a criação de um grupo de pessoas idosas para fazer exercícios, todas as terças-feiras na comunidade.

O número de profissionais é adequado para atender a 3484 pessoas em nossa unidade de saúde, há também uma distribuição adequada de população por sexo, idade, que tem relação com a estimativa de distribuição da população brasileira e seguindo a estimativa do Caderno de Ações Programáticas (CAP). Mulheres em idade fértil de 10 a 49 anos são 1182, mulheres com idade de 25 a 64 são 901, mulheres grávidas na área têm 38, menores de um ano temos 71, pessoas de 5 a 14 anos são 659, pessoas de 15 a 59 anos são 2207, pessoas com 60 anos ou mais são 375, pessoas de 20 a 59 são 1828, pessoas com 20 anos ou mais são 2203. A distribuição que foge da estimativa do CAP é a de pessoas de 20 anos ou mais com HAS que deveríamos ter 772 e só temos 251 hipertensos e de pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes Mellitus deveríamos ter 206 e só temos 55 diabéticos.

Em relação à demanda espontânea, ela foi reduzida graças à população conhecer a estabilidade diária de consultas médicas, as quais são realizadas durante 36 horas semanais; ao aumento dos agendamentos realizados pelos agentes comunitários de saúde para consultas e visitas domiciliares aos usuários; o bom planejamento do trabalho – consulta e visita domiciliar; e ainda a implantação de mais uma ESF na comunidade. O acolhimento dos usuários na unidade começa através do contato com a recepcionista, ela dá as informações mais necessárias para o usuário ficar satisfeito, é então reforçado com a devida atenção a ele pelos demais profissionais de saúde.

Conseguimos com o apoio de toda a equipe resgatar protocolos de controle do cumprimento da consulta e visita domiciliar para crianças, nós também realizamos várias atividades de prevenção, condições de saúde, tais como o Aleitamento materno exclusivo até os seis meses, a prevenção de anemia de infância e estamos resgatando a consulta do recém-nascido nos primeiros sete dias de vida. Também estamos tomando medidas destinadas a aumentar a consciência sobre a prevenção de acidentes domésticos, principalmente com os cuidados que devem ter nas casas com a gestão de praguicidas utilizados pelos agricultores, também em relação às medidas de higiene a serem tomadas pela família para o

tratamento de crianças (lavagem das mãos). Acho que este é um objetivo que foi alcançado com o trabalho que visou à sensibilização da equipe de saúde e a população.

Em relação aos cuidados de saúde das crianças há um dia por semana para as consultas das crianças, quando eles saem da unidade já com a próxima consulta marcada, não temos protocolos ou manual na unidade, não há um único arquivo para as histórias clínicas das crianças menores de um ano.

Estabelecendo uma comparação de indicadores de saúde, o que mostra o CAP sobre a saúde da criança é que a estimativa é de 51 crianças e acompanhamos 100%. Os indicadores de qualidade apresentam resultados aceitáveis, mas podem melhorar ainda mais: das consultas de protocolos foram alcançados um 90% representando 46 crianças, em 100% das crianças foi realizado triagem auditiva, o monitoramento crescimento crianças na consulta, vacinação em dia, saúde oral, receberam orientações sobre aleitamento materno exclusivo até os seis meses e prevenção de acidentes. Ainda temos que trabalhar duro para que todas as crianças realizem o teste de pezinho antes de sete dias de nascido, hoje temos cobertura de 22% representando 11 crianças, que todas as crianças realizem a primeira consulta nos primeiros sete dias nascido. Atendemos neste período de vida apenas 47% representando 24 crianças. Atualmente 13 crianças têm pelo menos um atraso na consulta puericultura representando um 25%. Também queremos que a equipe continue o monitoramento do programa de saúde das crianças, por exemplo, em agosto deste ano foi realizada a semana de aleitamento materno exclusivo, com grande participação das mães que estavam amamentando e gestante. Também estamos realizando uma assistência à infância de todas as crianças da escola que está em nossa comunidade.

A organização do atendimento à gestante de baixo risco é dirigida pelo médico e a enfermeira, mas toda a equipe de saúde tem um papel importante, que vai desde as ações do dentista, até visitas domiciliares por agentes comunitários que reportam a qualquer mudança, alteração ou preocupação durante a gravidez. Esta atenção para a mulher grávida começa com as consultas antes de se tornar grávida, para as adolescentes e as mulheres com algum tipo de risco ou doença, necessários para a realização de um monitoramento e controle adequado das grávidas, mas devo dizer que ainda há elementos que dificultam o nosso trabalho, por exemplo, a ultrassonografia obstétrica morfológica não é feita no município e leva muito tempo

para ser marcada, por isso deve-se indicar quase na captação para que seja feita em tempo, além de ser pago, outro problema é que os hospitais realizam visitas de acompanhamentos para grávidas e não nos envia contra referências às unidades de saúde. É bom notar que com o aumento de conferências e palestras as grávidas e sua família tem alcançado a consciência das mulheres grávidas com adequado controle da gravidez e melhorado os resultados da mortalidade materna e infantil.

Não existiam arquivos individuais na unidade para grávidas, elas estavam juntas com o resto da população, o que dificulta a busca de quaisquer dados, na unidade são acompanhadas 38 gestantes representando um 73% de acordo com a estimativa do CAP de assistência pré-natal, as 38 gestantes estão com o cumprimento dos indicadores de qualidade representando um 100%, destaco apenas a saúde bucal que apresenta cobertura de 53%, apenas 20 gestantes acompanhadas. Há questões que ainda podem melhorar, por exemplo, rastrear 100% das mulheres grávidas pelo dentista. Não existem protocolos, não existia arquivos individuais para as gestantes e crianças com menos de um ano, o ginecologista obstetra não participa das atividades na UBS, todos estes aspectos são discutidos com o secretário de saúde do município e já estão tomando algumas medidas e é discutido em reuniões mensais, o grupo de acompanhamento do programa de pré-natal foi criado e tem aumentado os esforços de prevenção de saúde em nossa comunidade, este mês foi realizado a semana da amamentação e tinha uma importante participação de mulheres grávidas e mães com crianças menores de um ano, onde quase todos os membros do NASF participaram, em minha opinião estamos a dar passos importantes na resolução dos problemas, pouco a pouco podemos fazer mais para alcançar cuidados de saúde primários que as pessoas precisam.

Sobre o programa de cuidados para puérperas, as 51 mulheres que completaram a gestação foram avaliadas dentro de 30 dias após o parto representando um 100%. Devemos continuar realização da primeira consulta na primeira semana de sua chegada à comunidade Conseguimos alcançar no 100% das puérperas todos os indicadores de qualidade do puerpério, com estes indicadores.

Na nossa UBS, todas as mulheres são destinadas ao exame das mamas em consultas, principalmente nas idades entre 50-69 anos, e todos aqueles que apresentam algum fator de risco, também encaminhada à mamografia, destacamos

o desenvolvimento do autoexame de mama, pela própria mulher. Em relação ao desempenho da citologia cervical, todas as mulheres se seguem, com idades entre 25-64 anos, mas ainda temos de continuar a trabalhar na conscientização da importância deste teste, porque na minha comunidade, devido ao desenvolvimento sociocultural, ainda é um problema na obtenção de mulheres que este teste pode ser realizado, isso pode ser devido também aos atrasos que ainda existem com os resultados, mas sabemos que por sua importância temos que continuar melhorando nosso trabalho; mas no meu tempo de trabalho na unidade, não recebemos exame citopatológico do colo do útero positivo. Não há registros individuais adequados.

Em nossa UBS, estima-se segundo o CAP, que há um número de mulheres com idade entre 25-64 anos de 877, o número de exame citopatológico foi de 385 representando um 44%, essas mulheres foram avaliadas em consulta ou em visita domiciliar, o atendimento está centrado na prevenção do câncer de colo de útero e de mama, assim como sobre a prevenção de DST, não existe dados sobre exames com seis meses de atraso, existem três mulheres com exames citopatológico do câncer de colo de útero alterados que já fazem acompanhamento desde o ano 2012. Com relação ao câncer de mama, posso dizer que de todas as mulheres com idades entre 50 – 69 anos são 223 representando um 85% de cobertura segundo a estimativa do CAP, o número de mulheres com mamografias em dia foi de 27 representando um 12%, o indicador sobre as mamografias com mais de três meses de atraso não pode ser obtido, um total de 111 mulheres fizeram a avaliação de risco para câncer de mama representando um 50%, mulheres com orientação para a prevenção de câncer de mama foram 187 representando um 84%.

Na nossa unidade, os exames citopatológico de colo de útero são realizados pelo enfermeiro, que tem um dia inteiro na semana para fazê-los, mas também de acordo com os usuários que têm problemas pessoais ou de trabalho, ele fez todos os dias. Não há na minha unidade protocolos destas doenças impressos, cada um de nós, nós temos isso em forma digital no celular e tablets. Nos encontros mensais da equipe são discutidos todos os programas, os responsáveis por esses programas são o médico e enfermeira.

Mediante os problemas detectados, nos propusemos à implementação de algumas ações objetivando melhorar os índices da qualidade do referido programa, das quais a primeira medida tomada foi criar e recuperar todos os registros e controles individuais na UBS para o rastreamento do câncer de colo de útero e de

mama; além disso, estamos promovendo a atualização da lista de mulheres nas faixas etárias de controle; cada ACS faz uma avaliação do seu novo espaço de trabalho, através de levantamento do número total de mulheres que ainda não realizaram o exame citopatológico, mamografia e exame clínico das mamas. Todas as mulheres entre as idades de risco para o câncer de colo de útero e de mama estão sendo reavaliadas e a prioridade é dada àquelas que não tenham sido previamente cadastradas. O médico e a enfermeira serão os principais responsáveis pelo monitoramento e avaliação do programa

Na comunidade onde eu trabalho, também não foge à alta incidência de doenças crônicas não transmissíveis, hipertensão e diabetes mellitus, associadas a fatores de risco como sedentarismo, tabagismo e obesidade, sendo este último, em sua dupla condição de doença e fator de risco, como as principais causas de morbimortalidade em nossa comunidade, também associado com os costumes e hábitos alimentares que favorecem o surgimento destas doenças, existem na nossa unidade fatores socioeconômicos que favorecem o seu desenvolvimento, incluídos renda salarial baixa nesta comunidade agrícola de dentro do meu estado, tornando-se difíceis processos de uma dieta saudável.

A nós na unidade básica de saúde monitoramos a cada quatro meses para os usuários com estas doenças, que indicam todos os exames, o que nos permite avaliar o seu controle e evitar complicações futuras, nós também estabelecemos conversas com os adolescentes nas escolas, para ensiná-los a prevenir estas doenças, assim como na escola recentemente conduziu uma avaliação da pressão arterial de crianças e adolescentes, o trabalho ainda continua na escola, eu tenho que ressaltar que também nesta semana, começou a trabalhar na nova unidade básica de saúde, permitindo-nos em breve realizar um melhor acompanhamento e avaliação dessas doenças.

Desde a minha chegada à unidade básica de saúde, assumi a tarefa de avaliar os usuários com risco de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, para isso temos a ajuda, principalmente, dos ACS e prontuários individuais dos usuários. Segundo a estimativa do CAP o número de usuários com hipertensão arterial em nossa área deve ser 772 e nos temos 251 hipertensos representando 35% entre as idades de 20 anos e mais, com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico são 251 usuários representando 100%, com atraso de consultas agendadas em mais de sete dias são 20 usuários representando 8%,

com exames complementares periódicos em dia são 239 usuários representando um 95%, com orientação sobre prática de atividade física regular, com orientação nutricional para alimentação saudável foram 251 usuários representando 100%, com avaliação de saúde bucal em dia são 223 usuários representando 89%.

Também segundo CAP em relação ao Diabetes Mellitus devemos ter 206 usuários e só acompanhamos na unidade um total de 55 usuários portadores dessa doença representando 27%, sobre os indicadores de qualidade temos os seguintes números: com realização de estratificação de risco cardiovascular por critérios clínicos, com exame físico dos pés nos últimos três meses, com exames gerais e orientação nutricional saudável foi de 100%, só com avaliação de saúde bucal em dia foi de 91% representando 50 usuários. Não há usuários com atraso da consulta agendada em mais de sete dias.

