

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma7**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou  
Diabetes Mellitus, na UBS Maria de Fátima do Nascimento, Água Nova/RN**

**Martha Sarmiento Olivera**

**Pelotas, 2015**

**Martha Sarmiento Olivera**

**Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, na UBS Maria de Fátima do Nascimento, Água Nova/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: Sérgio Vinícius Cardoso de Miranda

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

O48m Olivera, Martha Sarmiento

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Maria de Fátima do Nascimento, Água Nova/RN / Martha Sarmiento Olivera; Sérgio Vinícius Cardoso de Miranda, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

105 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. Miranda, Sérgio Vinícius Cardoso de, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a minha mãe por ser meu anjo da guarda, aminhas filhas, razão de ser de minha vida e a todo o povo brasileiro.

## **Agradecimentos**

Primeiramente a Deus todo poderoso, por me dar as forças que necessito para dar continuidade a minha vida todos os dias.

A minha família por esse amor infinito que nós une e pelo apoio incondicional, o que permite o desenvolvimento de meu trabalho no Brasil.

A todos os trabalhadores de saúde da UBS/ESF, meu eterno agradecimento, por converter-se em minha família neste país e compartilhar momentos muito agradáveis de alegria, amor, amizade e confraternização, mais também, de reflexão, sabedoria, trabalho e experiências, com quines aprendi muito e foram além protagonistas deste trabalho de curso.

A meus orientadores Melissa de Azevedo e Sérgio Vinícius Cardoso de Miranda, que com tão boa sorte tive dois, os que com suas orientações, dedicação, ajuda, ensino e profissionalismo fizeram possível a conclusão deste projeto.

Ao Ministério de Saúde por me permitir o desenvolvimento do Projeto de Intervenção em minha UBS, acrescentando-me como profissional da saúde.

Muito obrigada a todos.

## Resumo

OLIVERA, Marta Sarmiento. **Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes, na UBS Maria de Fátima do Nascimento, Água Nova/RN.** 2015. 105f. 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.

As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade no mundo atualmente, sendo que dentre os fatores de risco para o desenvolvimento de tais doenças, a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabete Mellitus desempenham papel preponderante, realidade que incita gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde a efetivar ações que visem o controle dessas doenças. A Unidade Básica de Saúde Maria de Fátima do Nascimento, situada no município de Água Nova/RN e a equipe de saúde da família, foram o local de desenvolvimento do projeto de intervenção, devido a dificuldades identificadas na ação programática de atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos na unidade de saúde antes da intervenção, com baixa cobertura no programa de atenção destes usuários, indicadores de qualidade dos atendimentos deficientes, inadequados registros, baixa adesão dos usuários e insuficientes ações de promoção e prevenção de saúde. Com o objetivo geral de melhorar a atenção aos usuários portadores destas doenças, o projeto foi desenvolvido através de ações que propiciaram um aumento da cobertura de atendimentos aos usuários e melhorando os indicadores de qualidade. A intervenção foi focalizada nos usuários hipertensos e diabéticos de 20 anos ou mais da população da UBS, sendo envolvidos na mesma um total de 343 usuários, deles 307 hipertensos e 91 diabéticos e realizada de acordo com os quatro eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Prévio ao início da intervenção foi realizado uma capacitação focada aos integrantes da equipe de saúde, assim como divulgação das ações para a comunidade, segundo as ações estabelecidas no cronograma de atividades. Uma vez organizados os equipamentos e insumos necessários, iniciamos a intervenção, tendo uma duração de 12 semanas. Após o término conseguimos atingir uma cobertura de 65,8% para os hipertensos e 79,1% para os diabéticos, estando acima da meta estabelecida inicialmente de 60% para ambas as ações. Foram realizados atendimentos de qualidade para este grupo, com a melhoria dos indicadores de acordo com os protocolos do Ministério de Saúde. Os exames complementares estão em dia e com prescrição de medicamentos da Farmácia popular/Hiperdia priorizada, com a totalidade de usuários com exame clínicos, avaliação de risco cardiovascular, assim como avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Foi realizada busca ativa para 100% dos faltosos às consultas. Além disso, a população alvo foi favorecida com ações educativas de promoção da saúde sobre: alimentação saudável, atividade física e higiene bucal. A intervenção foi incorporada totalmente na rotina do nosso serviço de saúde, promovendo o trabalho integrado da equipe, bem como a reorganização dos serviços em prol da melhoria da qualidade de vida da população em nosso município.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Maria de Fátima do Nascimento, Água Nova/RN, 2015.	73
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Maria de Fátima do Nascimento, Água Nova/RN, 2015.	74
Figura 3	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Maria de Fátima do Nascimento, Água Nova/RN, 2015.	75
Figura 4	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Maria de Fátima do Nascimento, Água Nova/RN, 2015.	76
Figura 5	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na unidade de saúde Maria de Fátima do Nascimento, Água Nova/RN, 2015.	77
Figura 6	Proporção de hipertensos com registro adequando na ficha de acompanhamento na unidade de saúde Maria de Fátima do Nascimento, Água Nova/RN, 2015.	79
Figura 7	Fotografia Reunião da equipe multidisciplinar de Saúde da UBS para o início das atividades.	96
Figura 8	Fotografia Visitas Domiciliares para os usuários com HAS e/ou DM realizada pela equipe de ESF.	96
Figura 9	Fotografia Dramatização realizada pelos ACS sobre o tabagismo em um grupo do Hiperdia.	97
Figura 10	Fotografia Atividade de Educação em Saúde com os usuários HAS e/ou DM.	97
Figura 11	Fotografia Capacitação da equipe sobre o protocolo do MS.	98
Figura 12	Fotografia Técnica de relaxamento muscular realizada no grupo Hiperdia.	98
Figura 13	Fotografia Prática de Atividades Físicas realizadas pelo Educador Físico do NASF.	99
Figura 14	Fotografia Parceria do NASF com a equipe de ESF visando qualidade de vida para os usuários com HAS e/ou DM.	99

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

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EPS	Educação Permanente em Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HiperDia	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PCD	Planilha de Coleta dos Dados
RN	Rio Grande do Norte
SB	Saúde Bucal
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
Unasus	Universidade Aberta do SUS
VD	Visita Domiciliar



## 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 .....	22
2.1 Justificativa .....	22
2.2 Objetivos e metas .....	23
2.2.1 Objetivo geral .....	23
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	24
2.3 Metodologia .....	25
2.3.1 Detalhamento das ações .....	25
2.3.2 Indicadores .....	54
2.3.3 Logística .....	60
2.3.4 Cronograma.....	65
3 Relatório da Intervenção.....	65
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	68
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	70
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	70
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	70
4 Avaliação da intervenção.....	72
4.1 Resultados.....	72
4.2 Discussão .....	83
5 Relatório da intervenção para gestores .....	87
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	90
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	92
Referências .....	94
Apêndices.....	95
Anexos. ....	100

## **Apresentação**

O presente volume trata do trabalho de conclusão de curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade de Ensino a Distância, promovido pela Universidade Federal de Pelotas – UFPel. O trabalho trata-se de uma intervenção que objetivou melhorar a qualidade da atenção à saúde dos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde Maria de Fátima do Nascimento, no município de Água Nova /RN.

O texto está organizado em unidades, correspondendo a sete capítulos. No capítulo 1 foi realizada a Análise Situacional, com a observação do município, território, estrutura física da unidade de saúde e o processo de trabalho da equipe. No capítulo 2 apresento a Análise Estratégica, através da elaboração do Projeto de Intervenção, que foi implantado na prática diária da equipe, com a realização das ações durante 12 semanas.

No capítulo 3 apresento o relatório da intervenção, com a descrição das ações previstas e desenvolvidas, as que não foram desenvolvidas e os motivos, os aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados e a viabilidade da incorporação das ações à rotina da equipe. No capítulo 4 encontra-se a avaliação da intervenção, com a apresentação dos gráficos correspondentes aos indicadores de saúde trabalhados, os resultados encontrados e uma discussão sobre as ações desenvolvidas.

No capítulo 5 apresento o relatório da intervenção para gestores, no capítulo 6 o relatório da intervenção para a comunidade e no capítulo 7 a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem durante o curso de especialização.

No final do volume aparecem as referências bibliográficas, assim como os apêndices e os anexos utilizados. O curso de especialização teve seu início no mês Junho de 2014 e sua finalização ocorreu no mês de Setembro de 2015.

## **1 Análise Situacional**

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

O município de Água Nova, pertencente ao estado do Rio Grande do Norte, tem o clima predominante de altas temperaturas com poucas chuvas e semidesértico. A principal atividade econômica é a agricultura, sendo os principais cultivos de milho e feijão, além a criação de gado. O município é afetado pela disponibilidade limitada de água, produto da seca recorrente na região, elementos a considerar para a análise da situação de saúde na população.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) “Maria de Fátima do Nascimento” tem uma população estimada de 3.064 habitantes, com uma ótima infraestrutura física, com um prédio que foi construído recentemente, contando com sala de recepção, sala de espera, sala de triagem, sala de vacinas, sala de curativos, sala de observação, dois consultórios (médico e de enfermagem), sala de esterilização, farmácia, sala de reuniões, copa/cozinha e banheiros para os usuários e funcionários. Conta ainda com mobiliários, equipamentos e medicamentos apropriados para oferecer os serviços básicos de atendimentos da população.

A Equipe de Saúde da Família está composta pela médica, a enfermeira, a técnica de enfermagem, a auxiliar de enfermagem, e cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Possuímos ainda uma equipe odontológica, composta por dentista e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e o apoio matricial de um Núcleo de Saúde da Família (NASF). Todas essas equipes são empenhadas para desenvolver uma atenção integral e continuada de saúde para a população. São fornecidos serviços básicos para a realização de exames laboratoriais, serviço de farmácia, e Fisioterapia. É significativo o trabalho que é realizado em equipe com planejamento das ações de saúde da Atenção Primária a Saúde (APS).

A população está distribuída em área urbana e rural tendo 100% de cobertura para a saúde através da Estratégia Saúde da Família (ESF). Temos identificados como principais problemas de saúde as doenças não transmissíveis como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) o que corresponde à tendência mundial. Também predominam infecções respiratórias, Dengue e outros fatores de risco como: alcoolismo, excesso no consumo de sal, gorduras e dependência de drogas psicotrópicas.

A participação dos profissionais de saúde da UBS nas reuniões da equipe ocorre semanalmente, onde são planejadas ações de saúde, já que possuímos uma alta demanda espontânea de usuários para consultas. Nessas reuniões de equipe dialogamos sobre a necessidade de reorganizar as ações e serviços de saúde que estão sendo ofertadas, além do processo de trabalho da equipe.

Acreditamos que os atendimentos crescentes por demanda espontânea é uma dificuldade que atrapalha nosso trabalho baseado na estratégia de saúde da família, embora, que são realizadas consultas agendadas para o atendimento das grávidas, crianças, consultas de prevenção, assim como também são planejadas as Visitas Domiciliares (VD) semanalmente. Os encaminhamentos para as especialidades médicas e alguns exames complementares são geridos pela secretaria de saúde. Nosso município não tem consultas especializadas, há falta de rede de atenção e existência de contra referência por parte dos especialistas.

Desde o início do trabalho estamos tentando modificar a organização do sistema de atendimento focalizado só para a saúde curativa em medicina preventiva e promoção de saúde, permitindo a construção de estratégias para a mudança da realidade atual. Considero que é uma fortaleza a existência de um Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, que vem buscando diminuir as discrepâncias no atendimento da população, e que vem se materializando também com a contribuição do Programa Mais Médicos.

Estamos conseguindo alguns progressos apesar do curto espaço de tempo decorrido nesta caminhada, mas com o nosso ritmo lento, conseguiremos o engajamento público e a participação da comunidade para a solução de seus problemas de saúde. A população de Nova Água mostra-se apreensiva e participativa nas atividades de saúde desenvolvidas no município. Elemento muito importante na solução de suas necessidades e problemas de saúde, participando

nos programas de exercícios físicos para os Idosos para melhorar a qualidade de vida.

Foi realizada em nossa cidade uma caminhada para o combate à Dengue com excelente participação da comunidade, também há evidências de outras ações em vários programas de saúde, como a atenção as gestantes, onde estas estão ativamente envolvidas na capacidade de resposta das audiências de saúde, palestras educativas e outras atividades. Outra ação que podemos citar, onde ocorreu o destaque da participação social e comunitária foi implantado o trabalho durante a epidemia de dengue, que afetou nossa cidade. Graças a todo o trabalho de gestores de saúde, prefeitura municipal, trabalhadores da saúde, e demais profissionais da administração pública, em conjunto com a população, conseguindo superar essa epidemia. Estamos trabalhando para dar continuidade a essas ações de engajamento público e trabalho em equipe, em diversos programas para melhorar a qualidade dos serviços ofertados por nossa equipe de ESF, bem como a qualidade de vida da comunidade.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O município de Água Nova, do estado Rio Grande do Norte, está localizado na mesorregião Oeste Potiguar e pertence à microrregião da Serra de São Miguel, conta com população de 3.064 habitantes de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE,2014). O clima na região é predominante semiárido, de altas temperaturas com poucas chuvas. Nosso município, como muitas cidades nordestinas apresenta baixa disponibilidade de água produto da seca o qual favorece o incremento de várias doenças.

O índice de desemprego é considerado alto, tendo em conta a baixa disponibilidade de empregos no município. O sistema educacional está bem desenvolvido, mas na população adulta existe grande número de habitantes com nível de ensino incompleto e alguns analfabetos. Do ponto de vista social tem poucos espaços de distração para a população de adolescentes e jovens, não possuindo praças e só tem uma área aberta para a prática de esportes, fundamentalmente de futebol. No município é realizada atividades culturais como festas programadas anualmente, como: Festa da padroeira da cidade, Comemoração do aniversário da cidade entre outras.

Em relação ao sistema de saúde, o município conta com uma UBS urbana: “Maria de Fátima do Nascimento” com o modelo de atenção centrado na Estratégia de Saúde da Família, composta atualmente por uma Equipe de Saúde, que atende tanto a população da área urbana como a população da zona rural. A equipe de ESF está integrada pela médica, enfermeira, técnica de enfermagem e cinco ACS. Todos empenhados pela atenção integral e continuada da saúde da população. O município também dispõe de atendimento de Saúde Bucal, oferecida através da equipe formada por cirurgião dentista e ASB. Nestes momentos nosso município, está em fase de aquisição de uma nova Equipe de Saúde, que seria a encarregada dos atendimentos da população na zona rural “Serra das Almas” mas, por enquanto nossa equipe dá cobertura de atendimento a toda à população do município e desenvolve a intervenção na totalidade da população da área de abrangência da UBS.

A equipe de ESF conta com o apoio matricial do NASF, composta por nutricionista, assistente social, professor de educação física e fisioterapeuta que prestam serviço no âmbito da UBS e em estreita inter-relação com a comunidade. O município, não tem disponibilidade de Centro de Especialidades Odontológicas, atenção especializada, nem serviço Hospitalar, tendo como referência o Hospital Regional do município de Paus dos Ferros, que fica a 116 km da nossa cidade.

No município de Água Nova são fornecidos serviços de Farmácia e serviços básicos para a realização de testes laboratoriais duas vezes por semana. O vínculo da unidade com o SUS é adequado com boas inter-relações de trabalho, cumprindo as orientações indicadas na infraestrutura física, assim como com o envio de informações sistemáticas de todas as ações realizadas no processo de trabalho e outras, solicitadas pelo Ministério de Saúde (MS). As equipes de saúde possuem vínculo Inter setorial com as instituições de ensino fundamental e médio da cidade, onde se desenvolvem ações de conjunto educativas e de prevenção, com projeção dos profissionais de saúde as escolas para a realização destas atividades.