Na nossa unidade básica de saúde todos os profissionais estão envolvidos na pesquisa de usuários com Hipertensão e Diabetes Mellitus, mas o médico, a enfermeira e os agentes comunitários de saúde são os grandes atores no programa por exemplo, se o dentista em sua consulta detecta um usuário com valores de pressão arterial elevada, eles são imediatamente enviados para o consultório médico ou enfermeiro, é bom dizer que, embora a minha unidade não tenha protocolos impressos, todos os profissionais tem em formato digital. Atualmente, estamos pesquisando novos casos de usuários com riscos de diabetes e hipertensão.

O envelhecimento populacional é um fenômeno natural, irreversível e mundial. A população idosa brasileira tem crescido de forma rápida e em termo proporcionais. O Brasil, como outros países desenvolve políticas públicas de saúde que lhes permitam lidar com esta situação, em termos de desenvolvimento econômico, políticos e social, a prestação de cuidados de qualidade para a saúde do idoso. Na UBS Cobé, temos implementado este programa, como se segue no plano de consultas da semana, colocamos um dia inteiro para cuidar dos idosos, um dia de cuidados para usuários com doenças crônicas não transmissíveis o 80% são pessoas de idade avançada, e dois dias de atendimento livre, onde são prestados cuidados a toda a população, os restantes dias são dadas a atenção para os problemas agudos que possam surgir fazer visitas domiciliares, priorizando estes, principalmente os portadores de deficiências ou doenças que não podem viajar para a unidade de saúde, também levamos tempo trabalhando com o NASF, oferecendo

atendimento especializado a este grupo etário, e realizar exercícios físicos com um grupo que foi criado na comunidade e em conjunto com o preparador físico e a nutricionista do NASF, também estamos fazendo ingressos domiciliares aos usuários com o apoio da família e médico especialistas assistente dele, com estreita colaboração do NASF municipais.

Em relação ao programa de saúde para os idosos, é possível dizer que há uma prioridade no cuidado da mesma, que começa quando o idoso chega à unidade onde é recebido com muito respeito e têm a mesma prioridade. Usando os registros dos ACS e os prontuários, fomos capazes de monitorar e avaliar o desempenho do programa. Em nossa comunidade, temos um total de 378 idosos representando um 100%, compatível com a estimativa do CAP, os indicadores de qualidade aparecem da seguinte forma: com avaliação multidimensional rápida em dia são 378 idosos representando um 100%, com acompanhamento em dia são 345 usuários representando um 91%, com Hipertensão Arterial são 192 representando um 51%, com Diabetes Mellitus são 43 representando um 11%, os 378 idosos tem avaliação de risco para morbimortalidade representando um 100%, tem investigação de indicadores de fragilização na velhice, orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, orientação para atividade física regular e 309 usuários têm avaliação de saúde bucal em dia representando um 82%.

Os protocolos que usamos são em formato digital e o grupo de monitoramento foi criado, que dirige o médico e a enfermeira. Também temos um grupo de idosos fazendo exercícios físicos e outras atividades de lazer em parceria com o preparador físico do NASF. Tenho que reconhecer que com a nova abertura da nova unidade básica de saúde, nos permite realizar maior quantidade de atividades e ações para este grupo prioritário.

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

Em relação ao texto enviado na tarefa da semana número 2 de ambientação comparada à análise situacional, posso dizer que as alterações feitas são principalmente no maior conhecimento que tenho da comunidade, após o preenchimento do CAP e dos questionários disponibilizados pelo curso. A partir desse conhecimento aprimoramos o funcionamento da nossa unidade, passamos a

consultar os protocolos de atendimento médico e organizar aUBS para realmente prestar cuidados de qualidade. Este conhecimento também trouxe o melhor desenho no trabalho de toda equipe possibilitando um melhor planejamento de ações de saúde futuras na comunidade.



## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares, é também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo de miocárdio, além de doença renal crônica terminal. No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente, seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadores. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devido às doenças é muito alta e por tudo isso a Hipertensão arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no Mundo. A Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. No Brasil o diabetes junto com a hipertensão arterial é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalização, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em usuários com insuficiência renal crônica submetido à diálise (BRASIL, 2006).

Na comunidade onde trabalho, também não foge à alta incidência destas doenças crônicas não transmissíveis, hipertensão e diabetes mellitus, associada a fatores de risco como sedentarismo, tabagismo e obesidade, sendo este último em sua dupla condição de doença e fator de risco, como as principais causas de morbimortalidade em nossa comunidade, também associado com as costumes e hábitos alimentares que favorecem o surgimento destas doenças.

A unidade básica de saúde, em que atuo, está localizada em um distrito chamado Cobé, pertencente ao município Vera Cruz. A nossa unidade básica de saúde tem boa condição de trabalho, foi recentemente ampliada, todos os departamentos têm boa iluminação e ventilação, tem um total de oito departamentos ou locais de trabalho (recepção, farmácia, curativos, vacinação, consulta médica, consulta de enfermagem, consulta da dentista, serviço geral). Esta unidade tem uma equipe de saúde composta por: um médico, uma enfermeira, uma odontóloga, uma técnica enfermagem, uma farmacêutica, uma vacinadora, uma recepcionista, quatro ACS, uma assistente de serviços gerais, um motorista, e cada membro tem uma função específica dentro da equipe.

A população da área adstrita é 3484 pessoas. Os usuários com hipertensão arterial sistêmica, entre as idades de 20 anos e mais, em nossa área são 251 hipertensos representando um 35% de os 772 usuários que devo ter segundo a estimativa do CAP, 251 usuários tem a realização da estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, receberam orientação sobre prática de atividade física regular e com orientação nutricional para alimentação saudável representando 100%; 20 usuários com atraso de consultas agendadas em mais de sete dias representando 8%; 239 usuários com exames complementares periódicos em dia representando 95% e 223 usuários com avaliação de saúde bucal em dia representando 89%. Com relação ao Diabetes Mellitus foram diagnosticados um total de 55 usuários representando 27% de os 206 diabéticos que devo ter segundo a estimativa do CAP, 55 usuários tem a realização de estratificação de risco cardiovascular por critérios clínicos, com exame físico dos pés nos últimos três meses, com exames gerais e orientação nutricional saudável representando 100%, 50 usuários tem a avaliação de saúde bucal em dia representando 91%. Não há usuários com atraso da consulta agendada em mais de sete dias.

Em nossa UBS todos os profissionais estão envolvidos na pesquisa de usuários com Hipertensão e Diabetes Mellitus, mas o médico, a enfermeira e os ACS são os que mais contribuem para o sucesso do programa. Existem ações de promoção em saúde que já são desenvolvidas na UBS, foi criado um grupo de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus para realizar exercícios físicos na comunidade e em conjunto com o preparador físico e a nutricionista do NASF que realizam palestras educativas.

Esta intervenção será importante, pois revelará quantos usuários hipertensos e diabéticos têm atualmente na população adstrita, também permitirá um amplo acompanhamento destes usuários e pode, assim, fazer de forma oportuna um número de ações de prevenção e de promoção de saúde, para diminuir a ocorrência de complicações relacionadas a estas doenças e minimizar a ação dos fatores de risco, também este estudo irá permitir aos gestores o planejamento adequado dos recursos financeiros necessários para os próximos anos.

A principal dificuldade observada, hoje e será na durante a intervenção, é na realização de exames complementares para o diagnóstico e avaliação de indivíduos hipertensos e diabéticos, outra dificuldade será a consulta para avaliação odontológica. Contudo essas dificuldades serão mínimas, pois existe a motivação

dos líderes da equipe e os políticos que vivem na comunidade, vislumbramos então sensibilizá-los e mudar essa realidade.

## 2.2 Objetivos e metas

### 2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, na UBS número 2 de Cobé, Vera Cruz/RN.

### 2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1: Ampliar para 50% o cadastro dos hipertensos da área de abrangência no Programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da UBS numero 2 de Cobé, município Vera Cruz, estado Rio Grande do Norte.

Meta 2 :Ampliar para 35% o cadastro dos diabéticos da área de abrangência no Programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da UBS numero 2 de Cobé, município Vera Cruz, estado Rio Grande do Norte.

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

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 4: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 5: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 6: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico

em 100% dos diabéticos.

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

Meta 11: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 12: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

Meta 13: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Meta 15: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos Diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos.

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos.

Meta 21: Orientar sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

Meta 23: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos.

Meta 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos.

## 2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF), número 2 de Cobé, no município de Vera Cruz/RN. Participarão da intervenção as pessoas com Hipertensão arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus de 20 anos e mais pertencentes à área de abrangência da unidade.

### 2.3.1 Detalhamento das ações

**Objetivo1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na UBS número 2, Vera Cruz, RN.**

**Meta 1: Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde**

**Meta 2: Cadastrar 35% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde**

#### Monitoramento e avaliação

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

**Detalhamento:** O médico e a enfermeira através de consultas e visitas domiciliares realizarão o monitoramento dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados e observarão o aparecimento de casos novos e os agentes comunitários atualizarão os registros na unidade de saúde dos usuários acompanhados e cadastrarão os casos novos.

#### Organização e gestão do serviço

**Ação:** Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

**Detalhamento:** Agentes Comunitários de saúde atualizarão os registros dos usuários cadastrados no programa em suas visitas domiciliares e esses registros devem ser entregues ao médico e a enfermeira todas as terças-feiras pela tarde na unidade de saúde.

**Ação:** Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.

**Detalhamento:** Os usuários serão recebidos pela recepcionista na sala de espera, onde ela irá fornecer-lhes orientações sobre o programa de hipertensão e diabetes, a técnica de enfermagem irá aferir a pressão, peso e altura dos usuários antes do atendimento médico. E ainda, para aqueles que forem diabéticos e com risco de desenvolver a doença, será realizado também o hemoglicoteste.

**Ação:** Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial e medidas antropométricas (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica e aparelho e fitas reativas para realização do hemoglicoteste).

**Detalhamento:** A enfermagem solicitou através de documento escrito ao secretário de saúde municipal para entregar outro esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica, aparelho e fitas reativas para realização hemoglicoteste.

#### Engajamento público

**Ação:** Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente e também alertar sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

**Detalhamento:** O médico, a enfermeira e agentes comunitários, em suas visitas domiciliares e em atividades educativas na comunidade, irão informar à população sobre a existência do programa.

**Ação:** Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

**Detalhamento:** O médico, a enfermeira nas consultas e os agentes comunitários em suas visitas domiciliares irão informar à população sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

#### Qualificação da prática clínica

**Ação:** Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

**Detalhamento:** A capacitação será realizada na unidade de saúde pelo médico e enfermeira da unidade, durante uma tarde por meio de palestras, os temas abordados serão: o diagnóstico, sintomas, complicações de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

**Ação:** Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

**Detalhamento:** Capacitar a toda equipe de saúde na medida da pressão arterial por meio de atividade prática na unidade de saúde durante terça-feira à tarde, a capacitação será realizada pelo médico e enfermeira.

**Ação:** Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

**Detalhamento:** Capacitação dos ACS na realização do hemoglicoteste através de atividades práticas na unidade durante terça-feria pela tarde, a capacitação será realizada pelo médico e enfermeira.

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

**Meta 3 e 4: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.**

### Monitoramento e avaliação

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

**Detalhamento:** O médico e a enfermeira revisaram na ficha espelho a realização do exame físico completo na consulta e visita domiciliares a todos os usuários hipertensos e diabéticos.

### Organização e gestão do serviço

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

**Detalhamento:** A recepcionista irá fornecer as primeiras informações sobre as ações de saúde que realizam o usuário hipertenso e diabético na unidade, a técnica de enfermagem irá realizar a medição da pressão arterial, peso, altura do usuário e hemoglicoteste quando usuário for diabético e/ou tiver risco para a doença, agentes comunitários de saúde realizar pesquisas com a tomada de pressão arterial

em visitas domiciliares aos usuários encaminhando para consulta os que têm uma anormalidade na sua pressão arterial, antes do médico e enfermeiro realizarem a consulta de usuários hipertensos e diabéticos.

**Ação:** Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

**Detalhamento:** A capacitação será realizada na unidade de saúde pelo médico e enfermeira da unidade, durante as terças-feiras à tarde por meio de palestras.

**Ação:** Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

**Detalhamento:** Na reunião mensal será realizada pelo médico uma atualização nos programas de hipertensão e diabetes aos profissionais de toda equipe.

**Ação:** Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

**Detalhamento:** A enfermeira solicitará a impressão dos protocolos de hipertensão e diabetes ao secretário municipal de saúde.

#### Engajamento público

**Ação:** Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

**Detalhamento:** Os ACS em visitas domiciliares irão orientar os usuários sobre sintomas, complicações e fatores de risco de hipertensão e diabetes. Médico e enfermeira realizarão palestras aos usuários sobre os fatores de risco de doenças cardiovasculares e neurológicas em usuários hipertensos e diabéticos.

#### Qualificação da prática clínica

**Ação:** Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado para hipertensão e diabetes.

**Detalhamento:** A capacitação será realizada na unidade de saúde pelo médico e enfermeira da unidade, durante a terça-feira pela tarde por meio de palestras e atividades práticas em consulta.

**Ação:** Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes, sobre a



importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

**Detalhamento:** Os ACS em visitas domiciliares irão orientar os usuários sobre sintomas, complicações e fatores de risco de hipertensão e diabetes, o médico e a enfermeira realizarão palestras o público sobre os fatores de risco de doenças cardiovasculares e neurológicas em usuários com hipertensão e diabetes.

**Meta5 e 6. Garantir a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.**

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado, de acordo com a periodicidade recomendada.

**Detalhamento:** A enfermeira fará monitoramento dos usuários que ainda não foi solicitado exames complementares e aqueles que foram solicitados mas ainda não foram realizados e realizará reuniões semanais com ACS para avaliar o resultado deste monitoramento e que estes façam busca destes usuários.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

**Detalhamento:** O médico e a enfermeira na consulta e visitas domiciliares irão solicitar exames complementares.

Ação: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

**Detalhamento:** O médico fará uma reunião com o secretário de saúde e diretor do hospital para discutir a necessidade de priorizar a realização de exames complementares definidos no protocolo aos usuários hipertensos e diabéticos.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

**Detalhamento:** Reuniões semanais serão realizadas pela enfermeira para determinar se os usuários realizaram os exames complementares solicitados e na reunião mensal com o secretário de saúde e diretor do hospital iremos discutir as razões pelas quais não foram realizados os exames, caso isso ocorra.

#### Engajamento público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

**Detalhamento:** Os ACS em visitas domiciliares irão orientar os usuários e a comunidade sobre a importância da realização de exames complementares, o médico e a enfermeira orientarão os usuários e a comunidade nas consultas sobre a importância da realização de exames complementares.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

**Detalhamento:** Os ACS em visitas domiciliares irão orientar os usuários e a comunidade sobre a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares, o médico e a enfermeira orientarão os usuários e a comunidade nas consultas sobre a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

#### Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

**Detalhamento:** A capacitação será realizada na unidade de saúde pelo médico e enfermeira da unidade, durante terça-feira pela tarde por meio de palestras.

**Meta 7 e 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.**

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

**Detalhamento:** A técnica de farmácia entregará um relatório semanal da existência de medicamentos de hipertensão e diabetes na farmácia popular e saberá se há ausência de qualquer um destes medicamentos e se os usuários estão recebendo.

#### Organização e gestão do serviço

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

**Detalhamento:** A técnica de farmácia, técnica de enfermagem e enfermeira realizarão o controle mensal dos medicamentos existentes na UBS e a data de validade desses.

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

**Detalhamento:** O médico, a enfermeira e a técnica de farmácia com ajuda de agentes comunitários de saúde manterão um registro atualizado das necessidades de medicamentos de usuários hipertensos e diabéticos.

#### Engajamento público

**Ação:** 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 a estes medicamentos.

**Detalhamento:** A recepcionista, os agentes comunitários de saúde e técnica de farmácia informarão os usuários sobre como eles podem realizar o cadastramento na farmácia popular para obter medicamentos de hipertensão e diabetes.

#### Qualificação da prática clínica

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

**Detalhamento:** A capacitação será realizada na unidade de saúde pelo médico e enfermeira da unidade, durante terça-feira pela tarde por meio de palestras.

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

**Detalhamento:** O médico e enfermeira realizarão treinamento na primeira semana do projeto à equipe da saúde para orientar aos usuários sobre como eles podem realizar o cadastramento na farmácia popular para obter medicamentos de Hipertensão e diabetes.

**Meta 9 e 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.**

#### Monitoramento e avaliação

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

**Detalhamento:** O médico e enfermeira através das fichas espelhos monitoraram a realização ao 100% dos usuários do exame bucal e encaminharão aqueles que necessitam de atendimento odontológico ao consultório do dentista, os

agentes comunitários de saúde em visitas domiciliares também identificarão usuários que necessitam de atendimento odontológico os encaminhará à consulta com dentista.

#### Organização e gestão do serviço

**Ação:** Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e/ou diabéticos.

**Detalhamento:** Organizar para que o atendimento médico e do dentista ocorram no mesmo dia, planejar para que os usuários que necessitam de atendimento odontológico, pelo menos, quatro usuários em cada dia de consulta para este grupo. Para que possam ser avaliados no mesmo dia.

**Ação:** Organizar a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico realizada na consulta médica.

**Detalhamento:** Os usuários ao sair da consulta médica e de enfermagem receberão um encaminhamento para o atendimento com o dentista, serão reservadas quatro vagas para os usuários hipertensos e/ou diabéticos para que sejam avaliados por dentista no mesmo dia. Os responsáveis serão o médico, enfermeira e dentista.

#### Engajamento público

**Ação:** Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e/ou diabéticos.

**Detalhamento:** A dentista fará palestras e conversas na comunidade sobre a importância da avaliação da saúde bucal.

#### Qualificação da prática clínica

**Ação:** Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e ou diabéticos.

**Detalhamento:** A capacitação será realizada na unidade de saúde pela dentista da unidade, durante uma tarde por meio de palestras.

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

**Meta 11 e 12: Buscar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada no protocolo.**

### Monitoramento e avaliação

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

**Detalhamento:** A recepcionista, o médico e a enfermeira da unidade informarão aos agentes comunitários de saúde os usuários que não compareceram à consulta, para que eles marquem uma nova consulta.

### Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

**Detalhamento:** Os agentes comunitários de saúde irão fazer visitas domiciliares aos usuários faltosos à consulta para o médico e a enfermeira visita em casa.

Ação: Organizar a agenda para acolher os hipertensos e/ou diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

**Detalhamento:** Quintas-feiras pela tarde serão para atendimento dos hipertensos e/ou diabéticos provenientes da busca domiciliar. Os atendimentos serão realizados por médicos e enfermeiros.

### Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

**Detalhamento:** O médico e a enfermeira realizarão palestras e conversa sobre a importância de ter uma assistência sistemática a consulta, os agentes comunitários de saúde em visitas domiciliares informarão também a importância de consultas médicas.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

**Detalhamento:** Os usuários faltosos as consultas podem ser atendidas em consulta qualquer dia da semana pela tarde com o objetivo de resgatá-los.

Ação: Esclarecer aos portadores de hipertensão e/ou diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

**Detalhamento:** O médico e enfermeira durante a consulta informarão aos usuários a frequência com que têm de realizar consultas, os agentes comunitários de saúde em visitas domiciliares informarão aos usuários as frequências de consultas.

### Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e/ou diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

**Detalhamento:** A capacitação será realizada na unidade de saúde pelo médico e a enfermeira da unidade, durante terça-feira pela tarde por meio de palestras.

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

**Meta 13 e 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.**

##### Monitoramento e avaliação

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

**Detalhamento:** A equipe de monitoramento de hipertensão e diabetes, composta por médico, enfermeira e técnica de enfermeira avaliarão a qualidade dos registros de usuário hipertensos e diabéticos a cada 30 dias.

##### Organização e gestão do serviço

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

**Detalhamento:** O médico e enfermeira manterão as informações do SIAB atualizadas semanalmente.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

**Detalhamento:** O médico, enfermeira e a recepcionista implementarão a ficha de acompanhamento.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

**Detalhamento:** O médico e a enfermeira analisarão com a equipe de saúde o registro das informações uma vez por mês.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

**Detalhamento:** O médico e enfermeira serão responsáveis pelo monitoramento dos registros.

Ação: 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:** O médico, enfermeira e recepcionista organizarão o registro para monitorar os usuários com atraso na consulta, exames complementares, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

#### Engajamento público

Ação: 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:** A recepcionista, técnica de enfermeira, enfermeira e o médico orientar aos usuários sobre seus direitos em relação à manutenção de seu registro de saúde e acesso a segunda via se necessário.

#### Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos.

**Detalhamento:** A capacitação será realizada na unidade de saúde pelo médico e enfermeira da unidade, durante terça-feira pela tarde por meio de palestras.

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

**Detalhamento:** A capacitação será realizada na unidade de saúde pelo médico e a enfermeira da unidade, durante terça-feira pela tarde por meio de palestras.

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

**Meta 15 e 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.**

#### Monitoramento e avaliação

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

**Detalhamento:** O médico e enfermeiro realizarão reunião semanal para monitorar os usuários com hipertensão e diabetes têm uma verificação da estratificação de risco cardiovascular.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. • Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

**Detalhamento:** Quinta-feira pela tarde o médico vai ver usuário hipertensos e diabéticos avaliados como de alto risco.

#### Engajamento público

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

**Detalhamento:** O médico e enfermeira informarão nas consultas e visitas domiciliares os usuários quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular.

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

**Detalhamento:** O médico, a enfermeira e os agentes comunitários orientarão aos usuários sobre a importância de uma dieta saudável, na sexta-feira a nutricionista efetuar uma consulta na unidade de saúde aos usuários hipertensos, diabéticos e com fatores de risco.

#### Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

**Detalhamento:** A capacitação será realizada na unidade de saúde pelo médico e a enfermeira da unidade, durante terça-feira pela tarde por meio de palestras.

Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

**Detalhamento:** A capacitação será realizada na unidade de saúde pelo médico e a enfermeira da unidade, durante terça-feira pela tarde por meio de palestras.

Ação: Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

**Detalhamento:** A capacitação será realizada na unidade de saúde pelo médico e a enfermeira da unidade, durante terça-feira pela tarde por meio de palestras.

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



**Meta 17 e 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.**

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

**Detalhamento:** O médico, enfermeira avaliarão nas visitas domiciliares aos agentes comunitários de saúde, se eles estão oferecendo em suas visitas domiciliares orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

**Detalhamento:** A nutricionista fará palestras e conversas sobre alimentação saudável aos usuários hipertensos e diabéticos.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

**Detalhamento:** A nutricionista realizará palestras na unidade de saúde, uma por mês, conforme solicitação da secretária de saúde do município.

Engajamento público

Ação: Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

**Detalhamento:** O médico, enfermeira, os agentes comunitários e nutricionista na consulta da sexta-feira orientarão hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a alimentação saudável nas consultas e visitas domiciliares.

Quantificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

**Detalhamento:** A capacitação será realizada pela nutricionista do NASF na unidade de saúde a toda equipe de saúde, durante terça-feira pela tarde por meio de palestras.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento:** A capacitação será realizada na unidade de saúde pela Psicóloga do NASF a toda equipe da unidade, durante terça-feira pela tarde por meio de palestras.

**Meta 19 e 20: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.**

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

**Detalhamento:**O médico e a enfermeira avaliarão os agentes comunitários de saúde, se eles estão oferecendo em suas visitas domiciliares orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

**Detalhamento:**O médico e a enfermeira realizarão palestra para orientar a importância das atividades físicas.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

**Detalhamento:**Será realizada as terças-feiras e quartas-feiras a prática de exercícios físicos com o preparador físico.

Engajamento público

Ação: Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

**Detalhamento:**O médico, enfermeira, os agentes comunitários e preparador físico orientarão hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular nas consultas e visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

**Detalhamento:**A capacitação será realizada na unidade de saúde pelo preparador físico a tudo a equipe da unidade, durante terça-feira pela tarde por meio de palestras.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento:**A capacitação será realizada na unidade de saúde pela Psicóloga do NASF a tudo a equipe da unidade, durante terça-feira pela tarde por meio de palestras.

**Meta 21 e 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.**

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

**Detalhamento:** O médico e a enfermeira avaliarão os agentes comunitários de saúde, se eles estão oferecendo em suas visitas domiciliares orientação sobre risco do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

Organização e gestão do serviço

Ação: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

**Detalhamento:** Uma reunião com o secretário de saúde será agendada pela enfermeira para gerenciar a compra de medicamentos.

Engajamento público

Ação: Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

**Detalhamento:** O médico encaminhará os usuários hipertensos e diabéticos tabagistas à consulta do NASF que oferecerá apoio e tratamento para abandonar o hábito de fumar.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

**Detalhamento:** A capacitação será realizada na unidade de saúde pela Psicóloga do NASF a tudo a equipe da unidade, durante terça-feira pela tarde por meio de palestras.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento:** A capacitação será realizada na unidade de saúde pela Psicóloga do NASF a tudo a equipe da unidade, durante terça-feira pela tarde por meio de palestras.