Detalhando sobre as características físicas estruturais da UBS, a mesma é de nova construção, tendo aproximadamente 15 meses de funcionamento após sua construção. Com ótima infraestrutura, apresenta uma ambiência adequada, com uma atenção acolhedora e humana, tanto para os trabalhadores e profissionais de saúde, quanto para os usuários. Conta com sala de espera, área de recepção, e arquivo de prontuários os quais fazem parte do mesmo ambiente interno, cada um

dos serviços apresentam placas de identificação. A ventilação e iluminação são adequadas, tem janelas que permitem a iluminação natural e nas áreas mal ventiladas apresentam ventiladores para melhorar a circulação de ar.

Os materiais de revestimento das paredes, tetos e pisos são de superfície lisa e algumas são laváveis. Para o acesso de pessoas deficientes tem portas com dimensões ampliadas, rampas alternativas, os banheiros possuem espaço suficiente para usuários de cadeiras de rodas e o piso é antiderrapante. Além tem sala de reuniões, utilizada também para reuniões com agentes de saúde, sala de administração e gerência, farmácia, com área para dispensação mínimas e para armazenamento de medicamentos, entre outros espaços.

Para o atendimento clínico conta com dois consultórios compartilhados pelos profissionais e um consultório odontológico, sala de curativos e de administração de medicamentos, sala de coleta de material para análise clínica e sala de observação. A sala de vacina está localizada de acordo o manual do MS. Também tem outras áreas de apoio como: banheiros, copa/cozinha, área de serviço, controle de material e esterilização. Apresenta ainda depósito para o lixo contaminado ou não, eles são recolhidos três vezes por semana através da prefeitura.

Com respeito às atribuições desenvolvidas pela equipe de saúde, todos os profissionais participam do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação com identificação das diferentes microáreas, sinalização dos equipamentos sociais e redes sociais da comunidade. São identificados os grupos de família e grupos de agravos (HAS, DM, Tuberculose, entre outros) é realizada a busca ativa de usuários faltosos às ações programáticas pelos ACS. São realizados atendimentos de urgências e pequenos procedimentos de cirurgia. Mesmo assim a equipe de saúde realiza ações de cuidado domiciliar para o qual existe um levantamento dos usuários que precisem da mesma e são programadas semanalmente as visitas domiciliais.

São desenvolvidas ações educativas em saúde dirigidas a grupos prioritários (idosos, gestantes, crianças, adolescentes, hipertensos, diabéticos) de forma sistemática com participação da equipe de saúde, e os integrantes do NASF (nutricionista, educador físico e fisioterapeuta). A ESF participam no planejamento, implementação, monitoramento e avaliação das ações de saúde, priorizando os grupos de risco assim como em atividades de qualificação profissional da atenção à

saúde para transformação das práticas, e participa do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

A população da área adstrita está composta por 3.064 habitantes, destes 1.544 do sexo feminino e 1.520 do sexo masculino, destes 60,87% vivem em área urbana e 39,13% nas zonas rurais do município. Observa-se que o tamanho da população da área de abrangência é adequado para o número da equipe de ESF em nossa UBS segundo preconizado pelo MS. Na UBS o processo de acolhimento do usuário é uma prática presente em todas as relações de cuidado, e é realizado em todos os espaços de atendimento e por toda equipe de saúde. A totalidade dos usuários que chegam, têm suas necessidades escutadas em um tempo de cinco até dez minutos.

Sobre a atenção à demanda espontânea, desde os trabalhadores da recepção que realizam a primeira escuta do usuário até os demais profissionais de saúde executam intervenções e procedimentos que não só precisam do atendimento médico, abreviando o fluxo do usuário na unidade. Todos os usuários que precisam de atendimento por problemas agudos de saúde imprevistos sem prévio agendamento, assim como os que precisam atendimento imediato/prioritário são atendidos pelos profissionais de saúde dando resposta a sua demanda ou necessidade sentida pelo usuário.

Para lidar a excessiva demanda espontânea por atendimentos no dia a equipe se procura em aperfeiçoar cada dia mais no planejamento das ações de saúde que são oferecidas na unidade, além disso, realiza um trabalho de orientação e sensibilização da população sobre a necessidade de ser atendido em outro dia, já planejado, se sua demanda não é prioritária. Onde a orientação por parte de toda equipe é indispensável, sempre tendo em conta o risco biológico e vulnerabilidade social.

As ações referentes à atenção à Saúde da Criança são realizadas em nossa UBS, com o atendimento de Puericultura de forma integral e continuada para a faixa etária de zero a 72 meses, ofertando-se um acompanhamento integral e de qualidade, mas ocorrem faltosas as consultas em maiores de um ano, o qual é focado nas atividades educativas em saúde dirigidas às mães, uma vez que elas não conscientizam sobre a importância da continuidade do atendimento das crianças passado o primeiro ano de vida e só assistem a consulta quando apresentam uma doença que requeira assistência médica. De acordo com os dados do Caderno de



Ações Programáticas (CAP), a cobertura nessa ação programática é de 98% (44 crianças).

Os atendimentos de Puericultura são agendados pelos ACS e a consulta é realizada pela enfermeira, com um ótimo acolhimento e escuta das necessidades, e sempre diante uma situação que precise avaliação pelo médico somos chamados e se realiza avaliação conjunta para estabelecer condutas clínicas e orientações dirigidas a doenças detectadas. A próxima consulta é planejada e agendada nas reuniões da equipe e previamente avisada às mães pelos agentes comunitários de saúde nas visitas domiciliar.

A unidade oferece atendimento de problemas de saúde agudos para todas as crianças da área de cobertura, independentemente da idade. As ações de saúde para este grupo etário estão estruturadas de forma programáticas, segundo o protocolo de atendimento de puericultura produzido pelo Ministério de Saúde (Cadernos de atenção básica: Saúde da criança). Várias são as ações desenvolvidas no cuidado às crianças com especial priorização às ações educativas sobre: aleitamento materno, hábitos alimentares saudáveis, sobre importância das vacinas, prevenção de anemia, importância das consultas para avaliação do crescimento e desenvolvimento das crianças, saúde bucal entre outras. O atendimento das crianças são registrados nos prontuários clínicos, fichas- espelho de vacinas, ficha de atendimento individual e em livro de registro interno da UBS, além que todas as informações atuais referentes as consultas são preenchidas na caderneta da criança. São desenvolvidos na UBS Programas do Ministério de Saúde como: Bolsa Família, Saúde de ferro, e aplicação de Vitamina A, favorecendo estes grupos de idade e onde participam além da equipe de saúde, a nutricionista e a assistente social.

Todas as ações se iniciam com a visita domiciliar que recebe o binômio mãe-recém nascido no contexto familiar pelo ACS e a Equipe de Saúde, após a sua chegada da maternidade, onde se dá orientações sobre o cuidado de ambos, bem como ressaltar a importância da consulta na USB até os sete dias, e se oferece ações educativas sobre aleitamento materno, imunizações, importância da coleta de sangue para o teste do pezinho, além de um olhar às condições higiênico sanitárias da vivenda e ao aspecto biopsicossocial no contexto familiar. Um aspecto a ser levado em conta é a adesão da equipe de odontologia na atenção às crianças, não

só para o atendimento das doenças agudas que podam ocorrer, mas também nas ações educativas preventivas e de avaliação da saúde bucal.

Com relação à atenção pré-natal se realiza atendimento as gestantes através de consultas em dia de acordo com o calendário do Ministério de Saúde e segundo Protocolo de atenção ao pré-natal de baixo risco (Caderno de Atenção Básica, nº 32). Estas consultas de atendimento são realizadas pela enfermeira e pela médica, em consultas intercaladas. Iniciam o pré-natal no primeiro trimestre 93% (28 gestantes), e na primeira consulta a todas se solicitam os exames de laboratórios preconizados. Todas as gestante tem vacina ao dia, além se realiza prescrição de suplementos: Sulfato Ferroso e Ácido Fólico para 100% das gestantes segundo protocolos para prevenção da anemia durante a gestação.

Todas estas indicações, orientações e informações são preenchidas no cartão de pré-natal que possui a gestante e em outros registros afim da unidade. A médica realiza a avaliação e classificação de risco gestacional, e além das consultas programadas, são oferecidos atendimentos para os problemas de saúde agudos, no caso de precisar de encaminhamento a outros níveis do sistema de saúde. Um indicador que deve ser analisado com atenção é a avaliação da saúde bucal, já que a maioria das gestantes só recebem atendimento odontológico quando estão com queixas. A cobertura da atenção a gestantes no CAP é de 65% (30 gestantes).

Como parte do atendimento integrado são desenvolvidas ações educativas em saúde tanto de forma individual em cada consultas como atividades com grupos de gestantes, no âmbito da UBS, onde participam além da equipe de saúde, os ACS e os integrantes do NASF: nutricionista, educador físico, assistente social e fisioterapeuta, participando aproximadamente 80% das gestantes e focadas em diferentes temas. A equipe de saúde realiza as ações de planejamento, gestão e coordenação das ações do Programa de Pré-natal.

Da mesma forma o Puerpério precisa de especial atenção para evitar agravos maiores. A cobertura no CAP para essa ação é de aproximadamente 51% (23 puérperas). Os profissionais de saúde da equipe, em especial médica e enfermeira realizam visitas domiciliares para todas as puérperas, na primeira semana após a alta do recém-nascido. Nestas visitas são realizadas orientações, assim como se agenda consulta de puerpério até 42 dias após o parto com exame físico geral e ginecológico.

No que se refere ao Câncer do Colo de Útero e o Câncer de Mama, na UBS são realizadas a coleta do exame citopatológico uma vez por semana, pela enfermeira, que investiga os fatores de risco para estes tipos de cânceres. Não existe registro da quantidade de mulheres com exame citopatológico alterado nos últimos três anos e por tanto desconhecemos quantas delas foram acompanhadas de acordo com o protocolo. Na UBS existe protocolo de controle dos cânceres do colo do útero e da mama, produzido pelo Ministério de Saúde no ano 2013(Cadernos de atenção básica, nº13), mais considero que tem sido pouco utilizado para o desenvolvimento das ações de prevenção destas doenças. A partir da incorporação da médica na equipe, este ano temos duas mulheres com exame citopatológico alterado que consultaram e foram encaminhadas para o Ginecologista para avaliação e colposcopia. A cobertura no CAP para essa ação é de 483 mulheres para um 63%.

O registro das mulheres com realização de exame citopatológico é realizado em livro interno da equipe, no prontuário clínico e formulário especial para citopatológico. A enfermeira conta com um livro são anotadas informações das mulheres que captadas de forma organizada ou aquelas que de forma oportunista acessam a UBS e outro livro onde são anotados os resultados dos exames realizados; e no caso do câncer da mama o resultado mamográfico é registrado no prontuário clínico e se for positivo em no livro de registro do câncer da mama. Para o câncer de mama os dados do CAP evidenciam aproximadamente 36% de cobertura o que corresponde a 83 mulheres.

A revisão destes arquivos é realizada pela enfermeira e técnica de enfermagem e pelo médico, embora não tem periodicidade definida nem sistemática. A enfermeira é a encarregada de realizar as ações de planejamento, gestão e coordenação destes programas, com o apoio do médico, a técnica de enfermagem e dos ACS. A equipe de saúde desenvolve ações educativas grupais com mulheres no âmbito da UBS focado nas ações de prevenção para estas doenças.

Nossa equipe tenta em providenciar um arquivo independente para identificar a periodicidade com que cada usuária deve realizar o exame preventivo, permitindo assim conhecer as faltosas para poder insistir direta e individualmente em cada uma delas para a realização do exame.

Com respeito à atenção aos usuários com HAS e/ou DM, as estratégias preventivas não farmacológicas de controle para estas doenças em nossa UBS são

realizadas através de ações educativas de saúde, em grupo ou individuais. Em cada atividade são focadas diferentes temáticas como a orientação de hábitos alimentares saudáveis, ações que orientam sobre os malefícios do tabagismo e consumo excessivo do álcool e de sal. Também são realizadas de forma contínua a estimulação da prática regular da atividade física em conjunto com o Educador físico do NASF quem desenvolve o Programa de academia em saúde, com frequência de três vezes na semana.

Nestas atividades com os usuários hipertensos e usuários diabéticos também são realizadas ações para o controle do peso corporal onde todos os usuários são avaliados pela nutricionista do NASF, enfermeira e médica da equipe, com a mensuração do peso corporal. A atenção a estas doenças se leva de forma contínua, integral e multidisciplinar participando a equipe de saúde assim como os integrantes do NASF. Existe na UBS Protocolos para o cuidado da pessoa com doença crônica: DM e HAS produzido pelo Ministério de Saúde.

Não existe um arquivo específico para os registros dos atendimentos dos adultos com HAS e DM, estes são registrados no prontuário clínico e na ficha de atendimento individual. Em relação à saúde bucal estes usuários assistem ao serviço de odontologia só se precisar atendimento pôr problemas agudos. Na UBS existe o Programa de Atenção ao usuário com HAS e/ou DM do Ministério de Saúde e os ACS são os responsáveis do cadastramento dos usuários.

São desenvolvidas atividades com grupos de adultos portadores de HAS e DM no âmbito da UBS assim como se aproveitam outros espaços comunitários para sua realização, cujas atividades ainda têm baixo percentual de participação, muitas vezes, relacionada à dificuldade de locomoção dos portadores bem como por morar longe da unidade, onde a equipe aproveita o ato da visita domiciliar para ofertar ações educativas individuais e para a família.

A respeito da estimativa do número de usuários hipertensos e usuários diabéticos com 20 anos e mais, verificou-se que é de 466 para a HAS e 115 para a DM o qual está muito distante da realidade encontrada, já que só aparecem registrados 152 hipertensos e 35 diabéticos, para uma cobertura de 33% e 30% respectivamente. Esses porcentagens registrados são baseados nas estimativas fornecidas pelo CAP disponibilizados pelo curso e correspondem à totalidade da população da área de abrangência da UBS, mostrando a existência de uma baixa cobertura do Programa de Atenção aos usuários com HAS e/ou DM.

É de considerar que o número de usuários hipertensos e usuários diabéticos atendidos na área de residência é maior que o que aparece registrado, que como assinalado existe subregistro dos mesmos. A equipe deve estar traçando estratégias de adequação na informação, com um registro de casos de incidência e prevalência para estas doenças mensalmente, além da busca ativa dos usuários.

Na UBS são realizados atendimentos para a Saúde da Pessoa Idosa, todos os dias da semana, nos dois turnos. Estas ações são realizadas de forma contínua, integral e multidisciplinar participando toda a equipe de saúde da ESF e SB, assim como Educador físico, Nutricionista, Assistente Social e Fisioterapeuta do NASF. Ao final da consulta os idosos são informados sobre a data da próxima consulta. OS ACS estão em contato permanente com os idosos, através das visitas domiciliares, além de que os idosos que estão acamados ou possuem dificuldade de locomoção são visitados de forma planejada pelo médico, enfermeira e dentista da equipe. Também são realizados encaminhamentos para outros níveis do sistema de saúde para atendimento nas especialidades, para internação hospitalar, para atendimento em pronto socorro. A UBS não tem o protocolo de atenção à saúde da pessoa idosa em material impresso.

Não existe um arquivo específico para os registros dos atendimentos dos idosos, estes são registrados no prontuário clínico e na ficha de atendimento individual, além de existir um livro interno de registro de atendimento para todos os usuários. São desenvolvidas ações educativas no cuidado aos idosos, assim como em outros espaços comunitários, sendo relativamente baixo o percentual de participação. Estas ações são focadas em diferentes temáticas como é a orientação de hábitos alimentares saudáveis, estimulação à prática regular da atividade física, prevenção de quedas e sobre doenças frequentes nos idosos.