**Meta 23 e 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.**

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

**Detalhamento:**O médico, a enfermeira e dentista avaliarão os agentes comunitários de saúde, se eles estão oferecendo em suas visitas domiciliares orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

**Detalhamento:**O médico e a enfermeira nas consultas garantirão a orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

#### Engajamento Público

Ação: Orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

**Detalhamento:**O dentista fará palestras e conversas aos usuários hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

#### Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

**Detalhamento:**A capacitação será realizada na unidade de saúde pela dentista a toda equipe da unidade, durante terça-feira pela tarde por meio de palestras.

### **2.3.2 Indicadores**

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

**Meta 1.** Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 1:** Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

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

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

**Meta2.** Cadastrar 35% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador2:** Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

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

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

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

**Metas 3.** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Indicador 3:** Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

**Metas 4.** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Indicador 4:** Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

**Meta5.** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 5.** 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.

**Meta6.** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 6.** 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.

**Meta7.** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 7.** 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.

**Meta8.** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 8.** 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.

**Meta9.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Indicador 9.** 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 10.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Indicador 10.** 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 a hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

**Meta 11.** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 11:** 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 12.** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

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

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

**Meta 13.** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 13.** 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 14.** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 14:** 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/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular.

**Meta 15.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 15:** 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 16.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 16:** 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/ou diabéticos.

**Meta 17.** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Indicador 17:** 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 18.** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Indicador 18:** 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 19.** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 19:** 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 20.** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 20:** 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 21.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 21:** 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 22.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 22:** 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 23.** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicadores 23:** 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 24.** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicadores 24:** Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Numero de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de HAS e DM vamos adotar o Caderno de Atenção Básica de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006). O município não tem a ficha espelho para hipertensão e diabetes. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e a enfermeira utilizarão as fichas espelho disponibilizada pelo curso. Estimamos alcançar com a intervenção 50% de usuários com hipertensão e 35% de usuários com diabetes. Faremos contato com o gestor municipal para imprimir 361 fichas espelhos para hipertensão e 72 fichas espelhos para diabetes. Para o acompanhamento semanal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados específicos de Hipertensão e Diabetes.

Para viabilizar a intervenção haverá capacitação da equipe para a utilização do protocolo eo profissionais responsáveis serão o médico e a enfermeira.

A análise situacional e a definição do foco para a intervenção já foram discutidas com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre Caderno de Atenção Básica de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos hipertensos e diabéticos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto serão reservadas 2 horas ao final dos turnos da primeira semana de intervenção. O médico, a enfermeira, a nutricionista, a psicóloga e o preparador físico realizarão palestras sobre o caderno de hipertensão e diabetes do Ministério da Saúde.

O médico e a enfermeira capacitarão os agentes comunitários de saúde, na primeira semana, para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de

abrangência da unidade de saúde e a orientação aos hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Será realizada a capacitação para todos os profissionais da equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, a realização de exame clínico apropriado e solicitação de exames complementares. Também serão capacitados para preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético, registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés em diabéticos. Capacitar a equipe sobre metodologias de educação em saúde. Quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Capacitar a equipe sobre práticas de alimentação saudável, sobre a promoção da prática de atividade física regular, para o tratamento de usuários tabagistas, para oferecer orientações de higiene bucal. Utilizaremos para isso duas horas de todas as tardes da primeira semana na unidade de saúde, cada profissional estudará um assunto para compartilhar com os membros da equipe.

O acolhimento dos hipertensos e diabéticos que buscarem o serviço será realizado pela recepcionista e a técnica de enfermagem. Usuários com elevação nas cifras de pressão arterial serão atendidos no mesmo turno. Usuários hipertensos e diabéticos com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para agilizar a avaliação e tratamento de intercorrências, não há necessidade de alterar a organização da agenda. Hipertensos e diabéticos serão avaliados na terça-feira pela manhã e à tarde através do agendamento das consultas pelos agentes comunitários, serão reservadas 35 consultas por semana. Os hipertensos e diabéticos sairão da UBS com a próxima consulta agendada. Para acolher a demanda de intercorrências agudas de usuários hipertensos e diabéticos não há necessidade de alterar a organização da agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar os usuários hipertensos e diabéticos provenientes da busca ativa serão reservadas 5 consultas por semana. O exame clínico apropriado em 100% dos Hipertensos e Diabéticos será realizado pelo o médico e a enfermeira durante as consultas desses usuários, onde serão solicitados todos os exames complementares de acordo com os protocolos, foi coordenado com o

secretário de saúde municipal e o diretor do hospital para priorizar os exames complementares dos usuários hipertensos e diabéticos. Nas consultas do médico e a enfermeira será realizada a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos portadores de hipertensão e diabetes, esses usuários serão encaminhados à consulta da dentista para tratamento.

Para sensibilizar a comunidade o médico, a enfermeira e ACS farão contato com a associação de moradores, com os representantes da comunidade na igreja e da fábrica de costura da área de abrangência na segunda-feira pela tarde, apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização das consultas aos usuários com hipertensão e diabetes. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de usuários com hipertensão e diabetes e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Informaremos a comunidade sobre a existência do programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos. Orientaremos também sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, quanto ao risco de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes, sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Esclareceremos aos portadores de hipertensão, diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis. Ouviremos a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão. Todas estas atividades serão realizadas na sala de espera, no grupo de hiperdia, em palestras na comunidade.

Os membros do NASF nutricionista, assistente social, psicóloga, terapeuta ocupacional e preparador físico orientarão os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, sobre a importância da alimentação saudável, prática de atividade física regular, sobre a existência de tratamento para abandono o tabagismo, sobre a importância da higiene bucal. Estas atividades serão realizadas na sala de espera a segunda terça-feira de cada mês na unidade básica de saúde.

Para o monitoramento da ação programática semanalmente a enfermeira examinará as fichas-espelho dos hipertensos e diabéticos identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos e exames laboratoriais atrasados. Os ACS farão busca ativa de todos os hipertensos e diabéticos com atraso na consulta, estima-se 35 por semana totalizando 140 por mês. No momento da visita agendará a usuário para terça-feira para um horário de sua conveniência. Ao final de cada semana, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha impressa.





### **3 Relatório da Intervenção**

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

As ações previstas no projeto desenvolvidas levaram em consideração os quatro eixos pedagógicos para o alcance das metas traçadas: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e eixo qualificação da prática clínica. Durante toda a intervenção a equipe ficou envolvida em todas as ações realizadas, pois foi cumprido o cronograma do projeto e as ações nele expostas, já que desde o início da intervenção no mês de fevereiro, nossa equipe tinha cadastrado 251 hipertensos representando 35% e diabéticos 55 representando um 27%. Nas consultas e visitas domiciliares foi realizado o monitoramento dos usuários hipertensos e diabéticos, os ACS atualizaram os registros dos usuários acompanhados e cadastrado os casos novos. Nas consultas foi realizado exame físico completo a todos os usuários hipertensos e diabéticos e solicitados os exames complementares de acordo com Caderno de Atenção Básica 2006. O médico e a enfermeira realizaram a capacitação da equipe na unidade de saúde, foram realizadas as reuniões com os gestores e a comunidade a longo da intervenção. Foram realizadas atividades educativas junto com o NASF ao grupo de Hipertensos e diabéticos na sala de espera da unidade básica de saúde, nas escolas, mercados, fábricas e igrejas sobre a existência do programa de HAS e DM, vários outros temas relacionados a intervenção. Ainda foi formado um grupo que está realizando exercícios físicos com o preparador físico dois dias de cada semana, modificando os estilos de vida. Ao final da intervenção o médico realizou uma reunião para apresentar os resultados da intervenção para a equipe.

A equipe apresentou em algumas semanas da intervenção produtividade reduzida, foi o caso da semana 5 da intervenção porque terça-feira pela manhã foi realizada uma caminhada no município onde participaram todos os trabalhadores



das unidades básicas de saúde, esta caminhada foi realizada com o objetivo de conscientizar a população na importância da luta contra o mosquito que transmite o Dengue, quinta-feira não se trabalhou no município porque foi celebrado o 52º aniversário da emancipação do município Vera Cruz. Também na semana 6 da intervenção na segunda-feira foi realizada uma reunião na capital do estado com os médicos do programa mais médico da região número 1 do estado e quinta-feira não se trabalhou no município porque a prefeitura decretou feriado da semana santa, além de no município haver surto de pessoas com eritema infeccioso, tudo isso contribuiu na diminuição do atendimento das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, isso não impediu alcançar os indicadores propostos na intervenção.

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

A equipe nestas semanas não teve dificuldade para desenvolver as ações previstas, uma vez que todas foram cumpridas. Só tivemos dificuldades com a demora no retorno dos resultados dos exames complementares. Como também, não tivemos grandes dificuldades na hora de preencher a planilha de coleta de dados só nas primeiras semanas tivemos confusão na hora de colocar algum dado, mas foi esclarecido pela orientadora.

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

Não houve dificuldade com a coleta e sistematização dos dados, a utilização das planilhas disponibilizadas pelo curso facilitou o processo de consolidação dos dados coletados durante a intervenção. As dúvidas que ocorreram foram sanadas pela orientadora.

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

A intervenção já faz parte da rotina da UBS o acolhimento dos usuários com hipertensão e diabetes é realizado por todos os membros da equipe técnicos e universitários onde as pessoas são escutadas e orientadas e de acordo com as queixas dos usuários, estes são encaminhados às diferentes consultas seja do

medico, a enfermeira o a dentista e também local de vacinação, seguindo os protocolos são realizadas a solicitação de exames, falta ainda melhorar o tempo de entrega dos resultados dos exames complementares que demora 25 dias em chegar, isto já foi discutido com o secretário de saúde do município. Os agentes comunitários de saúde continuam na busca de novos casos e daqueles usuários com fatores de risco para estas doenças. As reuniões da equipe continuam sendo realizadas todos os meses onde são analisados os indicadores alcançados, as dificuldades apresentadas, e para estabelecer estratégias para conseguir a solução destes, nestas reuniões mantivemos a capacitação da equipe abordando temas importantes para melhorar a saúde da comunidade, os relatórios destas reuniões são discutidos com os gestores do município e os líderes da comunidade para que ajudem no planejamento da política de saúde para a comunidade, eles continuam apoiando as atividades que são realizadas na unidade de saúde.

O mais importante que aconteceu até agora para a equipe é precisamente, que este trabalho nos tem demonstrado como é possível alcançar resultados trabalhando em equipe e quanto valorizamos agora o trabalho realizado por cada membro da equipe, a população atendida tem demonstrado alegria, surpresa e admiração com o trabalho que está sendo realizado.



## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção aborda a melhorada atenção à saúde dos usuários com HAS e DM, na UBS – Equipe de Saúde da Família número 2, Cobé, Vera Cruz/RN. Na área adstrita existe um total de 3484 usuários e a intervenção focou naqueles usuários que são acompanhados na unidade e que moram dentro da área de abrangência da mesma. Em nossa área tínhamos ao começo da intervenção 251 usuários, 35% segundo a estimativa do CAP, entre as idades de 20 anos e mais, com DM foram um total de 55 usuários, 27% segundo a estimativa do CAP. Todos os profissionais tiveram envolvidos na pesquisa destes usuários, mas o médico, a enfermeira e os ACS foram os maiores responsáveis. Começamos com a revisão dos prontuários individuais de toda a unidade e os ACS mediante as visitas domiciliares encaminhavam à consulta a todos os usuários hipertensos e diabéticos novos. Ao final da Intervenção alcançamos uma cobertura na área adstrita de 277 (52,3%) de usuários hipertensos e 100(76,3%) de usuários diabéticos.

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura a hipertensos.