A respeito da cobertura do Programa de Saúde do Idoso na área segundo estimativa é eficiente, comportando-se em 96% (318 idosos) de acordo com dados do CAP disponibilizado pelo curso de especialização. Em relação aos indicadores de qualidade, eles são avaliados em cada consulta de forma integral, com avaliação multidimensional rápida, avaliação de risco para morbimortalidade, e classificação por doenças crônicas entre outros, sendo registrados nos prontuários.

Refletindo sobre o trabalho da equipe de Saúde Bucal em nossa UBS, o mesmo realiza um trabalho muito positivo referido a sua organização no processo de trabalho procurando reverter os indicadores de qualidade como é: a razão entre as

primeiras consultas programáticas e os atendimentos não programados, assim como incrementar o número do plano de tratamento concluído. Se realizam de forma sistemática ações educativas sobre higiene e saúde bucal nas escolas, creche e na população geral além com grupos prioritários, bem como se procura perfeição a coleta de dados de informação referente ao serviço que brindam. A população tem muita boa aceitação do trabalho da equipe de saúde bucal pelo acolhimento, organização no trabalho, procedimentos clínicos e ações educativas que realizam.

Conforme análise da situação em nossa UBS, conclui-se que a ESF tem muitos desafios para serem enfrentados visando melhorar os processos de trabalho da equipe. O mais importante é que temos uma equipe unida e muito eficiente, sempre disponível para traçar estratégias que minimizem os problemas detectados durante a análise situacional e no dia a dia de atendimentos.

Considero que com o desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família e o trabalho em equipe desde o ponto de vista assistencial até o educativo, tem tido um dos pontos positivos na melhoria da sistematização, continuidade e acompanhamento dos usuários do território, assim temos muitas ações para serem organizadas para a avaliação dos indicadores de qualidade.

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

Após a leitura do texto apresentado sobre a Situação ESF/APS em meu serviço e fazendo uma comparação com o Relatório da Análise Situacional, acredito que toda a equipe de saúde conseguiu adquirir uma visão mais crítica e reflexiva sobre o processo de trabalho que estamos desenvolvendo e as características do território de atuação, UBS e equipe, com um olhar mais profundo que vai permitir a nossa equipe uma sistematização e o planejamento e organização de ações que ajudem na solução dos problemas detectados, considerando as evidências, as quais foram reconhecidas a partir dos indicadores de cobertura e de qualidade e dos protocolos do MS estudados.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

No contexto mundial é cada vez maior a incidência e prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, com elevados índices de morbimortalidades por estas causas, com um papel primordial da HAS e DM que representam os maiores problemas em Saúde pública no mundo e no Brasil, gerando elevado custo médico e social, constituindo-se em fatores de risco mais relevantes para o desenvolvimento de doenças e complicações cardiovasculares. É importante assinalar que estas doenças são potencialmente controláveis, onde as ações educativas e preventivas desempenham papel muito importante, pois podem proporcionar mudanças nos comportamentos e estilos de vida dos usuários que permitiram um controle adequado destas doenças, principalmente pela ESF (BRASIL, 2013b).

A UBS Maria de Fátima do Nascimento está localizada no município Água Nova/RN, com uma ótima infraestrutura física e com mobiliários, equipamentos e medicamentos apropriados para oferecer os serviços básicos de atendimentos da população. A UBS é urbana, com modelo de atenção centrado na ESF, atualmente conta com uma equipe de saúde, mas está em fase de conformação uma nova equipe que atenderá a população da área rural. Atuam a médica, a enfermeira, a técnica de enfermagem e cinco ACS, além da equipe de SB com dentista e ASB. A intervenção acontecerá tanto na área urbana como na área rural, sendo incluída

toda à população da UBS. A população da área adstrita está composta por 3.064 habitantes, destes 1.544 do sexo feminino e 1.520 do sexo masculino.

A HAS e DM constituem a primeira causa de atendimento nas consultas na UBS, tendo uma alta incidência e prevalência na nossa população e mesmo assim existe um elevado número de faltosos as consultas, a grande maioria dos usuários são acometidos por ambas as doenças, assim como constatamos o descontrole no tratamento devido o abandono e inadequada adesão a medicação, assim como maus hábitos de alimentação, e a presença de diferentes fatores de risco como: sedentarismo, obesidade, dislipidemias e alcoolismo. Foi realizada a Análise Situacional na UBS onde se constatou que só aparecem registrados 152 hipertensos para uma cobertura de 33% e 35 diabéticos para um 30% de cobertura, tendo em conta que a estimativa de hipertensos e diabéticos com 20 anos e mais é de 466 para a HAS e 115 para a DM, segundo dados baseados no CAP disponibilizados pelo curso, demonstrando a existência de uma baixa cobertura nesses programas,

Diante da realidade justifica-se a intervenção como a necessidade de atuação frente às necessidades de saúde destes usuários. A realização de ações de forma eficaz que podem minimizar os problemas futuros que desencadeiam estas duas doenças, além da instituição de medidas de educação em saúde para a população alvo e comunidade em geral. Buscaremos também melhorar o atendimento a estes usuários e que passe a ser realizado de forma integral, contínua, planejada, com avaliação de risco cardiovascular de forma sistemática. Nesse sentido espera-se que este projeto de intervenção venha estimular e estruturar as ações de vigilância, promoção da saúde e prevenção de forma integrada e com envolvimento dos profissionais da saúde, gestores, comunidade e usuários.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na área de abrangência da UBS Maria de Fátima do Nascimento, Água Nova/RN.



## 2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

### **2.3 Metodologia**

O presente Projeto de Intervenção será desenvolvido no primeiro semestre de 2015, na UBS Maria de Fátima do Nascimento, no município de Água Nova/RN.

Participação da intervenção usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, com 20 anos ou mais, residentes no território da área de abrangência da UBS.

### 2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos hipertensos 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 cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: Esta ação vai ser feita pelos profissionais da equipe, médico e enfermeira, monitorando o número de hipertensos já cadastrados no Programa de atenção a HAS e a DM, e aqueles que vêm a consulta por demanda espontânea o captados pelo ACS nas visitas domiciliares, mensalmente.

Organização e gestão do serviço.

Ação: Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.

Detalhamento: A enfermeira com o apoio da equipe vai garantir o registro dos usuários hipertensos cadastrados no programa utilizando a ficha espelho e a planilha de coleta de dados.

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

Detalhamento: Será melhorado o acolhimento destes usuários portadores de HAS na UBS, atendendo a suas queixas no menor tempo possível, com uma triagem adequada, onde ficará incorporada toda a equipe de saúde.

Ação: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento: Será garantido o material adequado para verificação da medida da pressão arterial na unidade de saúde, através da secretaria de saúde do município.

Engajamento público.

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: A comunidade será informada pelos profissionais da equipe sobre a existência do Programa de Atenção a HAS e a DM através de palestras educativas realizadas com portadores destas doenças no âmbito da UBS, bem como em outros espaços comunitários (igreja, associações) e de forma individual nas consultas, assim como através dos ACS nas visitas domiciliares.

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Detalhamento: A ação será feita através de atividades educativas em grupos com a comunidade pelos integrantes da equipe onde se promove a importância da verificação da pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos anualmente, bem como através de cartazes informativos colocados na recepção e sala de espera da UBS e através da informação dos ACS em seu trabalho comunitário.

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

Detalhamento: Será feita na UBS nas consultas, na atenção domiciliar e através de palestras educativas, pelos profissionais da equipe (médico e enfermeira) e ACS. Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: A orientação será feita através de ações educativas com a comunidade pelos profissionais da equipe no âmbito da UBS e outros espaços comunitários.

#### Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: A capacitação vai ser feita no âmbito da UBS, na sala de reuniões, pelos profissionais: médico e enfermeira, na reunião mensal da equipe, será feita a checagem da participação através de lista de participantes com assinatura de cada. Os temas abordados serão relacionados ao cadastramento de hipertensos, conceito, fatores de risco, periodicidade das consultas e sobre a recopilação de dados respeito a indicadores de qualidade na atenção.

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

Detalhamento: A capacitação será realizada na UBS, no tempo disponibilizado para a reunião da equipe do mês, pela enfermeira, a checagem da participação será feita através de listado de participação.

Meta 1.2: Cadastrar 60% 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 diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: Esta ação vai ser feita pelos profissionais da equipe: médico e enfermeira, monitorando o número de hipertensos já cadastrados no Programa de atenção a HAS e ao DM, e aqueles que comparecerem à consulta por demanda espontânea ou captados pelo ACS nas visitas domiciliares, mensalmente.

Organização e gestão do serviço.

Ação: Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: A enfermeira com o apoio da equipe vai garantir o registro dos diabéticos cadastrados no programa.

Ação: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes.

Detalhamento: Será melhorado o acolhimento destes usuários portadores de diabetes na UBS, atendendo a suas queixas no menor tempo possível, com uma triagem adequada, onde ficará incorporada toda a equipe de saúde.

Ação: Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: Será garantido o material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde, através da secretaria de saúde do município.

Engajamento público.

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: A comunidade será informada pelos profissionais da equipe sobre a existência do Programa de Atenção a HAS e a DM através de palestras educativas realizadas com portadores destas doenças no âmbito da UBS, bem como em outros espaços comunitários (igreja, Centro de Referência da Assistência Social) e de forma individual nas consultas, assim como através dos ACS nas visitas domiciliares.

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Detalhamento: A ação será feita através de atividades educativas grupais com a comunidade pelos integrantes da equipe onde se promove a importância da medição da pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos anualmente, bem como através de cartazes informativos colocados na recepção e sala de espera da UBS e através da informação dos ACS em seu trabalho comunitário.

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

Detalhamento: Será feita na UBS nas consultas, na atenção domiciliar e através de palestras educativas, pelos profissionais da equipe (médico e enfermeira) e ACS.

Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: A orientação será feita através de ações educativas com a comunidade pelos profissionais da equipe no âmbito da UBS e outros espaços comunitários.

Qualificação da prática clínica.

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

Detalhamento: A capacitação vai ser feita no âmbito da UBS, na sala de reuniões, pelos profissionais: médico e enfermeira, na reunião mensal da equipe, será feita a checagem da participação através de listado de participantes com assinatura de cada. Os temas abordados serão relacionados ao cadastramento de diabéticos, conceito, fatores de risco, sinais de descontrole, periodicidade das consultas e sobre a recopilação de dados respeito a indicadores de qualidade na atenção.

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

Detalhamento: A capacitação será realizada na UBS, no tempo disponibilizado para a reunião da equipe do mês, pela enfermeira, e a checagem da participação será feita através do listado de participação.

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Os profissionais da equipe de ESF, médica e enfermeira, realizarão monitoramento mensal do exame clínico com abordagem integral ao 100% dos hipertensos nas consultas programáticas, o que ficará registrado nos seus prontuários.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Serão definidas as atribuições de cada membro da equipe no atendimento e exame clínico dos usuários hipertensos, pelo médico e enfermeira de acordo com o preconizado pelo Ministério de Saúde, em reunião com os integrantes da equipe na UBS.

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

Detalhamento: Organizar-se-á um programa de capacitação dos profissionais na UBS mensalmente, em diferentes temáticas, de acordo os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: Realizar-se-á atualização dos profissionais com uma periodicidade bimensal, nas reuniões da equipe, assim como participando nas capacitações de atualização oferecidas pelo Ministério através da Secretária Municipal de Saúde, assim como de forma individual e permanente.

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

Detalhamento: A Secretaria de saúde do município disponibilizará a versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde para ser utilizada pela equipe.

Engajamento público.

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

Detalhamento: Esta ação será feita pelos profissionais da equipe, através de ações educativas nas consultas, em palestras abertas à comunidade, nos grupos, focando em a importância de assistir as consultas programadas segundo estabelecido.

Qualificação da prática clínica.

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: A capacitação será feita na UBS, local de reuniões, pelo médico, e a checagem da participação será feita através da lista de participantes com assinatura.

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

Monitoramento e avaliação.

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

Detalhamento: Os profissionais da equipe de ESF: médica e enfermeira realizarão monitoramento mensal do exame clínicos com abordagem integral ao 100 % dos diabéticos nas consulta programáticas, o que ficará registrado em seus prontuários.

Organização e gestão do serviço.

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

Detalhamento: Será definida as atribuições de cada membro da equipe no atendimento e exame clínicos dos usuários diabéticos, pelo médico e enfermeira de acordo com o preconizado pelo Ministério de Saúde, em reunião com os integrantes da equipe na UBS.

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

Detalhamento: Será organizado um programa de capacitação dos profissionais a realizasse na UBS, de forma mensal, em diferentes temáticas, de acordo os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: Será realizada a atualização dos profissionais com uma periodicidade



bimensal, nas reuniões da equipe, assim como participando nas capacitações de atualização oferecidas pelo Ministério através da Secretária Municipal de Saúde, assim como de forma individual e permanente.

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

Detalhamento: A Secretaria de saúde do município disponibilizará a versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde para ser utilizada pela equipe.

Engajamento público.

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

Detalhamento: Esta ação será feita pelos profissionais da equipe, através de ações educativas nas consultas, em palestras abertas à comunidade, nos grupos, focando em a importância de assistir as consultas programadas segundo estabelecido.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: A capacitação será feita na UBS, local de reuniões, pelo médico, e a checagem da participação será feita através da lista de participantes com assinatura.

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

Monitoramento e avaliação.

Ação: Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento: Será realizado monitoramento do número de hipertensos cadastrados na UBS com exames laboratoriais de acordo com protocolo, pelo médico e enfermeira mensalmente.

Ação: Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Será realizado monitoramento do número de hipertensos cadastrados na UBS com exames laboratoriais de acordo com a periodicidade recomendada, pelo médico e enfermeira mensal.

Organização e gestão do serviço.

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: Esta ação será feita, pelos profissionais da equipe: médico e enfermeira, que indicarão os exames complementares nas consultas e em visitas domiciliar.

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

Detalhamento: Será feita conversa prévia com a secretaria municipal de saúde para garantir sejam feitos os complementários definidos em tempo e com qualidade.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Será estabelecido um sistema de alerta para os exames preconizados, através de conversa prévia com a gestão municipal e com o laboratório da UBS, em coordenação com gestores municipais.

Engajamento público.

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

Detalhamento: Será realizada através das ações de prevenção nas consultas, atenção domiciliar e palestras educativas para estes grupos, pelos profissionais da equipe.

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

Detalhamento: Será realizada através das ações de prevenção nas consultas, atenção domiciliar e palestras educativas para estes grupos, pelos profissionais da equipe.

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 feita na UBS, no local de reuniões, pelo médico, e a checagem da participação será feita através da lista de presença dos participantes.

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

Monitoramento e avaliação.

Ação: Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento: Será realizado monitoramento do número de diabéticos cadastrados na UBS com exames laboratoriais de acordo com protocolo, pela médica e enfermeira semanalmente.

Ação: Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Será realizado monitoramento do número de diabéticos cadastrados na UBS com exames laboratoriais de acordo com a periodicidade recomendada, pelo médico e enfermeira mensal.

Organização e gestão do serviço.

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: Esta ação será feita, pelos profissionais da equipe: médico e enfermeira, que indicarão os exames complementares nas consultas e em visitas domiciliar.

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

Detalhamento: Será feita conversa prévia com a secretaria municipal de saúde para garantir sejam feitos os complementares definidos em tempo e com qualidade.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Será estabelecido o sistema de alerta para os exames preconizados, através de conversa prévia com a gestão municipal e o laboratório da UBS.

Engajamento público.

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

Detalhamento: Será realizada através das ações de prevenção nas consultas, atenção domiciliar e palestras educativas para estes grupos, pelos profissionais da equipe da UBS.