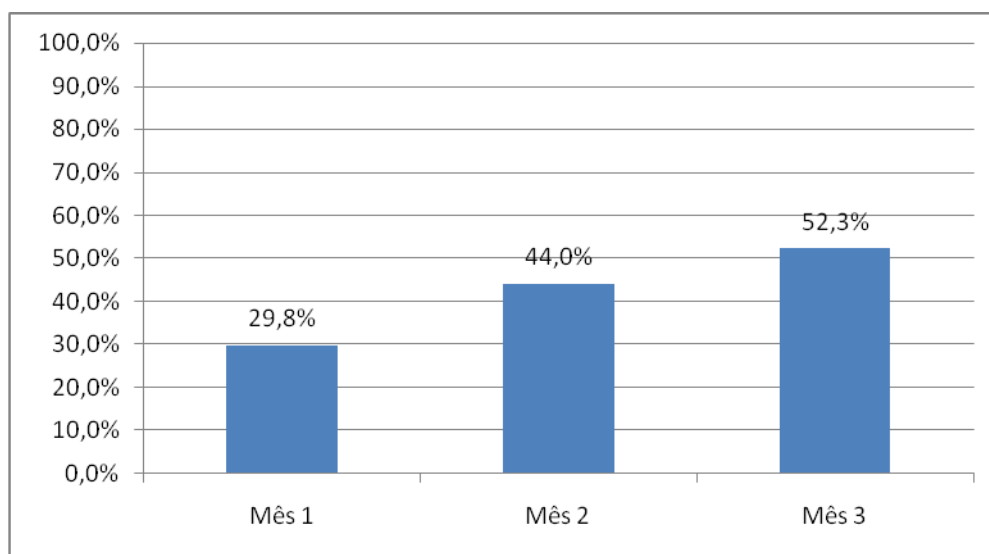
**Meta1.1:** Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial na UBS – Equipe de Saúde da Família número 2, Cobé, Vera Cruz/RN.

Indicador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde entre o número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Na figura 1 no primeiro mês da intervenção para HAS foram atendidos 158 usuários(29,8%), no segundo mês 233 usuários (44,0%), ao final das 12 semanas totalizamos 277 usuários hipertensos atingindo 52,3% conforme planejado no projeto de intervenção. Foram diagnosticados 26 usuários hipertensos novos e ainda continuamos na busca de casos novos na área.

O desempenho adequado das ações planejadas no projeto e otimização do tempo utilizado na realização do trabalho, o treinamento realizado para toda a equipe que participou da intervenção, principalmente no que diz respeito ao conhecimento dos protocolos sobre HAS estabelecidos pelo MS foi importante para o alcance da meta proposta inicialmente (50%). Todos os profissionais se envolveram com o acolhimento de cada usuário que recebeu em nosso serviço, desde a aferição da pressão arterial após a chegada à unidade, a avaliação dos fatores de riscos pessoais e familiares, consulta feita com qualidade, a busca de todos os usuários, que apresentaram algum grau de invalidez e não puderam participar de inquérito e foram realizadas visitas a suas casas.

Durante toda a realização da intervenção tivemos uma estreita relação com os líderes da Comunidade, o município deu seu apoio incondicional com a contribuição dos recursos necessários, que permitiu que a unidade tivesse os protocolos de HAS, instrumento fundamental na formação do pessoal. Tudo isto permitiu superar pequenas dificuldades que foram encontradas, principalmente com o preenchimento de documentos e organização de consultas, devido ao grande volume de informações geradas.



**Figura1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS – Equipe de Saúde da Família número 2, Cobé, Vera Cruz/RN**

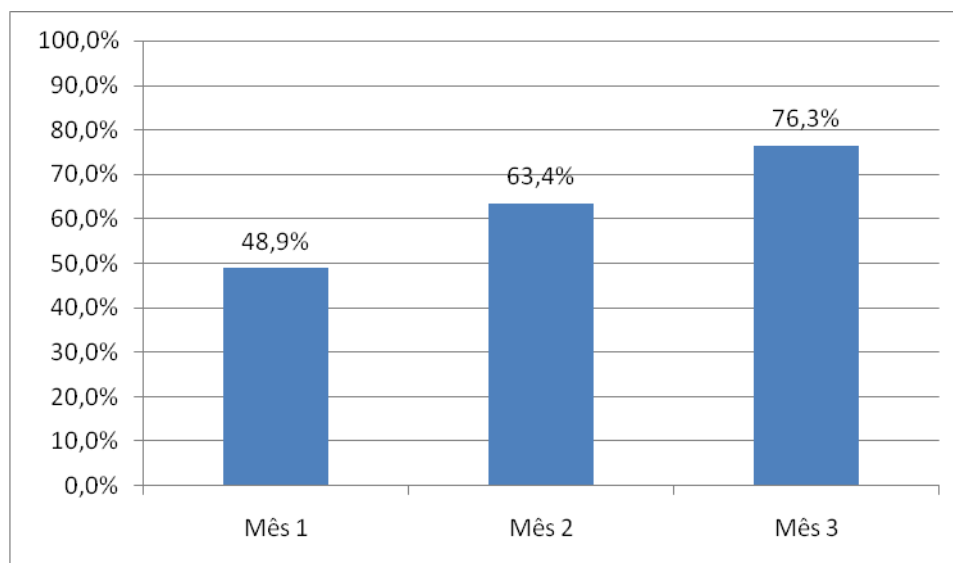
Objetivo 1: Ampliar a cobertura a diabéticos na UBS – Equipe de Saúde da Família número 2, Cobé, Vera Cruz/RN

**Meta 1.2:** Cadastrar 35% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde entre o número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Na figura 2 no primeiro mês conseguimos dar atendimento a 64 usuários diabéticos (48,9%), no segundo mês foram atendidos 83 usuários diabéticos (63,4%) e finalizamos com 100 usuários diabéticos atendidos (76,3%). Para nossa equipe foi importante esse resultado, pois 45 usuários diabéticos usuários foram casos novos diagnosticados no período da intervenção e ainda todos da equipe continuamos na busca de casos novos e incorporamos a intervenção na rotina da UBS.

As ações que mais auxiliaram neste aspecto foi a capacitação da equipe de acordo aos protocolos estabelecidos pelo MS, especialmente aqueles em relação ao acolhimento destes usuários e a tomada de PA a todas as pessoas que comparecem à unidade de saúde e realização de hemoglicoteste a todos aqueles tendo em consideração os fatores de risco pessoais ou familiares assim como a busca ativa de casos novos nas visitas domiciliares, a orientação e comunicação permanente sobre a existência do programa à população e qualificação da prática permanente da equipe. Foi importante a interação com o prefeito, secretário de saúde e a coordenadora do município que providenciou as ferramentas necessárias para desenvolver o trabalho como o protocolo impresso de Diabetes Mellitus na unidade de saúde e as fichas espelhos. No princípio tivemos algumas dificuldades que acontecerem com o preenchimento das fichas espelhos que demorava aos atendimentos. Mas isso foi resolvido pouco a pouco com a capacitação semanal da equipe. Figura 2



**Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS – Equipe de Saúde da Família número 2, Cobé, Vera Cruz/RN**

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos.

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

Indicador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado entre o número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Neste indicador, foi possível atingir, nos três meses de intervenção, 100% dos usuários atendidos o que correspondem no primeiro mês a 158 usuários, no segundo mês foram 233 e no final da intervenção foram 277 usuários. As ações que mais auxiliaram foi médico e a enfermeira realizarem 100% dos usuários hipertensos o exame clínico segundo o protocolo do MS que está impresso na UBS, foi realizada por profissionais da equipe nas consultas individuais onde foi explicada a importância de assistir às consultas programadas na unidade de saúde e palestras com grupos de hipertensos e a comunidade.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção aos diabéticos

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

Indicador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado entre o número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Neste indicador a equipe também conseguiu atingir com exame clínico apropriado em 100% dos usuários diabéticos atendidos nos três meses de

intervenção. (no primeiro mês foram 64 usuários, no segundo mês foram 83 usuários e ao final da intervenção foram 100 usuários). As ações que mais auxiliaram foi que o médico e a enfermeira realizaram a 100% dos usuários diabéticos o exame clínico tendo em consideração o protocolo do MS que está impresso na UBS, foi feito o exame bucal e encaminharam aqueles que necessitam de atendimento odontológico ao consultório do dentista. Nas consultas e visitas domiciliares foi feito a estratificação de risco de doenças cardiovascular a estes usuários, foi dadas orientações aos usuários diabéticos sobre uma alimentação saudável, sobre a importância da realização de atividade física regular sobre higiene bucal e aos risco de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes desta doença, assim como suas complicações.

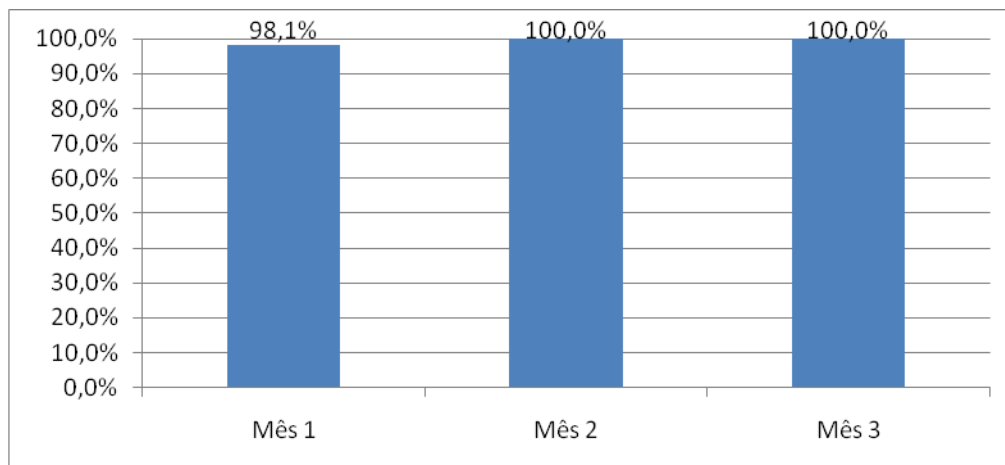
**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos

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

Indicador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia entre o número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Na figura 3 neste indicador no primeiro mês apresentamos 98,1% o qual corresponde a 155 usuários com exames em dia, faltou apenas três usuários por mostrar os exames, a principal causa foi que eles apresentavam os exames ao especialista em cardiologia e não apresentavam os exames depois na consulta da UBS, após esta dificuldade decidimos programar as consultas com os exames em dia de acordo ao protocolo, os ACS foram os encarregados de nas VD explicar a importância de mostrar os exames complementares ao médico na consulta para colocar os resultados nas historias individuais. No segundo e terceiro mês da intervenção, após a atividades descrita anteriormente, alcançamos 100%, sendo respectivamente 233 e 277 usuários em cada mês. Em todas as consultas foi indicando os exames pelos profissionais de acordo ao risco que apresentavam os usuários hipertensos e aqueles indicados no protocolo. Quanto aos exames, o Município não tem apresentado dificuldades com a realização dos mesmos até o momento atual, só tem dificuldade na demora dos resultados, que levam até 20 dias para retornar.





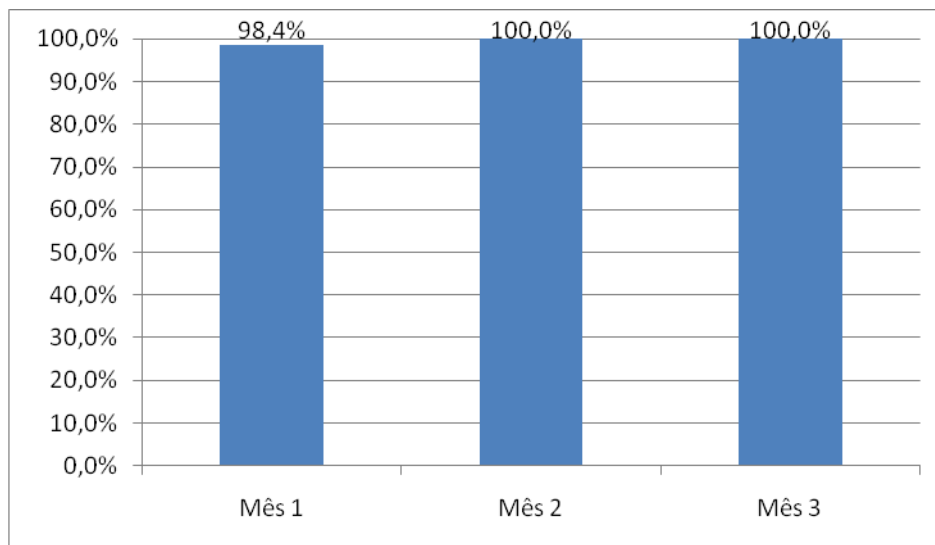
**Figura 3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS – Equipe de Saúde da Família número 2, Cobé, Vera Cruz/RN**

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção aos diabéticos

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

Indicador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia entre o número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Na figura 4 neste indicador no primeiro mês 82 usuários (98,4%) conseguiu mostrar os exames, mas no segundo mês atingimos 100% neste indicador com 83 usuários e ao final da intervenção foram 100 usuários. A principal causa foi que eles apresentavam os exames ao especialista em cardiologia e não apresentavam os exames depois na consulta da UBS, após esta dificuldade decidimos programar as consultas com os exames em dia de acordo ao protocolo os agentes comunitários de saúde foram os encarregados de nas VD explicar a importância de mostrar os exames complementares ao médico na consulta para colocar os resultados nas historias individuais. Em todas as consultas foi indicando os exames pelos profissionais de acordo ao risco que apresentavam os usuários diabéticos e aqueles indicados no protocolo. Quanto aos exames o Município não tem apresentado dificuldades com a realização dos mesmos até o momento atual, só tem dificuldade na demora dos resultados que levam até 20 dias para retornar.