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

Detalhamento: Será realizada através das ações de prevenção nas consultas, atenção domiciliar e palestras educativas para estes grupos, pelos profissionais da equipe.

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 feita na UBS, no local de reuniões, pelo médico, e a checagem da participação será feita através da lista de presença dos participantes.

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

Monitoramento e avaliação.

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

Detalhamento: A enfermeira vai monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, com o apoio da técnica de enfermagem e ACS, de forma mensal, de todos os hipertensos cadastrados na UBS.

Organização e gestão do serviço.

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

Detalhamento: A técnica de enfermagem da equipe vai continuar o controle de estoque (incluindo validade) dos medicamentos semanal.

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

Detalhamento: A enfermeira e a técnica de enfermagem estarão elaborando um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde mensal que será apresentada na secretaria municipal e gestores mensalmente.

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.

Detalhamento: Será realizado através do trabalho educativo nas consulta, atenção domiciliar, pelos integrantes da equipe e ACS.

Qualificação da prática clínica

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Detalhamento: Será feita a atualização do médico, através do protocolo adotado pelo Ministério da Saúde para esta doença assim como outros materiais bibliográficos atualizados.

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

Detalhamento: Será realizada pela enfermeira na UBS capacitação para a equipe sobre como orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia técnicas de comunicação.

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

Monitoramento e avaliação.

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

Detalhamento: A enfermeira vai monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, com o apoio da técnica de enfermagem e ACS, de forma mensal, de todos os diabéticos cadastrados na UBS.

Organização e gestão do serviço.

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

Detalhamento: A técnica de enfermagem da equipe vai continuar o controle de estoque (incluindo validade) dos medicamentos semanal.

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

Detalhamento: A enfermeira e a técnica de enfermagem criaram um registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde mensal que será apresentada na secretaria municipal e gestores mensalmente.

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

Detalhamento: A enfermeira e a técnica de enfermagem criaram um registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde mensal que será apresentada na secretaria municipal e gestores mensalmente.

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.

Detalhamento: Será realizada através do trabalho educativo nas consultas, atenção domiciliar, pelos integrantes da equipe e ACS.

Qualificação da prática clínica.

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento dos diabéticos.

Detalhamento: Será feita a atualização do médico, através do protocolo adotado pelo Ministério da Saúde para esta doença assim como outros materiais bibliográficos atualizados.

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

Detalhamento: Será realizada pela enfermeira na UBS capacitação para a equipe sobre como orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia técnicas de comunicação.

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

Monitoramento e avaliação.

Ação: Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: A enfermeira e médico vão monitorar semanalmente os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico avaliando as necessidades de saúde bucal em cada consulta.

Organização e gestão do serviço.

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Detalhamento: Será utilizado um expediente por semana em parceria com a equipe de odontologia e profissionais da equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Ação: Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Será utilizado um dia da semana pela equipe de odontologia para a realização de atendimentos dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Engajamento público.

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

Detalhamento: A equipe odontológica e equipe de saúde realizarão atividades educativas com a comunidade, através de palestras sobre saúde bucal de forma mensal, focadas na importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente os hipertensos e diabéticos.

Qualificação da prática clínica.

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Detalhamento: Será feita pela equipe de odontologia no âmbito da UBS para os integrantes da equipe de saúde, com checagem de participação.

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

Monitoramento e avaliação.

Ação: Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: A enfermeira e médico vão monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico avaliando as necessidades de saúde bucal em cada consulta.

Organização e gestão do serviço.

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Detalhamento: Será utilizado um turno por semana em parceria com a equipe de odontologia e profissionais da equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Ação: Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Será utilizado um dia da semana pela equipe de odontologia para a realização de atendimentos dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

#### Engajamento público

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

Detalhamento: A equipe odontológica e equipe de saúde realizaram atividades educativas com a comunidade, através de palestras sobre saúde bucal de forma mensal, focadas na importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente os hipertensos e diabéticos.

#### Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Detalhamento: Será feita pela equipe de odontologia no âmbito da UBS para os integrantes da equipe de saúde, com checagem de participação.

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

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

#### Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: O monitoramento se realizará pela enfermeira segundo planejado para o mês através da avaliação da coleta de informações das consultas, e com participação dos demais integrantes da equipe.

#### Organização e gestão do serviço.

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: Serão organizadas visitas domiciliares nas reuniões de planejamento de ações da equipe, para serem feitas pelos ACS na busca os faltosos.

Ação: Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Será designará um dia uma vez na semana para acolher os hipertensos novos que sejam detectados nas visitas domiciliares pelos ACS e equipe de saúde.

#### Engajamento público.



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

Detalhamento: Será feita nas visitas domiciliares, nas palestras realizadas para a comunidade, nas consultas e através de atividades educativas grupais, pelos profissionais de saúde, técnica de enfermagem e ACS.

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

Detalhamento: Realizar atividades educativas com intercâmbio e escuta dos critérios da comunidade e dando participação a comunidade no planejamento das ações.

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

Detalhamento: A mesma será realizada nas consultas programáticas, nas visitas domiciliares e através de palestras educativas, pelos integrantes da equipe e ACS.

Qualificação da prática clínica.

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

Detalhamento: A capacitação será feita na UBS, pelas enfermeiras, no local de reuniões com os ACS com checagem da participação através de listado dos participantes.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: O monitoramento será realizado pela enfermeira segundo planejado para o mês através da avaliação da coleta de informações das consultas, e com participação dos demais integrantes da equipe.

Organização e gestão do serviço.

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: Serão organizadas visitas domiciliares, nas reuniões de planejamento de ações da equipe, para serem feitas pelos ACS na busca os faltosos.

Ação: Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Será designado um dia por semana para acolher os hipertensos novos que sejam detectados nas visitas domiciliares pelos ACS e equipe de saúde.

Engajamento público.

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

Detalhamento: Será feita nas visitas domiciliares, nas palestras realizadas para a comunidade, nas consultas e através de atividades educativas grupais, pelos profissionais de saúde, técnica de enfermagem e ACS.

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

Detalhamento: Realizar atividades educativas com intercâmbio e escuta dos critérios da comunidade e dando participação à comunidade no planejamento das ações.

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

Detalhamento: A mesma será realizada nas consultas programáticas, nas visitas domiciliares e através de palestras educativas, pelos integrantes da equipe e ACS.

Qualificação da prática clínica.

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

Detalhamento: A capacitação será feita na UBS, pelas enfermeiras, no local de reuniões com os ACS com checagem da participação através de listado dos participantes.

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

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

Monitoramento e avaliação.

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

Detalhamento: Será feito pela enfermeira e médico, o monitoramento da qualidade dos registros de hipertensos de forma semanal, procurando a revisão das fichas de atendimento individuais, prontuários.

Organização e gestão do serviço.

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: Será feita pela enfermeira com o apoio de todos os integrantes da equipe de saúde da UBS e digitadora, mensalmente.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: Se dará continuidade a realização sistemática da ficha de acompanhamento de forma permanente.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Será pactuado com a equipe o registro das informações diariamente com relatório mensalmente tendo como responsável da mesma a enfermeira.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: A responsável pelo monitoramento dos registros será a enfermeira da equipe de saúde.

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 sistema de registro será organizado pela enfermeira da equipe de saúde de conjunto com os demais integrantes e ACS, e monitorado mensalmente. O registro deve conter consultas em dia, exames complementares em dia, estratificação de risco, avaliação de comprometimento de órgãos e estado de compensação da doença.

Engajamento público.

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

Detalhamento: Será realizada a divulgação e exposição dos direitos dos usuários de saúde em um folheto informativo disponibilizado na recepção e sala de espera, bem como através de palestras, pelos integrantes da equipe, na UBS e outros espaços comunitários.

#### Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso.

Detalhamento: A capacitação será feita na UBS, pelos profissionais: médico e enfermeira da equipe aos demais integrantes da equipe e ACS, o qual é um tema que forma parte da capacitação proposta para início da intervenção.

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

Detalhamento: Serão capacitados todos os membros da equipe de saúde mensalmente, pela enfermeira da ESF, na UBS.

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

#### Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Será feito pela enfermeira e médico, o monitoramento da qualidade dos registros de diabéticos de forma mensal, procurando a revisão das fichas de atendimento individuais e prontuários.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: Será feita pela enfermeira com o apoio de todos os integrantes da equipe de saúde da UBS e digitadora, mensalmente.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: Será implantada a utilização sistemática da ficha de acompanhamento.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Será pactuado com a equipe o registro das informações mensalmente tendo como responsável da mesma a enfermeira.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: A responsável pelo monitoramento dos registros será a enfermeira da equipe de saúde.

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 sistema de registro será organizado pela enfermeira da equipe de saúde de conjunto com os demais integrantes e ACS, e monitorado mensalmente. O registro deve conter consultas em dia, exames complementários em dia, estratificação de risco, avaliação de comprometimento de órgãos e estado de compensação da doença.

#### Engajamento público

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

Detalhamento: Será realizado orientação dos usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário na recepção e sala de espera, bem como através de palestras, pelos integrantes da equipe, na UBS e outros espaços comunitários.

#### Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: A capacitação será feita na UBS pelo médico e enfermeira da equipe aos demais integrantes da equipe e ACS sobre o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos diabéticos.

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

Detalhamento: Serão capacitados todos os membros da equipe de saúde mensalmente, pela enfermeira da ESF, na UBS.

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

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

#### Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: A enfermeira e médico serão responsáveis pelo monitoramento, para isso contará com o apoio dos registros da doença e fichas de acompanhamento individuais o que será feito mensalmente na UBS.

Organização e gestão do serviço

Ação: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Detalhamento: A equipe de saúde vai priorizar os atendimentos dos usuários uma vez avaliados como alto risco, mediante um agendamento prioritário das consultas a este grupo.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Será agendado previamente nas reuniões de planejamento das ações a realizasse mensalmente, com a equipe na UBS.

Engajamento público.

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

Detalhamento: Será orientado em cada consulta e visitas domiciliares aos usuários sobre seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular, através dos profissionais da equipe e ACS.

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

Detalhamento: Esta ação será feita durante as palestras educativas, nas consultas de forma individual e visitas domiciliares, de forma permanente e contínua.

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: Os profissionais da equipe: médico e enfermeira serão capacitados neste tema como parte da proposta de capacitação inicial à intervenção, na UBS, assim como de forma autônoma de maneira contínua.

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

Detalhamento: Será feita na UBS a toda equipe de saúde com checagem da participação.

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

Detalhamento: Será feita a capacitação no âmbito da UBS a toda equipe de saúde com o apoio do NASF.

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

#### Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: A enfermeira e médico serão responsáveis pelo monitoramento, para isso contará com o apoio dos registros da doença e fichas de acompanhamento individuais o que será feito mensalmente na UBS.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Detalhamento: A equipe de saúde vai priorizar os atendimentos dos usuários uma vez avaliados como alto risco, mediante um agendamento prioritário das consultas a este grupo.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Será agendado previamente nas reuniões de planejamento das ações a realizasse mensalmente, com a equipe na UBS.

#### Engajamento público

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

Detalhamento: Se orientará em cada consulta e visitas domiciliares aos usuários sobre seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, através dos profissionais da equipe e ACS.

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

Detalhamento: Esta ação será feita durante as palestras educativas, nas consultas de forma individual e visitas domiciliares, de forma permanente e continua.

#### 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: Os profissionais da equipe: médico e enfermeira serão capacitados neste tema como parte da proposta de capacitação inicial á intervenção, na UBS, assim como de forma autônoma de maneira continua.

Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.  
Detalhamento: Será feita na UBS a toda equipe de saúde com checagem da participação.

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

Detalhamento: Será feita a capacitação no âmbito da UBS a toda equipe de saúde com o apoio do NASF.

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

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

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

Detalhamento: Será monitorada pelos profissionais da equipe: médico e enfermeira, das informações coletas das consultas, fichas de atendimento e visitas domiciliares.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: Serão organizadas palestras educativas mensais, para este grupo populacional.

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

Detalhamento: As atividades serão feitas pelos profissionais da equipe em parceria com a nutricionista integrante do NASF.

#### Engajamento público.

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

Detalhamento: As orientações serão dadas durante as práticas educativas coletivas planejadas, assim como de forma individual e durante a visita domiciliar, pela equipe de saúde, ACS e nutricionista.

#### Qualificação da prática clínica

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



Detalhamento: A capacitação será feita pela nutricionista do NASF para toda equipe e ACS, bimensal.

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

Detalhamento: A capacitação será feita pela enfermeira da equipe de saúde, na UBS, com participação da equipe, ACS, e equipe odontológica, a checagem da participação será feita através de listado dos participantes.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.

Detalhamento: Será monitorada pelos profissionais da equipe: médico e enfermeira, das informações coletadas das fichas de atendimento, consultas e visitas domiciliares.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: Serão organizadas palestras educativas mensalmente, para este grupo populacional.

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

Detalhamento: As atividades serão feitas pelos profissionais da equipe em parceria com a nutricionista integrante do NASF.

Engajamento público

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

Detalhamento: As orientações serão dadas durante as práticas educativas coletivas planejadas, assim como de forma individual e durante a visita domiciliar, pela equipe de saúde, ACS e nutricionista.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: A capacitação será feita pela nutricionista do NASF para toda equipe e ACS, bimensal.

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

Detalhamento: A capacitação será feita pela enfermeira da equipe de saúde, na UBS, com participação da equipe, ACS, e equipe odontológica, a checagem da participação será feita através de listado dos participantes.

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

Monitoramento e avaliação.

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

Detalhamento: Será realizado o monitoramento mensal pela enfermeira e médico da equipe.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: Será organizado as práticas coletivas para orientação e realização de atividade física para este grupo populacional, duas vezes na semana.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver á educador físico.

Detalhamento: As atividades serão feitas em parceria com o educador físico integrante do NASF.

Engajamento público.

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

Detalhamento: Serão dadas as orientações, durante as práticas educativas coletivas planejadas, assim como de forma individual e durante a visita domiciliar, pela equipe de saúde, ACS e educador físico.

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 feita pelo educador físico do NASF para toda equipe e ACS, bimensal.

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

Detalhamento: A capacitação será feita pela enfermeira da equipe de saúde, na UBS, com participação da equipe, ACS, e equipe odontológica, a checagem da participação será feita através de listado dos participantes.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Será realizado o monitoramento semanal pela enfermeira e médico da equipe.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.  
Detalhamento: Será organizado práticas coletivas para orientação e realização de atividade física para este grupo populacional, duas vezes na semana.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver á educador físico.

Detalhamento: As atividades serão feitas em parceria com o educador físico integrante do NASF.

Engajamento público.

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

Detalhamento: Serão dadas as orientações, durante as práticas educativas coletivas planejadas, assim como de forma individual e durante a visita domiciliar, pela equipe de saúde, ACS e educador físico.

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 feita pelo educador físico do NASF para toda equipe e ACS, bimensal.

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

Detalhamento: A capacitação será feita pela enfermeira da equipe de saúde, na UBS, com participação da equipe, ACS, e equipe odontológica, a checagem da participação será feita através de listado dos participantes.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Será realizado o monitoramento pela enfermeira e médico da equipe semanalmente.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Será feita a ação coordenando com o gestor municipal para a inclusão de medicamentos para o tratamento do tabagismo, na lista de necessidades de medicamentos do município.

Engajamento público

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

Detalhamento: Será orientado aos hipertensos através de práticas educativas grupais dirigidas a este grupo, assim como nas consultas e visita domiciliar, pela equipe de saúde.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: A enfermeira oferecerá capacitação a equipe sobre o tratamento, a qual será feita na UBS, com checagem de participação.

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

Detalhamento: A capacitação será feita pela enfermeira da equipe de saúde, na UBS, com participação da equipe, ACS, e equipe odontológica, a checagem da participação será feita através de listado dos participantes.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Será realizado o monitoramento semanal pela enfermeira e médico da equipe.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Será feita a ação coordenando com o gestor municipal para a inclusão de medicamentos para o tratamento do tabagismo, na lista de necessidades de medicamentos do município.

Engajamento público

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

Detalhamento: Será orientado aos diabéticos através de práticas educativas grupais dirigidas a este grupo, assim como nas consultas e visita domiciliar, pela equipe de saúde.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: A enfermeira oferecerá capacitação a equipe sobre o tratamento, a qual será feita na UBS, com checagem de participação.

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

Detalhamento: A capacitação será feita pela enfermeira da equipe de saúde, na UBS, com participação da equipe, ACS, e equipe odontológica, a checagem da participação será feita através de listado dos participantes.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Será realizado o monitoramento semanal pela enfermeira e médico da equipe.

Organização e gestão do serviço.

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

Detalhamento: O equipo odontológico garantirá realizar as orientações em nível individual fazendo ajustes no tempo das consultas.

#### Engajamento público

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

Detalhamento: Serão oferecidas orientações, durante as práticas educativas coletivas planejadas, assim como de forma individual e durante a visita domiciliar, pela equipe de saúde, equipe odontológica e ACS.

#### Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: A enfermeira oferecerá capacitação a equipe de saúde, na UBS, sobre metodologias educativas para oferecer orientações de higiene bucal.

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

#### Monitoramento e avaliação.

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

Detalhamento: Será realizado monitoramento semanal pela enfermeira e médico da equipe.

#### Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: A equipe odontológica garantirá realizar as orientações em nível individual fazendo reajustes no tempo das consultas.

#### Engajamento público

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

Detalhamento: Serão oferecidas orientações, durante as práticas educativas coletivas planejadas, assim como de forma individual e durante a visita domiciliar, pela equipe de saúde, equipe odontológica e ACS.

#### Qualificação da prática clínica.

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

Detalhamento: A enfermeira oferecerá capacitação a equipe de saúde, na UBS, sobre metodologias educativas para oferecer orientações de higiene bucal.

### 2.3.2 Indicadores

Meta 1.1. Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

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.

Meta 1.2. Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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.

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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



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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 3.2. Proporção de diabéticos faltosos às consultas 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 5.1. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão e Diabetes vamos adotar o Caderno de Atenção Básica nº 36 e o Caderno de Atenção Básica nº 37, documentos do Ministério da Saúde de estratégias para o cuidado da pessoa com doenças crônicas (BRASIL, 2013a e BRASIL,2013b). Utilizaremos a ficha de atendimento individual da UBS, a ficha de espelho (Anexo C) e a Planilha de Coleta dos Dados (Anexo B) relativas aos usuários com doenças crônicas, disponibilizadas pelo curso da UFPel assim como os prontuários clínicos da UBS. A ficha não prevê a coleta de informações sobre a realização de exames para avaliação periódica e estratificação do risco cardiovascular. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, a médica e a enfermeira estará elaborando uma ficha complementar.

Estimamos alcançar com a intervenção 279 hipertensos e 69 diabéticos. Faremos contato com os gestores municipais para dispor das fichas espelho necessárias e as fichas complementares que serão anexadas às fichas espelho. Para o acompanhamento semanal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira e a técnica de enfermagem revisarão o livro de registros e os prontuários dos hipertensos e diabéticos atendidos na unidade básica de saúde nos últimos três meses. Serão transcritas todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho e logo em seguida será realizado o primeiro monitoramento, anexando uma anotação sobre exames clínicos e laboratoriais e o resultado da estratificação do risco cardiovascular, além de informações sobre os usuários em atraso e faltosos nas consultas programáticas.

Após realização de discussão da análise situacional e da definição do foco para intervenção com a equipe de saúde da UBS, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o Caderno de atenção básica nº 36 e nº 37 (BRASIL, 2013a e BRASIL, 2013b) que serão utilizados como referência para a padronização das condutas assistenciais e educativas a serem realizadas pela equipe da ESF na atenção aos usuários hipertensos e diabéticos.

Para alcançar o objetivo 1 - ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos, no eixo monitoramento e avaliação, iremos por meio de visitas

domiciliares, livro de registro e ficha espelho monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à HAS e DM da unidade de saúde. O livro de registro e a ficha espelho serão atualizados pela enfermeira e técnica de enfermagem após consultas de atendimento do Programa de atenção ao usuário com HAS e/ou DM. As visitas domiciliares serão realizadas aos faltosos as consultas, pelos ACS semanalmente, que já agendarão as consultas com a médica na UBS.

Em relação ao eixo de Organização e gestão do serviço, o acolhimento dos hipertensos e diabéticos que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem e por todos os profissionais da equipe. O atendimento será realizado em todos os turnos para diminuir as consultas em atraso, com prioridade no agendamento. Para acolher a demanda de intercorrências agudas nos hipertensos e diabéticos estes serão atendidos no mesmo turno para agilizar o tratamento das intercorrências priorizados nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar os usuários provenientes da busca ativa serão reservadas cinco consultas por semana.

Para o eixo de Engajamento público, a comunidade será informada pelos profissionais da equipe: médico e enfermeira sobre a existência do Programa de Atenção a HAS e à DM através de palestras realizadas com representantes da comunidade e a associação de moradores no âmbito da UBS, bem como em outros espaços comunitários (igreja, associações), com a periodicidade trimestral. Será enfatizando a importância da aferição da pressão arterial, a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; a realização de rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg; assim como orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Para o eixo de Qualificação da prática clínica, os ACS serão capacitados para o cadastramento dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência, com temas relacionados às particularidades do cadastramento dos usuários; fatores de risco para HAS e DM; periodicidade das consultas e sobre o registro de dados, importantes para gerarem os indicadores de qualidade na atenção. Além da capacitação dos ACS, ocorrerão em formato de Educação Permanente em Saúde (EPS), atividades de capacitação e discussão com os outros integrantes da equipe, incluindo a SB e o NASF, sobre a verificação correta da pressão arterial e realização de hemoglicoteste e de assuntos gerais sobre HAS e DM. Essas capacitações serão

conduzidas pela médica e enfermeira, no âmbito da UBS, no tempo destinado para a reunião mensal da equipe.

Para alcançar o Objetivo 2 - Melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos, no eixo de Monitoramento e avaliação, a enfermeira estará monitorando semanalmente, através da revisão das fichas de atendimento, ficha de espelho e prontuários, a realização de exames clínicos apropriados, realização de exames complementários em dia segundo protocolo, assim como o atendimento odontológico dos usuários hipertensos e diabéticos.

No eixo Organização e gestão do serviço, se realizará a organização dos serviços definindo as atribuições de cada membro da equipe na abordagem e atendimento dos usuários portadores destas doenças, através da capacitação da equipe de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, que serão utilizados como referência na atenção dos usuários hipertensos e diabéticos.

No eixo Engajamento público, serão realizadas ações educativas em grupo com os hipertensos e a comunidade, pelos profissionais da equipe, trimestralmente, no âmbito da UBS e espaços comunitários, onde se orientará quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e a diabetes, focando na importância de assistir as consultas programadas segundo estabelecido para garantir a realização de exame clínico apropriado, exames complementários em dia segundo preconizado, prescrição dos medicamentos na farmácia popular, e o atendimento a suas necessidades odontológicas.

Para a Qualificação da prática clínica, será realizada capacitação da equipe de saúde sobre os protocolos adotados pela UBS, o qual vai reger os atendimentos destes usuários, onde cada membro da equipe estudará as atribuições estabelecidas de acordo com o nível de competência e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

Para dar cumprimento ao Objetivo 3 - melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa, quanto ao eixo Monitoramento e avaliação, a enfermeira monitorará segundo planejado para o mês o cumprimento da periodicidade das consultas em dia através da avaliação das fichas de atendimento, prontuários e fichas de espelho semanalmente com o apoio e participação demais integrantes da equipe.

No eixo Organização e gestão do serviço, se organizaram visitas domiciliares nas reuniões de planejamento de ações da equipe, para serem feitas

uma vez por semana pelos profissionais da equipe e de forma permanente em seu trabalho comunitário pelos ACS para buscar os faltosos, assim como se designarão cinco consultas por semana para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Em relação ao eixo de Engajamento público, serão realizadas atividades educativas no âmbito da unidade e em espaços comunitários, com intercâmbio e escuta dos critérios da comunidade e dando-lhe participação no planejamento das ações. Além disso, se esclarecerá sobre a importância da priorização e periodicidades das consultas dos portadores destas doenças. Para a Qualificação da prática clínica serão feitas capacitações na UBS, pela enfermeira, no local de reuniões com os ACS, para orientarem os hipertensos e diabéticos sobre a periodicidade das consultas.

A respeito do Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações, no eixo de Monitoramento e avaliação, a enfermeira e técnica de enfermagem farão a revisão das fichas de atendimento individuais, prontuários e fichas de espelho de forma semanal. Sobre o eixo de Organização e gestão do serviço, de forma organizativa se manterá as informações do SIAB atualizadas mensalmente, dando continuidade ao uso sistemático e permanente da ficha de atendimento em cada consulta, assim como se pactuará com a equipe o registro das informações diariamente com relatório mensal, tendo como responsável a enfermeira da equipe.

Para o eixo Engajamento público, se divulgará e exporá os direitos dos usuários de saúde em cartazes informativos, afixados na recepção e sala de espera da UBS, bem como através de palestras realizadas pelos integrantes da equipe, na UBS e outros espaços comunitários. Na Qualificação da prática clínica, todos os integrantes da equipe serão capacitados no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos pela enfermeira da unidade, com periodicidade bimensal.

Para alcançar o Objetivo 5 - Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular, no eixo de Monitoramento e avaliação, a enfermeira será a responsável pelo monitoramento dos usuários hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular, para isso contará com o apoio dos registros da doença e fichas de acompanhamento individuais o que será feito mensalmente na UBS.



Sobre a Organização e gestão do serviço, serão agendadas três consultas por semana para os atendimentos dos usuários com risco cardiovascular. No eixo de Engajamento público, os usuários serão orientados em cada consulta programada pelos profissionais da equipe, durante as visitas domiciliares pelos ACS e através de palestras educativas, que serão realizadas trimestralmente com estes grupos de usuários, sobre seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, através dos profissionais da equipe. Para o eixo da Qualificação da prática clínica serão realizadas capacitação da equipe pelo médico e enfermeira sobre a realização de estratificação de risco e na importância do registro desta avaliação como parte da proposta de capacitação a início da intervenção, na UBS.

Para o Objetivo 6 - Promover a saúde de hipertensos e diabéticos, no eixo Monitoramento e avaliação, serão monitoradas as ações educativas realizadas pelos profissionais da equipe através das evidências coletadas após a sua realização como: lista de participantes e fotos. No eixo de Organização e gestão do serviço, serão organizadas práticas coletivas para este grupo populacional sobre: alimentação saudável; prática regular de atividade física; risco de tabagismo e higiene bucal. Essas ações serão realizadas pela equipe da ESF e do NASF, trimestralmente, no âmbito comunitário ou UBS.

Para o eixo de Engajamento público, as orientações aos usuários portadores das doenças, familiares e comunidade serão ofertadas durante as práticas educativas coletivas, assim como de forma individual nas consultas e durante a visita domiciliar, pela equipe de saúde, ACS e NASF. Na Qualificação da prática clínica serão desenvolvidas capacitações pela enfermeira da equipe e membros do NASF sobre a promoção dos temas educativos e metodologias de educação em saúde para os integrantes da equipe, no tempo destinado para reunião da equipe.







### **3 Relatório da Intervenção**

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

Inicialmente o projeto de intervenção estava programado para ser desenvolvido em 16 semanas, porém terá que ser encurtado para 12 semanas, conforme orientação da coordenação do curso de especialização, devido às particularidades da turma do Programa Mais Médicos, que esteve de férias, sem acesso ao Ambiente Virtual de Aprendizagem/Moodle do curso.

Fazendo um análise das ações previstas no projeto a serem desenvolvidas, destacamos que todas as ações ocorreram segundo o cronograma de atividades, que foi planejado pela equipe. Iniciamos a intervenção com a divulgação do Projeto nas consultas individuais, atividades coletivas, nas visitas domiciliares e através dos ACS. Realizamos também a divulgação com os gestores municipais, buscando apoio para o fornecimento dos insumos e materiais necessários como: fichas espelho, esfigmomanômetros, glicosímetro, balanças etc.

Desde que a ideia de intervenção foi concebida a equipe iniciou um trabalho integrado e minucioso para que a mesma acontecesse com sucesso. Contamos com o envolvimento de todos os trabalhadores da unidade, já que sem essa união seria impossível seu desenvolvimento. Com sucesso foi desenvolvida a capacitação inicial sobre o protocolo de HAS e DM, com uma ótima participação dos profissionais de saúde: a equipe de ESF, a equipe de odontologia, integrantes do NASF, ACS, diretor da unidade e secretária de saúde.

A capacitação foi um espaço de intercâmbio entre os participantes, de ideias, conhecimentos e atualização a respeito do atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos, segundo Protocolos do MS adotado pela UBS, assim como sobre suas atribuições nos atendimentos destes usuários. Após da capacitação todos ficaram mais comprometidos com as ações do projeto. Nas reuniões da

equipe de ESF foram realizados o planejamento, gestão e coordenação das ações que seriam desenvolvidas a cada semana.

Durante as consultas médicas, foi realizado o exame clínico, assim como foram avaliados quanto á estratificação de risco cardiovascular, necessidade de atendimento odontológico e encaminhamento para o serviço odontológico, criando-se um ambiente de interação entre usuários e profissionais de saúde. Foram atendidos em consulta médica todos os usuários segundo planejamento e agendamento em uma média de cinco usuários por dia. Os exames complementares foram realizados segundo previsto sem apresentar demoras em sua realização e na entrega dos resultados.

Os ACS desenvolveram adequadamente seu trabalho comunitário e educativo, através das visitas domiciliares no dia a dia, e na busca ativa de usuários faltosos as ações programáticas e também para aqueles que nunca procuraram atendimento médico, embora apresentem altos valores de pressão arterial.

As atividades educativas e os grupos de promoção de saúde com os hipertensos e diabéticos, foram realizadas de acordo o previsto no cronograma. Nas semanas três, sete e 11 da intervenção foram realizadas as palestras educativas com uma ótima participação da comunidade. Uma dessas palestras foi realizada fora da cidade, na praia, escolhido este lugar para descontração e distração do grupo de portadores de hipertensão e diabetes assim como dos idosos em geral. Nessas atividades de educação em saúde, contamos com o apoio do NASF, além da participação de toda equipe.

Foram realizadas também atividades físicas pelo educador físico e fisioterapeuta, além de ofertar orientações sobre os riscos do tabagismo nas consultas e atendimentos, para os usuários fumantes, integrantes do grupo, que foram incentivados a integrar um grupo de tabagista que funciona na nossa UBS. A população alvo fica satisfeita com o melhoramento dos atendimentos de forma continua, integral, e equitativa. O engajamento público tem sido fortalecido e cada vez mais é acrescentada a participação da população no planejamento das ações de saúde através do Conselho Municipal de Saúde.

As reuniões de equipe ocorreram durante todas as semanas, onde era um espaço para dialogar sobre o andamento das ações, os pontos positivos e negativos e sobre as próximas atividades que iríamos desenvolver. De maneira sistemática foram avaliadas e monitorizadas as ações assim como preenchidas adequadamente

as fichas de espelho, fichas de atendimento individual e feito relatório das ações ao final de cada mês.

Porém temos que assinalar que ainda temos usuários hipertensos, embora seja uma minoria, que não conseguiram uma adesão adequada à medicação indicada e assistem a consulta por descontrole da doença, mais em quanto a este aspecto são focadas as palestras educativas tanto e grupo como individuais, baseadas na importância do cumprimento do tratamento além da adoção de estilos de vida saudáveis.

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

Todas as ações previstas no projeto foram desenvolvidas, conforme o planejamento e o cronograma de atividades.

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

Conseguimos de forma correta realizar a coleta e sistematização dos dados relativos à intervenção com fechamento das planilhas de coleta de dados e cálculos dos indicadores, já que ficamos atentos aos mesmos e aos gráficos gerados a cada quatro semanas. Ainda no primeiro mês da intervenção enfrentamos um pouco de dificuldade no cálculo dos indicadores da planilha de coleta de dados.

Entrei em contato com o orientador pelo Dialogo Orientador-Especializando que me orientou sobre a forma correta de preencher os dados e entender o cálculo dos indicadores, e depois não tivemos mais dificuldades. A PCD ajuda muito a entender a evolução das ações que estão sendo implantadas, com a construção mensal dos gráficos, permitindo uma visualização rápida dos resultados alcançados. Outro ponto importante foi a escrita dos diários, que permitiu relatar todos os acontecimentos da intervenção, divididos por semanas.

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

As ações que estamos desenvolvendo já estão sendo incorporadas na rotina do serviço da UBS, que é resultado do envolvimento da equipe de atuação, e a sua vez será acrescentada com a nova equipe próxima a ser incorporada ao trabalho na

UBS, também do apoio do gestor municipal de saúde e da importante parceria que conseguimos firmar com a comunidade do território de atuação. Pretendemos dar continuidade as ações já desenvolvidas, com o trabalho em equipe, principalmente relacionado às capacitações sobre os protocolos do MS.

A avaliação e monitoramento dos indicadores continuarão acontecendo nas reuniões da equipe, sistematizando a continuidade no acompanhamento dos usuários segundo a classificação de risco, seja pela enfermeira e/ou médica, a discussão permanente dos casos que precisarem de outro tipo de atendimento especializado e continuar a interação com o gestor e secretaria de saúde, a comunidade e líderes comunitários.

Os ACS continuarão realizando os cadastros dos usuários com HAS e/ou DM e a médica com as consultas clínicas, em dias programados, as visitas domiciliares e os grupos de educação em saúde, além do monitoramento que será realizada pela enfermeira e da continuidade da parceria com os profissionais do NASF.



## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Após a finalização da intervenção, totalizamos, ao longo das 12 semanas, 307 usuários hipertensos cadastrados e acompanhados pela equipe da UBS Maria de Fátima do Nascimento, o que representa 65,9% de cobertura e 91 diabéticos, representando 79,1% de cobertura. As metas atingidas superaram as propostas que era de um 60% para ambos os programas. A evolução e seus resultados estão descritos a seguir.

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

**Meta 1.1:** Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Foram cadastrados e realizados atendimentos em toda a intervenção para um total de 307 usuários hipertensos. No primeiro mês conseguimos cadastrar 98 hipertensos (21%), no segundo mês acompanhamos 209 hipertensos (44,8%) e no terceiro mês acompanhamos 307 hipertensos (65,9%). Os dados estão apresentados na Figura 1.

A equipe continua com a busca ativa de casos novos na área, realizando os cadastros dos usuários com HAS e incorporamos a intervenção na rotina da UBS. As ações que mais auxiliaram neste aspecto foram à capacitação da equipe de acordo os protocolos estabelecidos pelo MS, especialmente aqueles em relação ao acolhimento destes usuários e o cadastro correto dos usuários, tendo em consideração os fatores de risco, assim como a busca ativa dos faltosos nas visitas domiciliares através dos ACS. A orientação e comunicação permanente sobre a

existência do programa e qualificação da prática permanente e o trabalho integrado da equipe também tiveram um papel fundamental.

Além o cadastramento realizado pela unidade de toda a população da área de abrangência, foi muito importante a interação com o gestor e secretaria de saúde que providenciaram as ferramentas necessárias para desenvolver o trabalho.

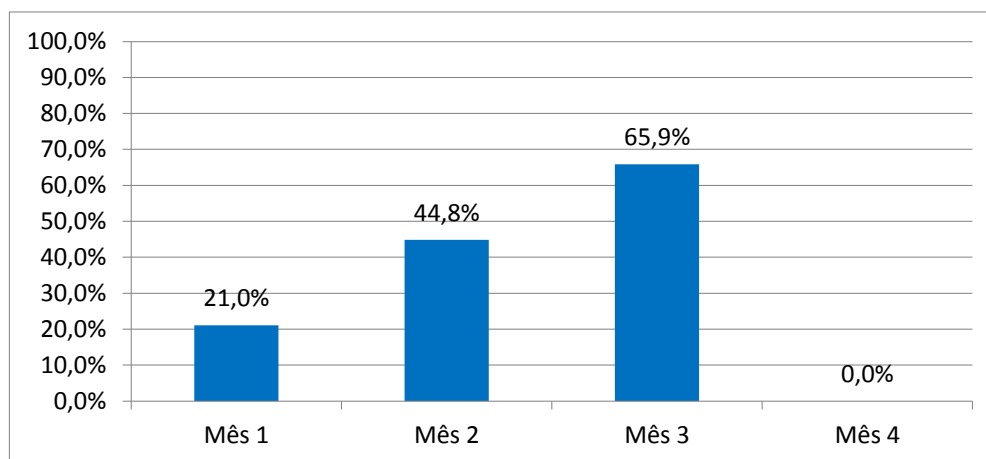


Figura 1- Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Maria de Fátima do Nascimento, Água Nova/RN, 2015.

**Meta 1.2:** Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Os atendimentos aos diabéticos aconteceram também segundo o planejado, conseguindo atender no primeiro mês um total de 34 diabéticos (29,6%), no segundo mês 64 (55,7%) e 91 diabéticos no terceiro mês (79,1%). Os dados estão apresentados na Figura 2.

As ações que auxiliaram nestes resultados foram: o trabalho integrado da equipe de ESF, profissionais da saúde, ACS, recepcionista, NASF e demais trabalhadores da unidade que apoiaram as ações do projeto, à capacitação da equipe de acordo aos protocolos estabelecidos pelo MS, o cadastramento realizado pela unidade de toda a população da área de abrangência assim como a busca ativa dos faltosos nas visitas domiciliares através dos ACS. Foi muito importante a orientação e informação à população sobre a existência do projeto e a qualificação da prática clínica permanente. Além da interação com o gestor e secretaria de saúde que providenciaram as ferramentas necessárias para desenvolver o trabalho.

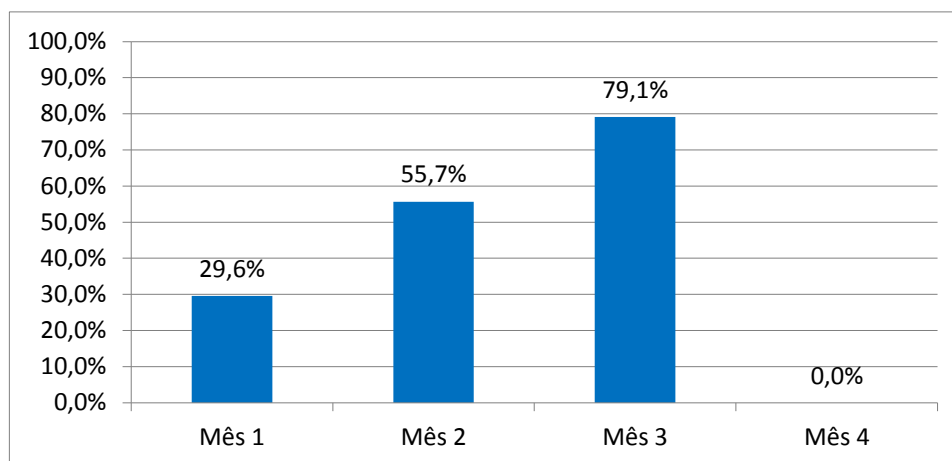


Figura 2 - Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Maria de Fátima do Nascimento, Água Nova/RN, 2015.

## **Objetivo 2:** Melhorar a qualidade na atenção a hipertensos e diabéticos

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

Neste indicador conseguimos atingir 100% de cobertura, com 307 usuários atendidos no período analisado. No primeiro mês foi realizado o exame clínico apropriado para 98 hipertensos (100%), no segundo mês para 209 hipertensos (100%) e no terceiro mês para 307 hipertensos (100%).

As ações que mais auxiliarem foi à capacitação da médica da equipe sobre os protocolos do MS, que passou a realizar um exame clínico completo, durante as consultas agendadas. O planejamento das ações, com a definição de uma agenda mensal para a equipe, com um dia fixo para o atendimento dos hipertensos também foi um dos fatores facilitadores para o sucesso dessa ação.

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

Neste indicador a equipe também conseguiu atingir 100% na realização de exame clínico em dia para os usuários diabéticos, atendidos durante toda a intervenção. No primeiro mês foram 34 hipertensos, no segundo mês 64 e no terceiro mês 91. As ações que mais auxiliarem foram o exame clínico com abordagem integral aos diabéticos nas consultas programadas, focando o mesmo no exame dos pés, pele, pulsos distais e sensibilidade das extremidades de suma

importância para a detecção precoce das complicações. Nesta atividade a médica contou também com o importante papel da enfermeira da ESF.

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

No primeiro mês foram realizados os exames complementares em dia de acordo com o protocolo do MS para 80 hipertensos (81,6%), no segundo mês para 181 hipertensos (86,6%) e no terceiro mês para 275 hipertensos (89,6%). Os dados estão apresentados na Figura 3.

No momento de realizar os atendimentos e consultas, os usuários não tinham os exames complementares em dia, segundo estabelecido no protocolo, mais saíram da consulta com a solicitação para sua realização. Na medida em que foi avançando a intervenção, foi acrescentando o número de usuários com os exames em dia.

Como fatores facilitadores as orientações permanentes realizadas pela enfermeira, técnica de enfermagem e os ACS, para os usuários sobre a importância da realização dos exames complementares e apresentá-los no dia da consulta agendada para serem avaliados pela médica da equipe. O maioria dos exames laboratoriais no município de Água Nova, são realizados pelo SUS, porém alguns são realizados na rede particular.

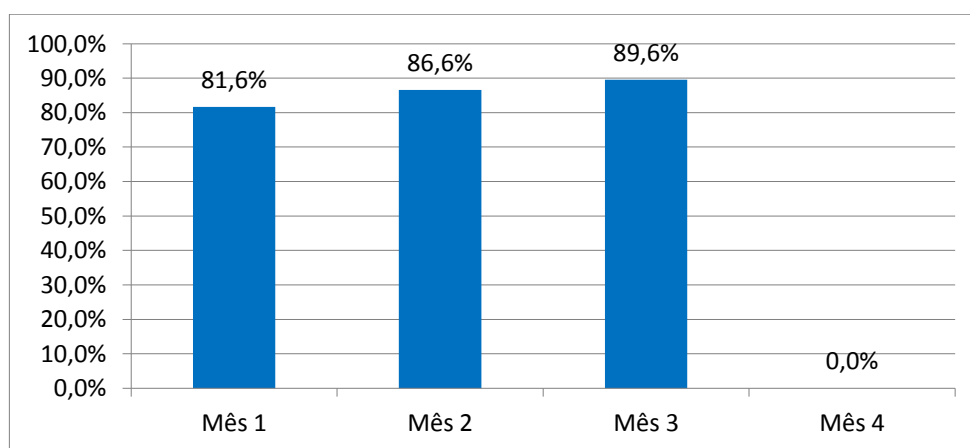


Figura 3 - Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Maria de Fátima do Nascimento, Água Nova/RN, 2015.

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

Neste indicador, ao longo da intervenção desenvolvida na nossa UBS, conseguimos no primeiro mês realizar os exames complementares para 25 diabéticos (73,5%), no segundo mês para 52 diabéticos (81,3%) e no terceiro mês para 78 diabéticos (85,7%). Os dados estão apresentados na Figura 4.

Este comportamento foi direcionado, porque no momento de realizar as consultas, os usuários não tinham os exames complementares em dia segundo estabelecido no protocolo, mais saíram das consultas médicas com a sua solicitação e orientação para realização. Assim como na meta anterior, o sucesso dessa ação está diretamente relacionado ao engajamento da médica na solicitação dos exames preconizados pelo protocolo do MS e as orientações dos profissionais da equipe para os usuários realizarem, além do agendamento realizado pela rede SUS no município.

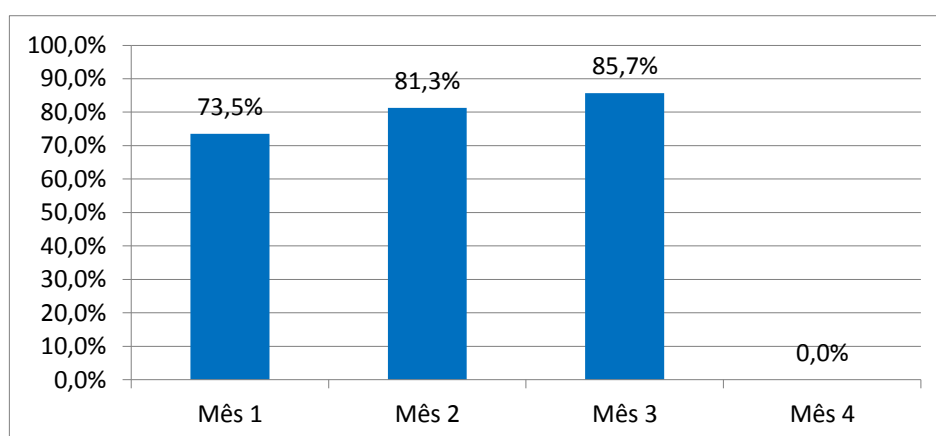


Figura 4 - Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Maria de Fátima do Nascimento, Água Nova/RN, 2015.

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

Foi realizada a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia no primeiro mês para 97 usuários hipertensos (99%), no segundo mês para 208 hipertensos (99,5%) e no terceiro mês para 302 hipertensos (98,4%). Os dados estão apresentados na Figura 5.

O não alcance de 100% nessa meta esteve relacionado à existência de usuários que tinham a prescrição medicamentosa realizada por outros especialistas, que não estavam incluídos na listagem dos medicamentos do Hiperdia, assim como

usuários com doenças concomitantes com a hipertensão que precisavam do uso de outros medicamentos não adquiridos na Farmácia popular.

Como fatores facilitadores para a melhoria da meta, podemos citar a orientação permanente, realizada pelos profissionais de saúde da UBS aos usuários e comunidade quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e a prescrição correta, seguindo a lista de medicamentos pela médica da equipe.

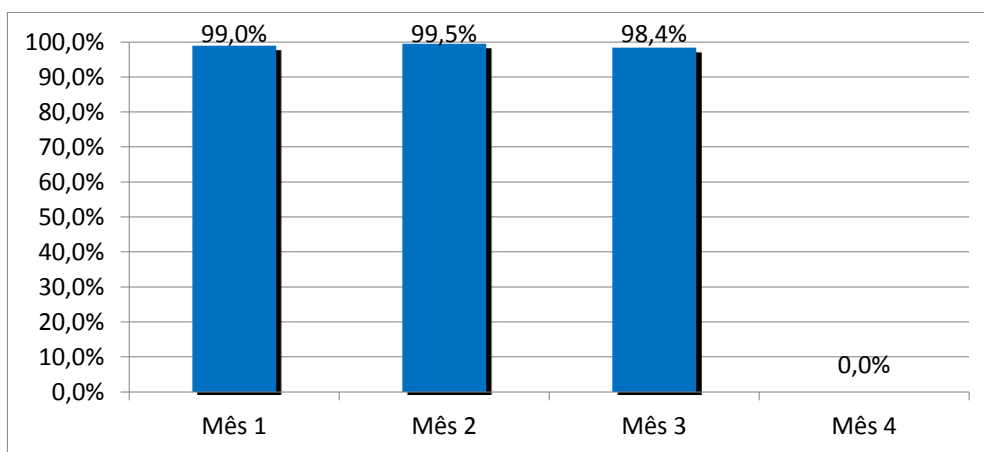


Figura 5 - Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na unidade de saúde Maria de Fátima do Nascimento, Água Nova/RN, 2015.

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

No caso dos usuários diabéticos, foi possível que 100% tivessem a prescrição de medicamentos de acordo com a farmácia popular. No primeiro mês foram priorizados a prescrição desses medicamentos para 34 diabéticos, no segundo mês para 64 e no terceiro mês para 91, representando 100%.

O sucesso dessa ação está relacionado à capacitação da médica da equipe sobre o protocolo do MS e a solicitação durante as consultas clínicas de medicamentos integrantes da lista da farmácia popular, além da orientação realizada pelos ACS para os usuários sobre a importância de adquirirem essa medicação.

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

Como a nossa UBS possui integrada aos atendimentos a equipe de SB, com dentista e ASB, conseguimos atingir 100% de cobertura para essa meta. No primeiro

mês foram avaliados 98 hipertensos (100%), no segundo mês 209 (100%) e no terceiro mês 307 usuários (100%). Todos os usuários com hipertensão foram avaliados da necessidade de atendimento odontológico pela enfermeira e médica nas consultas durante toda a intervenção, atingindo o 100%. No caso de precisarem de atendimento odontológico foram encaminhados para a equipe de SB

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

De igual forma todos os usuários com diabetes foram avaliados pela enfermeira e médica nas consultas sobre atendimento odontológico, e em seguida encaminharam todos os usuários para a avaliação especializada com a dentista da equipe de SB. Com essa dedicação da médica e enfermeira e o importante apoio da equipe de SB conseguimos atingir 100% de cobertura nessa meta.

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

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

Neste indicador percebe-se como foram realizadas as ações planejadas na busca de faltosos as consultas na UBS, através das visitas domiciliares realizadas pelos ACS e as visitas domiciliares realizadas pela equipe de ESF, para os usuários que não comparecem a unidade. Neste caso conseguimos buscar 100% dos faltosos durante a intervenção, com a realização de 08 buscas no primeiro mês (100%), 15 buscas no segundo mês (100%) e 17 buscas no terceiro mês (100%).

Foi organizada uma agenda para acolher estes usuários e muitas vezes eram atendidas no dia para não perder a oportunidade. Durante as consultas, visitas, atividades de grupo e palestras, a comunidade é informada e orientada sobre a importância de comparecer as consultas planejadas pelos profissionais, escutando suas opiniões para garantir a participação da comunidade no planejamento das ações e garantir sua autonomia em sua saúde.

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

Assim como na meta anterior, a equipe de saúde da ESF conseguiu buscar 100% dos diabéticos faltosos as consultas na UBS, com a realização de 03 buscas

no primeiro mês (100%), 05 buscas no segundo mês (100%) e 05 buscas no terceiro mês (100%).

Teve um papel fundamental nesta ação os ACS em seu trabalho comunitário com visitas domiciliares, orientando os usuários diabéticos, sua família e a comunidade sobre a importância de comparecerem para as consultas programadas e sobre o acompanhamento da sua doença. Todos os usuários faltosos tiveram as suas consultas agendadas ainda durante a visita domiciliar, visando organizar a agenda de atendimento da equipe.

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

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

As fichas de acompanhamento dos usuários hipertensos foram preenchidas no primeiro mês da intervenção para 97 usuários (99%), no segundo mês para 208 (99,5%) e no terceiro mês para 306 (99,7%). As ações que mais contribuíram para o registro adequado na ficha de acompanhamento na nossa UBS foram às capacitações ministradas pela médica e enfermeira da equipe para os profissionais de saúde da ESF e o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas realizadas pela médica, que com a organização da agenda de atendimentos, tendo tempo adequado para o atendimento integral dos usuários. Só 01 usuário não teve seu registro adequado dado pelo traslado recente para o município. Os dados estão apresentados na Figura 6.

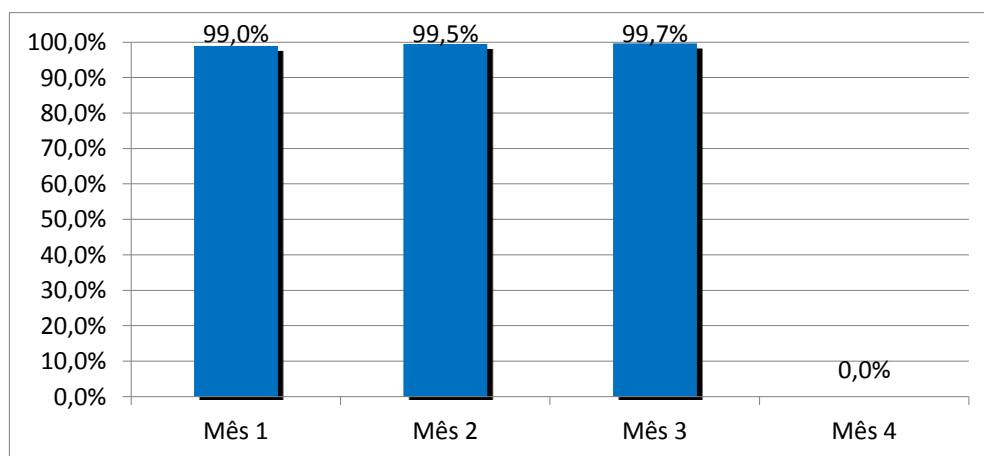


Figura 6 - Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na unidade de saúde Maria de Fátima do Nascimento, Água Nova/RN, 2015.



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

Nessa meta, 100% dos usuários diabéticos receberam o registro adequado na ficha de acompanhamento, com o preenchimento de todas as informações coletas durante as consultas médicas. No primeiro mês foram registrados adequadamente os atendimentos de 34 diabéticos (100%), no segundo mês de 64 (100%) e no terceiro mês de 91 diabéticos (100%).

Os usuários são orientados sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. A equipe mantém a capacitação permanente sobre o preenchimento de todos os registros necessário para o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos

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

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

Foi realizada a estratificação de risco cardiovascular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade, pela médica e enfermeira durante as consultas de atendimento para estes usuários, levando em consideração os critérios para avaliação dos fatores de risco, modificáveis ou não modificáveis e o escore de Framingham. No primeiro mês foram 98 estratificações (100%), no segundo mês 209 (100%) e no terceiro mês 307 (100%).

Como fatores facilitadores para o sucesso dessa ação, podemos destacar o planejamento das consultas destes usuários em dependência desta avaliação e priorizando aqueles com critérios de risco. Além disso, durante as palestras, visitas domiciliares e consultas individuais os usuários foram orientados sobre estilos de vida saudáveis como alimentação e realização de exercícios físicos, evitar o tabagismo, consumo de sal, etilismo etc. Esta ação é realizada pela equipe de forma permanente e contínua.

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

Foi realizada a estratificação de risco cardiovascular para 100% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade, pela médica e enfermeira durante as

consultas programadas. No primeiro mês foram 34 estratificações (100%), no segundo mês 64 (100%) e no terceiro mês 91 (100%) estratificações para os diabéticos. Os fatores facilitadores para o desenvolvimento dessa ação são os mesmos citados na meta anterior, com destaque para a capacitação e dedicação da médica e enfermeira da equipe, que organizaram o processo de trabalho e passaram a realizar a estratificação de risco para os usuários cadastrado na intervenção.

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

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

Foi garantida a orientação nutricional para 100% dos hipertensos, pelos profissionais da equipe: médico, enfermeira, nutricionista do NASF, assim como a colaboração dos ACS e técnica de enfermagem. Foram realizadas as atividades educativas em consultas individuais, palestras educativas, reuniões de grupos e visitas domiciliares. A orientação aos hipertensos e familiares foi realizada de forma permanente e contínua. Nessa meta tivemos a importante colaboração da nutricionista do NASF, que esteve presente na nossa UBS e durante as atividades educativas, orientados os usuários com HAS sobre hábitos alimentares saudáveis.

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

Assim como na meta anterior, conseguimos garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável para 100% dos usuários com DM. As orientações foram realizadas por todos os profissionais da equipe, durante as atividades de educação em saúde e principalmente pela médica, enfermeira e nutricionista do NASF, durante os atendimentos individuais. Os fatores facilitadores para o sucesso dessa ação são os mesmos descritos na meta anterior.

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

Os 307 hipertensos cadastrados na intervenção foram orientados sobre a prática de atividade física regular, representando 100% de cobertura nessa meta. Além da ação educativa nas consultas e diferentes espaços comunitários o

Educador Físico do NASF teve um papel fundamental na promoção e no incentivo à população em geral e principalmente para os usuários com HAS, para a realização de atividade física, promovendo a criação e realização do grupo de caminhadas. Cada vez mais são incorporados novos usuários hipertensos à realização de atividades físicas. A capacitação da equipe é contínua e permanente sobre estes aspectos.

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

Conseguimos também orientar 100% dos usuários com DM sobre a importância da prática de atividade física regular. O Educador Físico do NASF foi o responsável pela organização e realização dos grupos de atividades físicas e caminhadas para os usuários integrantes da intervenção. Os fatores facilitadores para essa meta foram o apoio do Educador Físico do NASF, a orientação e convite realizado pelos ACS e o engajamento da comunidade através das atividades de educação em saúde e durante os atendimentos individuais realizados pelos profissionais de saúde na UBS, sempre orientando os diabéticos sobre a importância da prática de atividades físicas.

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

Todos os 307 usuários hipertensos cadastrados e atendidos em nossa unidade depois de iniciar a intervenção foram orientados sobre riscos do tabagismo e conhecem a existência de tratamento para abandonar o hábito de fumar, representando 100% de cobertura para essa meta. Já foi organizado e implantado um grupo de antitabagismo em nossa UBS, com a coordenação da médica e enfermeira, que através de práticas educativas, com a colaboração de todos os profissionais de saúde da equipe de ESF, incluindo o dentista e ASB e dos profissionais do NASF.

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

Todos os 91 usuários diabéticos cadastrados e atendidos em nossa unidade receberam orientação sobre riscos do tabagismo, representando 100% de cobertura

para essa meta. Esses usuários foram incluídos no grupo de educação em saúde sobre o tabagismo, sendo os fatores facilitadores os mesmos já descritos na meta anterior.

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

Durante a intervenção conseguimos garantir orientação sobre higiene bucal para 100% dos usuários com HAS. No primeiro mês foram orientados pela dentista e ASB 98 hipertensos (100%), no segundo mês 209 hipertensos (100%) e no terceiro mês 307 hipertensos (100%). Essas atividades sobre a importância da higiene bucal aconteceram também durante as consultas individuais realizada pela médica e enfermeira, nas atividades em grupo e palestras e durante as visitas domiciliares.

Como principal fator facilitador para o sucesso dessa meta, podemos citar o engajamento da dentista e ASB da UBS, que sempre apoiaram as ações da intervenção, participando de forma ativa das atividades clínicas e educativas e realizaram a capacitação da equipe da ESF sobre a saúde bucal, de acordo com os protocolos do MS.

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

Assim como no indicador anterior, conseguimos orientar 100% dos diabéticos cadastrados na unidade sobre a higiene bucal. No primeiro mês foram 34 diabéticos orientados, no segundo mês 64 diabéticos e no terceiro mês 91 diabéticos orientados. Os fatores facilitadores para a implementação dessa meta na UBS foram os mesmos já descritos na meta anterior, com a capacitação realizada pela equipe de SB para os profissionais da ESF e a dedicação de toda a equipe para a implementação de ações educativas relacionadas à saúde bucal dos usuários com DM.

## 4.2 Discussão

A intervenção em minha UBS propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos alcançando 307 hipertensos representando 65,8% e 91 diabéticos representando 79,1%, além da melhoria na qualidade dos atendimentos a este grupo de usuários, enfatizando um exame físico mais completo e específico,

com destaque na busca de fatores de risco e afetação de órgãos alvo, obtendo uma classificação de risco de ambos os grupos que permitiu um acompanhamento de qualidade. Além disso, propiciou uma melhor qualidade dos registros dos dados para estes dois grupos que estão muito associados na realidade. Assim como as ações de promoção e prevenção que envolveu a todos os usuários portadores destas duas doenças.

A intervenção exigiu que a equipe de atuação se capacitasse para seguir as recomendações do MS relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado dos médicos, das enfermeiras, técnicas de enfermagem, recepcionista, ACS e demais trabalhadores da unidade, além da equipe do NASF. Isso tem propiciado que cada um dos membros da equipe tenha sua responsabilidade na hora de acolher os usuários e realizar as ações que melhoram a qualidade da atenção.

O acolhimento ficou de responsabilidade de toda a equipe, mas é realizada principalmente pelos técnicos de enfermagem com ajuda da recepcionista, com uma escuta qualificada e de responsabilidade integral sobre o usuário que chega a unidade, prestando uma atenção diferenciada para aqueles que chegam espontaneamente, procurando dar continuidade de assistência segundo a necessidade, para que sua consulta ou atendimento seja agendado no dia ou posteriormente.

Ficaram claras as atribuições dos médicos e as enfermeiras nos atendimentos dos usuários, com exame físico detalhado, com destaque nos exames dos pés dos diabéticos, o cálculo do índice de massa corporal e avaliação do risco, assim como as orientações educativas individuais sobre dieta saudável, a prática de exercícios físicos, saúde bucal entre outras orientações gerais.

Os ACS foram os responsáveis pelo cadastro dos usuários e a realização das visitas periódicas destes usuários, e na busca ativa de faltosos a consulta programada, além de incentivar nas visitas domiciliares sobre a importância das consultas planejadas, alimentação saudável e prática de exercícios físicos, assim como manter as fichas de acompanhamento individuais atualizadas e os cadernos destinados para estes fins.

O monitoramento das ações foi uma das responsabilidades da enfermeira, e ocorreu de forma semanal. Durante as reuniões da equipe foram realizados um

balanço do andamento das ações do projeto, analisando as facilidades e dificuldades e trazendo estratégias para sua melhoria. Nas reuniões mensais aprofundamos sobre a progressão das ações realizadas e planejamento das atividades do próximo mês.

Foram planejadas e executadas com sucesso as palestras educativas aos grupos de hipertensos e diabéticos tendo em consideração o risco cardiovascular, com apoio do NASF segundo os protocolos do MS. Estas palestras dirigidas à população alvo, assim como à comunidade promoveu e incentivo a participação da equipe e sua interação com a comunidade dando uma maior importância a promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos resultantes das mesmas.

Com as atividades da intervenção conseguimos aproximar a equipe de SB e a ampliação dos serviços odontológicos, com um verdadeiro trabalho integrado, com a participação ativa do dentista e ASB nas palestras de orientação sobre saúde bucal, atividades de educação em saúde. A equipe de SB organizou a sua agenda de atendimentos, estando preparada para receber a demanda de usuários com HAS e/ou DM referenciados pela médica e enfermeira após as consultas do hiperdia. Outro ponto muito importante foi à integração do NASF e sua participação ativa nas ações do projeto. Outro serviço que foi reorganizado e fortalecido com a intervenção foi o serviço da Farmácia, estabelecendo-se uma relação de diálogo entre o Bioquímico, técnica de farmácia e a equipe da ESF, conseguindo a atualização do estoque de medicamentos para estes grupos.