**Figura 4:Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS – Equipe de Saúde da Família número 2, Cobé, Vera Cruz/RN**

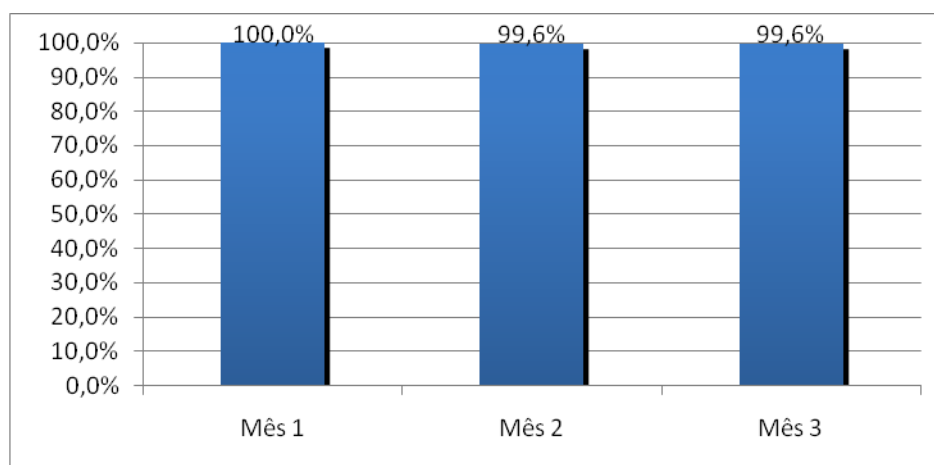
**Objetivo 2:**Melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos

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

Indicador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia entre o número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Na figura 5 neste indicador no primeiro mês de Intervenção percebemos que 158 usuários tomavam os medicamentos da Farmácia Popular representando 100% , no segundo mês foram 228 usuários (99,6%) e no final da intervenção foram 272 usuários (99,6%), isso ocorreu porque um usuário não faz uso medicação da farmácia popular mas sim o medicamento prescrito pelo cardiologista. Em nossa unidade também são distribuídos medicamentos para os usuários hipertensos e quando não existe na unidade ele recebem de graça na farmácia popular. Até agora não existem dificuldades com as necessidades de medicamentos dos hipertensos. A enfermeira, técnica de enfermagem e o ACS tem criado um registro com a quantidade de medicamento que toma cada usuário com hipertensão e é por ele que se solicita a medicação todos os meses. A orientação permanente aos usuários hipertensos e a comunidade quanto ao direito de ter acesso a os medicamentos

Farmácia Popular/Hiperdia que é realizada de forma permanente pela enfermeira e o resto do pessoal da equipe.



**Figura5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS – Equipe de Saúde da Família número 2, Cobé, Vera Cruz/RN**

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção aos diabéticos

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

Indicador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e o número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Neste indicador desde o primeiro mês ao final da intervenção percebemos que 100% dos usuários diabéticos tomavam a medicação da farmácia popular (no primeiro mês foram 64 usuários, no segundo mês foram 83 usuários e ao final da intervenção foram 100 usuários). Em nossa unidade também são distribuídos medicamentos para os usuários diabéticos e quando não existe na unidade ele recebem de graça na farmácia popular, os usuários em uso de insulina também recebem a medicação na unidade de saúde e quando não tem a recebem de graça na farmácia popular. Até agora não existe dificuldade com as necessidades de medicamentos dos usuários diabéticos. A enfermeira, técnica de enfermagem e agentes comunitários de saúde tem um registro com a quantidade de medicamento que toma cada usuário com diabético e é por ele que se solicita a medicação todos os meses. A técnica de enfermagem é a encarregada de observar pelo vencimento da medicação existente na unidade. A orientação permanente aos usuários diabéticos e a comunidade quanto ao direito de ter acesso a os medicamentos

Farmácia Popular/Hiperdia é realizado pela enfermeira e o resto do pessoal da equipe.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos

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

Indicador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico entre o número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Neste indicador segundo o protocolo o médico e a enfermeira realizaram exame bucal em 100% dos usuários hipertensos nos três meses de intervenção, no primeiro mês foram 158 usuários, no segundo mês foram 233 usuários e no final da intervenção foram 277 usuários e encaminharam aqueles que necessitam de atendimento odontológico ao consultório do dentista. Falamos com a dentista para que todas as semanas tivessem reservados quatro turnos para os usuários que precisarem atendimento, pois muitos deles já tinham sido atendidos e usam próteses o que possibilitava apenas a uma avaliação e orientação a limpeza e cuidado dela. As atividades educativas são realizadas na unidade de saúde e as escolas onde foram feitas palestras sobre saúde bucal pela dentista e assistente.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção aos diabéticos

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

Indicador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico entre o número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Neste indicador segundo o protocolo o médico e a enfermeira realizaram em 100% dos usuários exame bucal (no primeiro mês foram 64 usuários, no segundo mês foram 83 usuários e ao final da intervenção foram 100 usuários) e encaminharam aqueles que necessitam de atendimento odontológico ao consultório do dentista. Falamos com a dentista para todas as semanas ter quatro turnos para os usuários que precisarem atendimento, pois muitos deles já tinham sido atendidos e muitos usam próteses e necessitavam apenas de uma avaliação e orientação

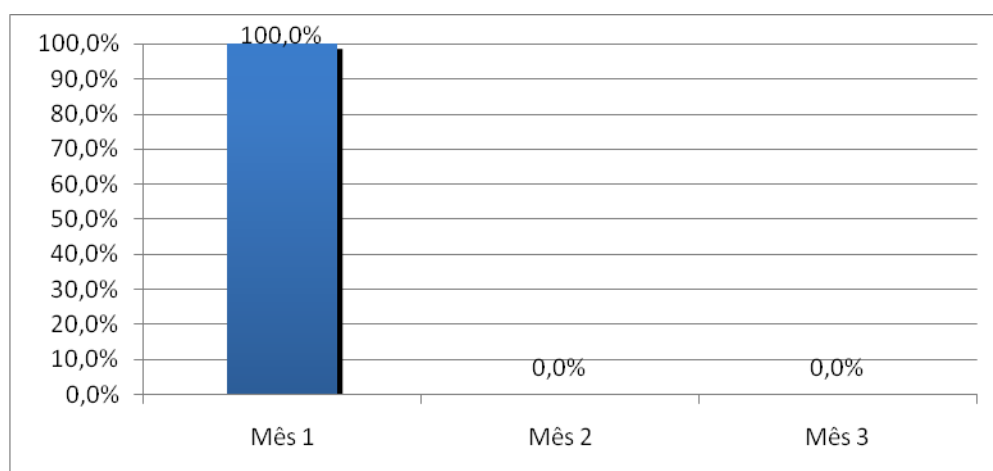
quanto à limpeza e cuidado dela. As atividades educativas são realizadas na unidade de saúde e as escolas onde foram feitas palestras sobre saúde bucal pela dentista e assistente.

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão de hipertensos ao programa

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

Indicador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa entre o número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Na figura 6 neste indicador podemos dizer como foram realizadas as ações na busca dos usuários faltosos a consulta na UBS, a recepcionista é a encarregada de comunicar aos agentes comunitários de saúde os usuários faltosos a consulta e estes durante as visitas domiciliares são os encarregados de marcar a próxima consulta e orientar ao usuário a importância de comparecer regularmente à UBS, os que não podem vir à unidade de saúde recebem visitas domiciliares pela equipe, neste caso foram recuperados no primeiro mês oito usuários faltosos representando 100%, no segundo e terceiro mês da intervenção não tivemos nenhum usuário faltoso a consulta representando 0% nestes dois meses. Durante todas as consultas, visitas domiciliares e atividades educativas são informadas sobre a importância de assistir as consultas planejadas pelos agentes comunitários de saúde.



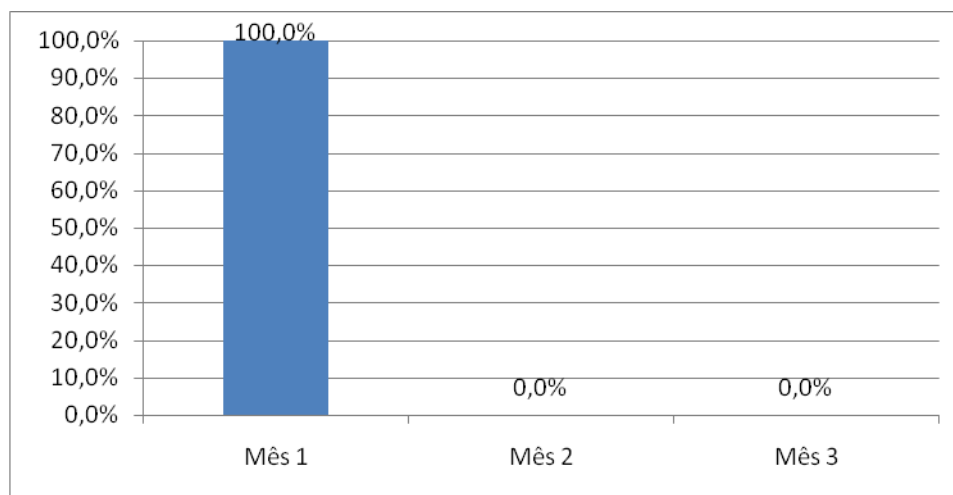
**Figura 6: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na UBS – Equipe de Saúde da Família número 2, Cobé, Vera Cruz/RN**

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão de diabéticos ao programa

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

Indicador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa entre o número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Na figura 7 neste indicador podemos dizer como foram realizadas as ações na busca dos usuários faltosos a consulta na UBS, a recepcionista é a encarregada de comunicar-lhe aos ACS os usuários faltosos a consulta e estes durante as visitas domiciliares são os encarregados de marcar a próxima consulta e orientar ao usuário a importância de comparecer à consulta, os que não podem vir a unidade de saúde recebem visitas domiciliares pela equipe. Neste caso foram recuperados no primeiro mês cinco usuários faltosos representando 100%, no segundo e terceiro mês não tivemos nenhum usuário faltoso a consulta representando 0%. Durante todas as consultas, visitas domiciliares e atividades educativas são informadas sobre a importância de assistir as consultas planejadas pelos agentes comunitários de saúde.



**Figura 7: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Cobé, Touros, RN.**

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

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

Indicador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento entre o número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Na unidade de saúde 100% dos usuários hipertensos têm histórias clínicas individuais e ficha de acompanhamento preenchidas com qualidade no primeiro mês foram 158 usuários, no segundo mês 233 usuários e no final da intervenção foram 277 usuários, a enfermeira e o médico são os encarregados de fazer a revisão todos os meses das histórias clínicas individuais e as fichas espelhos, as informações do SIAB são atualizadas de forma periódica todos os dias. Os agentes comunitários de saúde para levar um melhor acompanhamento destes usuários hipertensos cada um tem um caderno com todos os dados dos hipertensos. Na unidade de saúde foi criado um arquivo onde são colocadas as fichas espelhos no mês de sua próxima consulta e isto possibilita um melhor seguimento dos usuários hipertensos, facilitando a busca ativa dos usuários faltosos à consulta. Continua-se com a capacitação da equipe sobre a forma correta de preencher os registros para os acompanhamentos dos usuários hipertensos. Nas consultas, visitas domiciliares e atividades educativas os usuários são orientados sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, os usuários podem fazer cópias de seus histórias clínicas individuais.

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

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

Indicador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento entre o número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Na unidade de saúde 100% dos usuários diabéticos têm histórias clínicas individuais e ficha de acompanhamento preenchidas com qualidade no primeiro mês foram 64 usuários, no segundo mês foram 83 usuários e ao final da intervenção foram 100 usuários. A enfermeira e o médico são os encarregados em fazer a revisão todos os meses das histórias clínicas individuais e as fichas espelhos, as informações do SIAB são atualizadas de forma periódica todos os dias. Os agentes comunitários de saúde para levar um melhor acompanhamento destes usuários diabéticos cada um tem um caderno com todos os dados dos usuários diabéticos. Na unidade de saúde foi criado um armário onde são arquivadas as fichas espelhos

pelo mês da próxima consulta e isto possibilita um melhor seguimento de os usuários diabéticos, facilitando a busca ativa dos usuários faltosos à consulta. Continua-se com a capacitação da equipe sobre a forma correta de preencher os registros para os acompanhamentos dos usuários diabéticos. Nas consultas, visitas domiciliares e atividades educativas os usuários são orientados sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, os usuários podem fazer fotocópias de suas histórias clínicas individuais.

**Objetivo 5:** Mapear hipertensos de risco para doença cardiovascular

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

Indicador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular entre o número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Foi realizada a estratificação do risco Cardiovascular nas consultas do médico e a enfermeira a 100% dos usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde (no primeiro mês foram 158 usuários, no segundo mês 233 usuários e no final da intervenção foram 277 usuários). Para realizar esta avaliação foi levado em consideração os fatores de risco modificáveis ou não modificáveis e o escore de Framingham, em dependência desta avaliação dos usuários hipertensos foram planejadas as próximas consultas. Também durante as palestras, visitas domiciliares e consultas individuais os usuários hipertensos são orientados sobre estilos de vida saudáveis como manter uma alimentação balanceada, a realização de exercícios físicos, evitar o tabagismo, evitar o consumo de sal em excesso e o consumo de bebidas alcoólicas, todas estas ações são realizadas de forma permanente pelos membros da unidade de saúde.

**Objetivo 5:** Mapear diabéticos de risco para doença cardiovascular

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

Indicador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular entre o número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.



Foi realizada a estratificação do risco Cardiovascular nas consultas do médico e da enfermeira em 100 % dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde( no primeiro mês foram 64 usuários, no segundo mês foram 83 usuários e ao final da intervenção foram 100 usuários), para realizar esta avaliação observamos os fatores de risco modificáveis ou não modificáveis e o escore de Framingham, em dependência desta avaliação dos usuários diabéticos foram planejadas as próximas consultas. Também durante as palestras, visitas domiciliares e consultas individuais os usuários diabéticos são orientados sobre estilos de vida saudáveis como manter uma alimentação balanceada, a realização de exercícios físicos, evitar o tabagismo, evitar o consumo de sal em excesso e o consumo de bebidas alcoólicas, todas estas ações são realizada de forma permanente pelos membros da unidade de saúde.

**Objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos

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

Indicador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável entre o número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Todos os profissionais da unidade de saúde realizaram a 100% dos usuários hipertensos orientação nutricional sobre alimentação saudável, no primeiro mês foram 158 usuários, no segundo mês 233 usuários e no final da intervenção foram 277 usuários, isto foi feito nas consultas, visitas domiciliares, atividades educativas. A nutricionista do NASF participa todos os meses nestas atividades educativas e além todas as sextas-feiras ela realiza uma consulta na própria unidade de saúde possibilitando uma melhor assistência a estes usuários devido a que não ter que trasladar-se a outro lugar. Todas estas orientações continuam sendo realizada de forma permanente.

**Objetivo 6:** Promover a saúde de diabéticos

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

Indicador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável entre o número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Todos os profissionais da unidade de saúde realizaram a 100% dos usuários hipertensos orientação nutricional sobre alimentação saudável (no primeiro mês

foram 64 usuários, no segundo mês foram 83 usuários e ao final da intervenção foram 100 usuários), isto foi feito nas consultas, visitas domiciliares, atividades educativas. A nutricionista do NASF participa todos os meses nestas atividades educativas e além todas as sextas-feiras ela realiza uma consulta na própria unidade de saúde possibilitando uma melhor assistência destes usuários devido a não ter que transladar-se a outro lugar. Todas estas orientações continuam sendo realizada de forma permanente.

**Objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos

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

Indicador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física entre o número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Todos os hipertensos cadastrados na unidade de saúde são orientados sobre a importância da prática de atividade física de forma regular nas consultas (no primeiro mês foram 158 usuários, no segundo mês 233 usuários e no final da intervenção foram 277 usuários), visitas domiciliares e atividades educativas, nossa unidade conta com um preparador físico do NASF e além dele nossa área tem outro preparador físico da prefeitura que também realiza atividades com os usuários hipertensos, contamos com uma academia biosegura onde realizamos exercícios com a supervisão dos preparadores físicos dois dias da semana, promovemos a realização de caminhadas, pois esta área tem condições para isso, antes de começar as atividades físicas os preparadores físicos realizam a checagem do pulso. Foram realizadas palestras na unidade pelo o preparador físico do NASF aos usuários hipertensos e seus familiares. Os membros da equipe continuam a capacitação de forma permanente sobre a importância da realização de atividades físicas para prevenir complicações.

**Objetivo 6:** Promover a saúde de diabéticos

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

Indicador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física entre o número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Todos os diabéticos cadastrados na unidade de saúde (no primeiro mês foram 64 usuários, no segundo mês foram 83 usuários e ao final da intervenção foram 100 usuários) foram orientados nas consultas, visitas domiciliares e atividades educativas sobre a importância da prática de atividade física de forma regular, nossa unidade conta com um preparador físico do NASF e além dele nossa área tem outro preparador físico da prefeitura que também realiza atividades com os usuários diabéticos, contamos com uma academia biossaudável onde realizam exercícios dois dias na semana com a supervisão dos preparadores físicos, promovemos a realização de caminhadas todos os dias, antes de começar as atividades físicas os preparadores físicos realizam a checagem do pulso. Foram realizadas palestras na unidade pelo preparador físico do NASF aos usuários diabéticos e seus familiares. Os membros da equipe continuam a capacitação de forma permanente sobre a importância da realização de atividades físicas para prevenir complicações

**Objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos

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

Indicador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo entre o número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Nas consultas, visitas domiciliares e atividades educativas 100% dos usuários hipertensos cadastrados e atendidos na unidade de saúde (no primeiro mês foram 158 usuários, no segundo mês 233 usuários e no final da intervenção foram 277 usuários) recebem orientações sobre os riscos do hábito de fumar para sua saúde e todos conhecem da existência de tratamento para abandonar o tabagismo. No município tem um grupo de antitabagismo que realiza atividades educativas e palestras sobre os efeitos nocivos da fumaça para sua saúde e a de sua família, são realizadas também praticas educativas de grupo donde cada usuário expõe suas vivencias e quantos dias leva sim fumar, nestas consultas são utilizados medicamentos fornecidos pelo município.

**Objetivo 6:** Promover a saúde de diabéticos

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

Indicador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo entre o número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Nas consultas, visitas domiciliares e atividades educativas 100% dos usuários diabéticos cadastrados e atendidos na unidade de saúde (no primeiro mês foram 64 usuários, no segundo mês foram 83 usuários e ao final da intervenção foram 100 usuários) recebem orientações sobre os riscos de manter hábito de fumar para sua saúde e todos conhecem da existência de tratamento para abandonar o tabagismo. No município há um grupo de antitabagismo que realiza atividades educativas e palestras sobre os efeitos nocivos da fumaça para sua saúde e a de sua família, são realizadas também práticas educativas de grupo onde cada usuário expõe suas vivências e quantos dias leva sem fumar, nestas consultas são utilizados medicamentos fornecidos pelo município.

**Objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos

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

Indicador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal entre o número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

A todos os usuários hipertensos cadastrados e atendidos na unidade de saúde foram feitas orientações sobre higiene bucal, correta escovação dos dentes e das próteses dentárias (no primeiro mês foram 158 usuários, no segundo mês 233 usuários e no final da intervenção foram 277 usuários) representando 100%, isto foi realizado nas consultas, visitas domiciliares e atividades educativas mediante palestras. Os usuários que foram identificados com algum problema foram encaminhados à consulta da dentista.

**Objetivo 6:** Promover a saúde de diabéticos

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

Indicador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal entre o número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Todos os usuários diabéticos (no primeiro mês foram 64 usuários, no segundo mês foram 83 usuários e ao final da intervenção foram 100 usuários)

representando 100% dos usuários cadastrados e atendidos na unidade de saúde receberam orientações sobre higiene bucal, a forma correta de escovar os dentes e as próteses odontológicas, essas orientações foram realizadas nas consultas, visitas domiciliares e atividades educativas mediante palestras. Os usuários identificados com algum problema foram encaminhados à consulta da dentista.

## **4.2 Discussão**

A intervenção propiciou a melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e DM, na Unidade Básica de Saúde - Equipe de Saúde da Família número 2, Cobé do município Vera Cruz/RN. Incrementar a cobertura de usuários para essas duas ações foi possível, pois houve a organização dos serviços para um acolhimento de qualidade dos usuários, garantindo um atendimento de qualidade, exame físico completo, identificação de fatores de risco de cada usuário avaliado e dando orientações de promoção e prevenção de saúde, assim como fizemos novos cadastramentos com o preenchimento da ficha espelho com maior qualidade o que permite um controle mais adequado dos usuários que fazem parte do programa o que resultou de muita utilidade na prática diária no acompanhamento dos usuários faltosos a consulta. Nas consultas e VD foi feita a estratificação de risco de doenças cardiovasculares a estes usuários, dadas orientações sobre uma alimentação saudável, sobre a importância da realização de atividade física regular, sobre higiene bucal e os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças, assim como suas complicações, isto foi realizada pelos profissionais da equipe através de ações educativas nas consultas individuais e visita domiciliares e palestra com grupos de hipertensão e pessoas da comunidade, onde lhes explicava a importância de comparecer às consultas programadas na unidade de saúde.

A intervenção exigiu a capacitação sobre os protocolos que preconiza o Ministério da Saúde, nos Cadernos de Atenção Básica Hipertensão Arterial Sistêmica CAB-15 e Caderno de Atenção Básica Diabetes mellitus CAB-16, ambos de 2006, relativas ao rastreamento, diagnóstico, fatores de risco, tratamento e monitoramento dos usuários com HAS e DM, o que ajudou a uma melhor compressão do programa que era feito de uma forma diferente na unidade. Toda a equipe foi integrando-se a o

trabalho, médico, enfermeira, auxiliares de enfermagem, dentista, recepcionista e ACS. Todos os profissionais da unidade desempenharam suas atribuições, estabelecendo vínculos de compromisso do trabalho na equipe e de corresponsabilidade entre os profissionais e com a comunidade.

Antes da intervenção as atividades de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos eram concentradas no médico o qual fazia os acompanhamentos, o exame físico e a solicitação dos exames complementares. A intervenção reviu as atribuições dos membros da equipe organizando e viabilizando a atenção a um maior número de usuários do programa e da população geral. Os atendimentos clínicos realizados por parte da equipe têm sido de forma integral, conseguindo convencer aos usuários atendidos a fazer seus exames complementares. Com a melhoria no registro e agendamento dos usuários com HAS e DM foi possível uma otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. Todos os usuários têm diagnosticado seus fatores de risco e isto é importante para a priorização do atendimento dos mesmos, evitando gastos de recursos materiais desnecessários na solicitação de exames complementares, e também com a identificação dos riscos se conseguiu agendar consultas para NASF (nutricionista, psicólogos, terapêutico ocupacional e consulta antitabagismo). Estes usuários realizam atividade física com o preparador físico para diminuir estes fatores de risco.

A intervenção teve impacto na comunidade, pois com as atividades educativas e palestras realizadas as pessoas conheceram os fatores de riscos modificáveis que propiciam o aumento da pressão arterial e da glicose no sangue os quais são não manter uma alimentação saudável, não realizar atividades físicas, o habito de fumar, a ingestão de bebidas alcoólicas entre outros, tudo isto resultou no agendamento de consultas aos usuários hipertensos e diabéticos e aos que apresentavam fatores de risco para desenvolver estas doenças, nas visitas domiciliares realizadas pelo o médico, enfermeira, técnica de enfermagem e os ACS também foram realizadas ações de saúde para a população. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos alguns usuários sem cobertura. Ao incentivar a participação da comunidade no desenvolvimento das ações implementadas, criamos uma relação de participação entre os profissionais da UBS e a comunidade, facilitando a percepção dos benefícios e redução da barreira, aumentando a adesão dos usuários às consultas e a realização dos exames complementares.