O impacto da intervenção tem sido percebido pela comunidade, pois a demanda de atendimentos durante a intervenção aumentou progressivamente. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a qualidade dos atendimentos bem como o acolhimento realizado pelos trabalhadores da unidade. A população e os usuários hipertensos e diabéticos relatam também que estão adquirindo um maior conhecimento sobre as doenças, os cuidados em saúde e as medidas de promoção da saúde.

Um dos pontos positivos para o sucesso da intervenção foi à organização de todas as ações que aconteceram de acordo com o planejamento das atividades no cronograma. Iniciamos a intervenção realizando reuniões com os profissionais de saúde da UBS e a gestão em saúde, em seguida com a comunidade e retornamos para a capacitação da equipe sobre o protocolo do MS. O cadastramento dos

usuários e as consultas clínicas, atividades educativas e monitoramento foram sendo realizados durante as 12 semanas.

Se fosse realizar a intervenção neste momento, acredito que a equipe da ESF estaria mais atenta aos dados da Análise Situacional. Também melhorariamos a divulgação do projeto e buscaríamos outras parcerias na comunidade para apoiar as ações. A intervenção já foi incorporada a rotina do serviço de forma sistemática e pretendemos ampliar o trabalho de sensibilização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção aos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco. Continuaremos com o adequado registro dos atendimentos na ficha de acompanhamento e o preenchimento da ficha de espelho, permitindo melhor controle e monitoramento das ações. Pretendemos dar continuidade às ações para atingir o total da cobertura dos usuários hipertensos e diabéticos.

A equipe estará buscando melhorar o planejamento das consultas agendadas e dando prioridade às ações educativas de forma permanente para atingir mudanças nos estilos de vida da população, fortalecendo e aperfeiçoando a vigilância epidemiológica destas doenças para poder avaliar o comportamento das mesmas e traçar novas estratégias de intervenção.

Continuaremos na procura de aumentar e ampliar a cobertura dos hipertensos e diabéticos de nossa área, pois contamos com o recurso humano e a vontade da equipe de ESF para dar continuidade às ações do projeto e melhorar a cobertura do programa. Tomando como exemplo este projeto, pretendemos implementar ações no programa de controle do câncer do colo do útero e de mama na UBS.

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

Caros gestores: Rafaela Carvalho, Prefeita do Município Agua Nova  
Edilma Souza, Secretaria de saúde.

Sou a médica Martha Sarmiento Olivera, integrante do Programa Mais Médicos, atuando na UBS Maria de Fátima do Nascimento. O foco deste relatório é divulgar para vocês todas as ações que foram desenvolvidas no Projeto de Intervenção realizado em nossa UBS, visando a Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus.

Iniciamos as atividades com a realização da Análise Situacional e Estratégica do território de atuação, UBS, equipe e comunidade, levantando as principais características e indicadores de saúde. Entre as ações programáticas, percebemos que existia uma baixa índice de cobertura nos atendimentos para os usuários com HAS e/ou DM, segundo estimativa do Ministério de Saúde assim como os indicadores de qualidade, que não estavam adequados e a necessidade de organizar o processo de trabalho da equipe de acordo com os protocolos do MS.

Antes de iniciarmos a intervenção eram acompanhados só em consulta na UBS, 152 hipertensos representados em um 33% e 35 diabéticos para um 30% o que comprova a baixa cobertura, além da existência de faltosos ás consultas. A HAS e DM constituem um importante problema de saúde no mundo atual e no Brasil representa uns das primeiras causas de morte e hospitalização no SUS, constituindo não só uma carga para as pessoas que sofrem destas doenças, mais também para os familiares, a sociedade e a economia nacional.

Elas são fatores de risco importante no desenvolvimento de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares as quais podem ser modificáveis, com ações e políticas de saúde eficazes e com a participação popular. Neste sentido, o presente



trabalho objetivou acompanhamento dos hipertensos e diabéticos em nossa unidade.

Iniciamos as ações com o envolvimento da equipe, definindo as atribuições de cada profissional e realizando contato com a secretaria municipal de saúde para buscar apoio para o desenvolvimento das atividades. Em seguida realizamos a divulgação do projeto com a comunidade, através dos ACS e de educação em saúde, onde a médica e enfermeira palestraram sobre o tema da intervenção. A equipe passou então a ser capacitada permanentemente sobre o protocolo de HAS e DM do Ministério da Saúde, visando à padronização das condutas.

A equipe organizou a agenda de atendimentos mensal, com consultas programadas para os usuários com HAS e/ou DM, deixando vagas para os usuários provenientes da busca ativa, realizada pelos ACS. As consultas clínicas foram realizadas pela médica, com uma anamnese e exame físico completo, estratificação do risco cardiovascular, avaliação do tratamento medicamentoso, solicitação de exames laboratoriais e de diagnóstico e implementação de orientações individuais e em grupo, através de ações de educação em saúde com a comunidade. A equipe de SB foi integrada as ações da intervenção, com o apoio da dentista e ASB, conseguimos avaliar a saúde bucal dos usuários cadastrados no programa e o acompanhamento periódico pela equipe.

Foram realizadas ações de promoção de saúde mediante palestras educativas para este grupo, com participação da comunidade e outras lideranças. O trabalho foi desenvolvido com sucesso, conseguindo uma boa integração da equipe de ESF e do NASF, acrescentando assim a efetividade do programa de atendimento aos usuário hipertensos e/ou diabéticos, e efetivando os princípios do SUS da integralidade, universalidade e da equidade.

Após concluirmos as 12 semanas de intervenção, conseguimos atingir 65,8% de cobertura (307 usuários) no programa para os hipertensos e 79,1% de cobertura para 91 usuários diabéticos. Foram realizados em total 343 atendimentos atingindo a meta superior proposta no projeto, que era de 60% para ambas as ações. De forma geral todas as ações propostas na intervenção foram cumpridas segundo o Cronograma.

Acreditamos que o apoio da gestão municipal de saúde foi fundamental, com ações de apoio na divulgação do projeto na comunidade, ofertando com prontidão os instrumentos e insumos necessários para o desenvolvimento da intervenção

assim como a aprovação, facilitação e criação de espaços para o desenvolvimento de ações como: atividades físicas, apoio do NASF e os horários protegidos para a realização das ações de educação permanente em saúde e o monitoramento das ações.

Todas as ações desenvolvidas no projeto de intervenção já estão incorporadas a rotina de trabalho da unidade e com a certeza continuaremos nos empenhando e melhorando a qualidade do atendimento para esse público alvo e demais usuários da comunidade, fortalecendo ainda mais o engajamento público e contando com o permanente apoio dos gestores. Assim também pretendemos viabilizar a incorporação de outras ações programáticas, como o programa de câncer de colo de útero e de mama e juntos fortalecer a APS em nosso município. Nosso agradecimento pela confiança dos gestores municipais e de saúde na nossa equipe e no projeto que desenvolvemos.

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

Prezados usuários e comunidade em geral, sou a médica Martha Sarmiento Olivera, integrante do Programa Mais Médicos, atuando na UBS Maria de Fátima do Nascimento, atendendo suas comunidades. Este relatório visa divulgar todas as ações que foram desenvolvidas no Projeto de Intervenção realizado em nossa UBS, pela nossa equipe de saúde, visando a Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus.

As ações da intervenção aconteceram durante 12 semanas e foi desenvolvida pela médica, enfermeira, técnicos de enfermagem, ACS, dentista, ASB e a equipe do NASF. A realidade é que após realizarmos um levantamento sobre a análise situacional e estratégica do território, UBS, equipe e comunidade, como parte integrante de um curso de especialização realizado pela médica da equipe, conseguimos detectar grandes dificuldades na organização do processo de trabalho da equipe e a baixa cobertura de atendimento para os usuários com HAS e DM da nossa comunidade. Os indicadores de cobertura e qualidade estavam muito abaixo dos recomendados pelo MS.

A intenção da equipe de ESF era de intervir com ações eficazes e oportunas que melhorassem e qualificassem o programa em nossa UBS. Tendo em conta a importância do controle destas doenças, que representam a primeira causa de morte no mundo, e especialmente aqui no Brasil, sendo uma realidade em nossa comunidade. Esses agravos podem ser modificados com medidas e ações que envolvem a equipe, e os gestores com a participação ativa da comunidade.

Nesse sentido, caros usuários, a equipe de ESF, a equipe odontológica e a equipe do NASF, contando com o apoio dos gestores de saúde do município, planejaram, organizaram e implantaram um projeto de intervenção, com uma série de ações que tinham como objetivo a melhoria dos atendimentos aos usuários do Hiperdia.

Além foram realizadas atividades educativas de promoção de saúde, onde enfatizamos sobre a importância da alimentação saudável, a realização de exercícios físicos, o controle da pressão arterial e glicemia, entre outros temas. Aproveitamos este espaço para parabenizar a participação ótima de cada um de vocês nessas atividades coletivas.

Após o término conseguimos realizar atendimentos de qualidade para 307 usuários hipertensos representando o 65,8% e 91 atendimentos para os usuários com diabetes para um 79,1% estando acima da meta estabelecida inicialmente de 60% para ambas as ações.

As consultas foram realizadas tendo em conta os indicadores de qualidade na atenção para estas doenças de acordo aos protocolos do MS. Foi realizada busca ativa para 100% dos faltosos as consultas e todos estão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Os resultados obtidos durante a intervenção foram muito eficientes e motivadores para a equipe de ESF e gestão municipal de saúde, pois conseguimos aumentar o número de atendimentos dos usuários com HAS e/ou DM, acrescentando a cobertura dos usuários atendidos na unidade; garantindo a medicação dos usuários na Farmácia de Hiperdia/popular, assim como os exames complementários necessários para uma adequada avaliação. Em fim as ações foram cumprimentadas segundo o previsto no cronograma.

As ações apresentadas aqui continuarão sendo realizadas pela equipe de ESF na nossa comunidade, já que a intervenção está incorporada a rotina de atendimento dos profissionais de saúde da UBS. Um ponto fundamental para a continuidade dessas ações é a importante participação da comunidade e o apoio de vocês usuários da UBS, dos líderes comunitários, para continuarmos engajando a participação social e desenvolver ações que visem transformações na melhorar da qualidade do programa e da qualidade de vida dos usuários com HAS e/ou DM.

Pretendemos implementar outras ações programáticas em nosso serviços de saúde, como o controle do câncer de colo de útero e de mama, que é uma importante ação na melhoria da qualidade da saúde das mulheres, contando sempre com a participação ativa da comunidade e assim vivenciando o engajamento público. Gostaríamos muito de agradecer a todos os usuários da comunidade pelo apoio e adesão ao nosso projeto de intervenção. Obrigada.

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

Fazendo uma reflexão crítica sobre meu processo de aprendizagem durante o curso de Especialização em Saúde da Família considero que minhas expectativas iniciais foram cumpridas, levando-se em consideração que um dos aspectos mais fascinantes da aprendizagem é que nos leva desde um ponto no qual temos pouco ou nenhum conhecimento até o ponto em que podemos dominá-lo e aplicá-lo com destreza em diversos campos.

Desde o início pretendia adquirir conhecimentos sobre: objetivos, princípios, diretrizes e desenvolvimento do SUS no Brasil, tendo como base a Atenção Primária à Saúde, e consolidada através da Estratégia de Saúde da Família. Após a realização das atividades do curso consegui desenvolver habilidades e atitudes fundamentais para a minha atuação como médica de família, estando inserida na comunidade.

Considero de suma importância o intercâmbio de conhecimentos que foram possíveis através dos fóruns de saúde coletiva e clínica e a interação com o orientador através dos diálogos diários, que permitiram desenvolver com êxito todas as etapas do Projeto de Intervenção e conseguindo cumprir os objetivos propostos de melhorar a atenção aos usuários do território/equipe de ESF que estou inserida.

A educação permanente durante o curso me proporcionou a inserção num processo pedagógico reflexivo e dinâmico, onde o orientador proporcionou um saber diferenciado em nossa formação como profissionais da APS, estabelecendo espaços de discussão, análise e reflexão crítica das práticas no cotidiano do trabalho, e a interação com a equipe de ESF, secretaria de saúde e gestores municipais de saúde, além do contato permanente com a comunidade.

Em nossa formação médica em nível de especialização foi possível realizar um raciocínio crítico para a tomada de decisões com uma formação humanista que valorize a relação médico-usuário e o dever ético da nossa profissão. Um dos exemplos claros foi a realização dos vários Estudos de Prática Clínica e Casos Interativos. Nesta perspectiva tornou-se uma experiência rica, permitindo aprender a construir, constatar e intervir sobre os problemas mais prevalentes que a nossa população apresenta e assim melhorar a sua qualidade de vida.

O curso foi um estímulo para meu desenvolvimento acadêmico, em uma perspectiva ampliada do cuidado da Saúde da família. Permitiu conhecer a

abordagem integral da família, a comunidade, a participação social e o engajamento público no desenvolvimento das políticas de saúde brasileiras, bem como a realização do cuidado humanizado, da escuta qualificada, do vínculo, tão efetivos diante do processo saúde-doença, tendo em consideração as ações de promoção e prevenção em saúde, devem ser realizadas com compromisso ético e profissional com a população.

Além do processo de aprendizagem do curso de especialização da UFPel ser muito bem organizado, estruturado e planejado de tal forma que foi acrescentando minha motivação pelo processo, assim como a aquisição e modificação de conhecimentos, condutas e valores a ponto de partida da experiência, o raciocínio, a observação e a interação entre colegas e orientadores em os diferentes espaços criados para estes fins.

Não posso deixar de mencionar que o curso como processo de aprendizagem permitiu também o meu aperfeiçoamento da língua portuguesa e da metodologia científica. Considero fundamental a educação permanente na formação dos profissionais de saúde, destacando o papel transformador e emancipador que o curso exerceu na minha formação.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do Colo do útero e de mama. Cadernos de Atenção Básica, nº 13. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Cadernos de Atenção Básica, nº 36. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Cadernos de Atenção Básica, nº 37. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Cadernos de Atenção Básica, nº 14. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Cadernos de Atenção Básica, nº 33. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2014. Disponível no link <http://cod.ibge.gov.br/7UAV>

## **Apêndices**



## Apêndice A - Imagens das ações desenvolvidas na intervenção



Figura 7 - Reunião da equipe multidisciplinar de Saúde da UBS para o início das atividades



Figura 8 - Visitas Domiciliares para os usuários com HAS e/ou DM realizada pela equipe de ESF



Figura 9 - Dramatização realizada pelos ACS sobre o tabagismo em um grupo do Hiperdia



Figura 10 - Atividade de Educação em Saúde com os usuários HAS e/ou DM



Figura 11 - Capacitação da equipe sobre o protocolo do MS



Figura 12 - Técnica de relaxamento muscular realizada no grupo Hipertensão



Figura 13 - Prática de Atividades Físicas realizadas pelo Educador Físico do NASF



Figura 14 - Parceria do NASF com a equipe de ESF visando qualidade de vida para os usuários com HAS e/ou DM

## **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>  
Pro<sup>a</sup> Ana Cláudia Gestal Fassa

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

Prezada Pesquisadora;

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

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

### Anexo B- Planilha de coleta de dados

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1																			
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?	
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	
1	1																		
2	2																		
3	3																		
4	4																		
5	5																		
6	6																		
7	7																		
8	8																		
9	9																		
10	10																		
11	11																		
12	12																		
13	13																		
14	14																		
15	15																		
16	16																		
17	17																		
18	18																		
19	19																		
20	20																		
21	21																		
22	22																		
23	23																		
24	24																		
25	25																		
26	26																		
27	27																		
28	28																		







## **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