Se fosse realizar a intervenção neste momento o que faria diferente seria dar um pouco mais de participação à comunidade no desenvolvimento das ações a serem implementadas para alcançar uma maior cobertura do programa de hipertensão e diabetes na comunidade e conseguir fazer os exames complementares desde o início da intervenção na unidade de saúde.

A intervenção já foi incorporada à rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, sendo realizado o acolhimento e exame clínico integral aos usuários hipertensos e diabéticos com a mesma qualidade que nos meses da intervenção, além do preenchimento da ficha espelhos dos usuários hipertensos e diabéticos atendidos e a solicitação dos exames complementares de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde. Os agentes comunitários de saúde nas visitas domiciliares continuaram com a busca ativa dos usuários faltosos a consulta. Faz-se necessário melhorar o tempo de entrega dos resultados dos exames complementares. Toda a equipe de trabalho da unidade continuará realizando atividades educativas aos usuários do programa e a comunidade com o apoio dos membros do NASF.

Pretendemos continuar ampliando na cobertura dos usuários hipertensos e diabéticos na comunidade, aproveitando o trabalho em equipe desenvolvido na unidade de saúde para organizar outros programas como Pré-natal e o programa de câncer de colo de útero e mama.

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

Caros Gestores,

Eu, Julio Lozano, participante da equipe de médicos do Programa Mais Médicos, inserido no curso de Especialização em SaúdeFamília - UFPEL e como requisito de conclusão deste curso foi realizada a intervenção, no período de fevereiro a maio de 2015, na UBS-ESF número 2 de Cobé, município Vera Cruz/ RN, que objetivou melhorar a atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus. Todas as ações que foram realizadas tiveram o apoio da gestão desde o início da intervenção providenciando os protocolos e as



fichas espelho, local adequado e todos os materiais necessários para a intervenção. Ao início da intervenção a equipe foi capacitada sobre os protocolos que preconiza o Ministério da Saúde, nos Caderno de Atenção Básica Hipertensão Arterial Sistêmica CAB-15 e Caderno de Atenção Básica Diabetes mellitus CAB-16, ambos de 2006, relativas ao rastreamento, diagnóstico, fatores de risco, tratamento e monitoramento dos usuários com HAS e DM.

Nas semanas da intervenção os ACS se dedicaram à atualização dos cadastros das pessoas com hipertensão e diabetes, identificando-se muitos usuários que não faziam um acompanhamento adequado de sua doença. A intervenção ajudou a melhorar o acolhimento aos usuários com hipertensão e diabetes garantindo um atendimento de qualidade pelos membros da equipe e fazendo um exame físico completo pelo o médico e a enfermeira, identificando-se os fatores de risco de cada usuário avaliado e dando orientações de promoção e prevenção de saúde pelos profissionais da equipe através de ações educativas nas consultas individuais, visita domiciliares e foram realizadas palestra com grupos de hiperdia e pessoas da comunidade, onde lhes explicava a importância de comparecer às consultas programadas na unidade de saúde, assim como fizemos novos cadastramentos com o preenchimento da ficha espelho com maior qualidade o que permite um controle mais adequado dos usuários que fazem parte do programa o que resultou de muita utilidade na prática diária no acompanhamento dos usuários faltosos a consulta.

A intervenção reviu as atribuições dos membros da equipe organizando e viabilizando a atenção a um maior número de usuários do programa e da população geral. Os atendimentos clínicos realizados por parte da equipe têm sido de forma integral, conseguindo convencer aos usuários atendidos a fazer seus exames complementares, os quais se fizeram de forma organizada no hospital do município ao início da intervenção e depois eram feitas as extrações de sangue na própria unidade de saúde e os usuários ficaram satisfeitos com o atendimento que tem recebido pela equipe. Com a melhoria no registro e agendamento dos usuários hipertensos e diabéticos foi possível uma otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. Todos os usuários hipertensos e diabéticos têm diagnosticado seus fatores de risco isto é importante para a priorização do atendimento dos mesmos, evitando gastos de recursos materiais desnecessários na solicitação de exames complementares, também com a identificação dos riscos para

encaminhamento e agendar consultas para nutricionista, psicólogos, terapêutico ocupacional e consulta antitabagismo, todas estas consultas são feitas na unidade de saúde. Estes usuários realizam atividade física com o preparador físico para diminuir etos fatores de risco todas a terça e quarta feria.

A intervenção esta incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, sendo realizado o acolhimento e exame clínico integral aos usuários hipertensos e diabéticos com a mesma qualidade que nos meses da intervenção. Faz- se necessário melhorar o tempo de entrega dos resultados dos exames complementares. Toda a equipe de trabalho da unidade continuará com o realizando atividades educativas aos usuários do programa e a comunidade com o apoio dos membros do NASF.Pretendemos continuar ampliando na cobertura dos usuários hipertensos e diabéticos na comunidade, aproveitando o trabalho em equipe para organizar outros programas como Pré-natal e o programa de câncer de colo de útero e mama.

E bom assinalar que o apoio da gestão possibilitou que a intervenção tenha sido um sucesso e que nossas metas de cobertura tenham sido alcançadas ao final da Intervenção 52,3%, correspondendo a 277 usuários hipertensos e 76,3%,correspondendo a 100 usuários diabéticos. Ainda continua o cadastro e atendimento dos novos usuários que se apresentarem.

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

Caros usuários,

Eu, Julio Lozano, participante da equipe de médicos do Programa Mais Médicos, inserido no curso de Especialização em Saúde Família - UFPEL e como requisito de conclusão deste curso foi realizada a intervenção, no período de fevereiro a maio de 2015, na UBS número 2 de Cobé, município Vera Cruz/ RN, que objetivou melhorar a atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus. Toda a equipe de profissionais participou desta intervenção com o objetivo de melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), isto foi conseguido graças primeiro ao trabalho em equipe, também pelo o trabalho desenvolvido pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que realizaram um cadastro prévio de todos os usuários com essas doenças e com risco de padecer estas doenças (individual ou familiar). Nossa equipe trabalhou incansavelmente para fazer o registro atualizado destes usuários que viviam em nossa área de trabalho, foi feito na comunidade atividades de promoção a saúde sobre a intervenção e os benefícios para a população, isto possibilitou que desde o início o número de consultas fosse aumentando devido ao crescente interesse destes usuários pelo atendimento de qualidade.

Os usuários da intervenção foram beneficiados pelo acolhimento e atendimento de qualidade, exame físico completo aos usuários, identificando-se os fatores de risco e dando orientações de promoção e prevenção de saúde, assim com fizemos novos cadastramento com o preenchimento da ficha espelho o que permitiu um controle mais adequado dos usuários que fazem parte do programa, o que resultou de muita utilidade na prática diária no acompanhamento dos faltosos a consulta.

Realizamos consultas individuais e visitas domiciliares a estratificação de risco de doenças cardiovascular, dadas orientações sobre uma alimentação saudável, sobre a importância da realização de atividade física regular, sobre higiene bucal e aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças, assim como suas complicações, palestra com grupos de hipertensos, diabéticos e pessoas da comunidade, a técnica de farmácia controlou semanalmente a existência de medicamentos de Hipertensão na farmácia popular e nos informou se havia ausência de qualquer medicamento e se os usuários o estavam recebendo suas medicações. O médico e a enfermeira realizaram, em todos os usuários que participaram da intervenção, exame bucal e encaminharam aqueles que necessitam de atendimento odontológico ao consultório do dentista.

A comunidade ganhou em conhecimento acerca da ação programática, foi feito o esclarecimento dos fatores de risco para desenvolver HAS e DM. Os ACS atualizaram o cadastro dos usuários nas visitas domiciliares, realizando esclarecimento à população sobre as características do programa de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, também realizam o recrutamento e agendamento das consultas dos usuários faltosos à consulta. A atuação da equipe propiciou o fortalecimento dos vínculos e a confiança dos usuários com a unidade de saúde, para isso foi realizado esclarecimento à população através de atividades educativas e palestras na sala de espera da unidade básica de saúde, nas escolas, mercados, fábricas e igrejas sobre a existência do programa de HAS e DM, vários outros temas relacionados à intervenção. Ainda foi formado um grupo que está realizando exercícios físicos com o preparador físico dois dias de cada semana, modificando os estilos de vida.

As palestras realizadas sobre o tema resultaram em agendamento de consultas, criando uma relação de participação entre os profissionais da UBS e a comunidade, facilitando a percepção dos benefícios e redução da barreira, aumentando a adesão dos usuários às consultas e a realização dos exames complementares. Agora a unidade de saúde dispõe de um dia por semana para coleta de amostras para exames complementares, esta medida tomada pela secretaria de saúde foi de grande impacto na comunidade.

O apoio da comunidade possibilitou que a intervenção tenha sido um sucesso e que nossas metas de cobertura tenham sido no final da Intervenção de 52,3%, correspondendo a 277 usuários hipertensos e 76,3%, correspondendo a 100 usuários diabéticos. A intervenção já faz parte da rotina da UBS. Pretendemos

continuar ampliando na cobertura dos usuários hipertensos e diabéticos na comunidade, aproveitando o trabalho em equipe para organizar outros programas como Pré-natal e o programa de câncer de colo de útero e mama.

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

Quando comecei o curso de especialização tinha muitas expectativas, uma em relação a como seria realizar um curso a distância em outro idioma que mesmo do ponto de vista técnico da língua da minha profissão ainda tinha algumas deficiências, também tinha algumas dúvidas sobre quão sério o relacionamento professor-aluno, desde que o curso seria a distância, ao início tive dúvidas se eu seria capaz de manter um trabalho estável com o envio das tarefas, já que, não tivemos ao começo internet e dependíamos da CIBER de computação particular.

O que tenho a dizer é que cada um dos medos e dúvidas que ocorreram, um por um foi resolvido, mais cedo do que imaginava. Destaco que tive ao decorrer do curso um acompanhamento especial, detalhe a detalhe e paciência pelo nossa

orientadora, que com exigência, mas com muito respeito soube guiar-me pelo caminho apropriado para a conclusão do curso, conseguindo alcançar um desenvolvimento na linguagem português e na qualidade das tarefas.

Por outro lado é importante reconhecer que graças à prefeitura de nosso município, em especial o Secretário de Saúde, que desde o início nos garantiu o acesso à internet, primeiro com um vizinho que morava perto da casa e, depois, no próprio domicílio permitindo assim realizar um trabalho estável na entrega de tarefas.

O significado e a relevância que teve e tem para mim o curso de especialização é que permitiu manter-me atualizado em relação às diferentes questões médicas, isto teve um impacto positivo na qualidade nos cuidados médicos que realizamos, não só o médico e a enfermeira, mas também todos os funcionários de nossa unidade, isso ocorreu pois todas estas lições foram transmitidas para cada membro da equipe, todos nós apropriávamos do conhecimento que nos são fornecidos ao longo do curso e melhoramos nosso trabalho em equipe.

Também nos manteve em uma constante atualização das diferentes doenças, alguns conhecidos e outros que enfrentávamos pela primeira vez na prática profissional, uma vez que alguns não ocorrem em nosso país, isto para mim é o mais importante, uma vez que o conhecimento e prática profissional para o médico é a ferramenta essencial em seu trabalho atual e futuro. Também nos permitiu o uso e a atualização das tecnologias de informação e comunicação (INTERNET), que não tivemos a possibilidade de utilizar até agora em nosso país.

Tudo que aprendi será de vital importância para toda a nossa prática profissional, só tenho que agradecer em primeiro lugar ao povo brasileiro que nos permite entrar em suas casas e em suas vidas, também o governo que nos deu a oportunidade de participar deste programa e todos os profissionais brasileiros da saúde que tornaram possível, a realização deste curso de especialização.

## Referências

A-BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus. Caderno de Atenção Básica- n 16.** Brasília DF. 2006.

B-BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica. Caderno de Atenção Básica- n 15.** Brasília DF. 2006.

C-BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção Clínica de Doenças cardiovascular, Cerebrovascular e renal Crônica. Caderno de Atenção Básica- n 14.** Brasília DF. 2006.

## **Apêndices**



**Apêndice A - Visita domiciliar a paciente hipertensa**

**Apêndice B –Visita Domiciliaria a pacientes com hipertensão e diabetes**

### Apêndice C – Reunião de Monitoramento com minha equipe



## Apêndice D – Paciente hipertensa acompanhada por sua ACS



## Apêndice E –Visita Domiciliaria a pacientes com hipertensão



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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

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

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante