

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



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus da UBS Bom Jesus, Pelotas /RS.**

**Alberto Suarez Madrigal**

**Pelotas, 2015**

**Alberto Suarez Madrigal**

**Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus da UBS Bom Jesus, Pelotas /RS.**

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: Maria Emilia Nunes Bueno.

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

M178m Madrigal, Alberto Suarez

Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus da UBS Bom Jesus, Pelotas /RS / Alberto Suarez Madrigal; Maria Emilia Nunes Bueno, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

77 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. Bueno, Maria Emilia Nunes, orient II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

A meus pais Alberto Juan Suarez Bernal e  
Claudia Iraida Madrigal Madrigal.

## **Agradecimentos**

A Universidade Federal de Pelotas pela oportunidade de realizar o curso de especialização da saúde da família modalidade a distância.

Em especial a orientadora Maria Emilia Nunes Bueno pela excelente orientação, confiança, amizade e apoio constante durante o curso e realização deste trabalho.

A minha família pelo carinho e apoio incondicional em todos os momentos.

A minha equipe de estratégia de saúde da família como: enfermeira, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde e estagiárias de enfermagem.

Aos colegas da Unidade Básica de Saúde em especial ao enfermeiro Carlos Andres K. da Rosa.

E a todos que direta ou indiretamente contribuíram de alguma forma para a realização deste trabalho.

## Resumo

MADRIGAL, Alberto Suarez. **Melhoria da atenção aos portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus da UBS Bom Jesus, Pelotas /RS.** 2015. 77f. 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.

O presente trabalho refere-se a uma intervenção realizada na Unidade Básica de Saúde Bom Jesus, no município de Pelotas/RS com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Tais doenças nos últimos tempos vêm demonstrando um significativo crescimento (BRASIL, 2013). De forma geral, os fatores de risco para o desencadeamento de tais doenças têm favorecido para esse crescimento, pois a obesidade, o sedentarismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, tabagismo e maus hábitos alimentares estão cada vez mais presentes na vida da população brasileira (BRASIL, 2013). A intervenção foi realizada em um período de três meses e participaram 276 hipertensos de um total de 500 pertencentes a área de abrangência da unidade, atingindo uma cobertura de 55,2% e 149 diabéticos, com uma cobertura de 100%. Durante o período da intervenção 100% dos usuários com hipertensão e diabetes receberam exame clínico em dia de acordo com o protocolo, tiveram seus exames complementares em dia, foram avaliados para a necessidade de atendimento odontológico, tiveram seus registros adequados nas fichas de acompanhamento, receberam estratificação de risco cardiovascular por exame clínico. Tivemos em torno de 74% de hipertensos e 76% de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular. Organizou-se práticas coletivas sobre alimentação saudável e sobre orientações de atividades físicas. Tivemos apoio da nutricionista e do educador físico da unidade de saúde. A comunidade ganhou muito com a intervenção, já que um número significativo de indivíduos foi beneficiado. Os usuários hipertensos e diabéticos passaram a ter um atendimento na UBS com mais qualidade nas consultas médicas, e também no atendimento realizado por toda a equipe. Melhorou-se desde o acolhimento, o exame físico, avaliações com outros profissionais como dentista, nutricionista até o aumento da demanda dos medicamentos na farmácia popular que eles têm acesso. Foram formados os grupos de hipertensos e diabéticos, com os quais os usuários estão muito satisfeitos em participar das atividades educativas, preventivas e assim conhecer mais suas doenças evitando complicações das mesmas. Podemos afirmar que neste momento a intervenção está incorporada na rotina do serviço já que a equipe de saúde trabalha junto, estimulada, integrada e unida; cada um desenvolvendo suas funções desde os agentes comunitários de saúde com o cadastramento até a enfermeira e o médico fazendo as consultas e monitorando das demais ações de saúde. Com o desenvolvimento deste trabalho, o atendimento que era realizado neste serviço sofreu modificações e mudou a rotina no mesmo. Ao prestar atendimento as pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, também englobamos muitos idosos que são acometidos por estas doenças. Nosso planejamento é atender a todos da comunidade, incluindo familiares e oferecendo um serviço com maior qualidade.

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

## Lista de Figuras

Figura 1: Reunião de Equipe na UBS Bom Jesus, Pelotas/RS. ....	57
Figura 2: Reunião de capacitação das equipes de saúde da UBS Bom Jesus, Pelotas/RS. ....	57
Figura 3: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. UBS Bom Jesus, Pelotas, 2015.....	59
Figura 4: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Bom Jesus, Pelotas, 2015.....	59
Figura 5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Bom Jesus, Pelotas, 2015.....	61

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

ACS	Agente comunitário da Saúde
CAPS	Centro Atenção Psicosocial
CAPS AD	Centro Atenção Psicosocial Alcool e Droga
DM	Diabetes Mellitus
DST`S	Doenças sexualmente transmissíveis
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
SIAB	Sistema de Informação da atenção Básica
SUS	Sistema Único Saúde
UBAI	Unidade Básica Atendimento Imediato
UBS	Unidade Básica De Saúde
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde



## Sumário

1	Análise Situacional.....	9
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	9
1.2	Relatório da Análise Situacional.....	10
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	23
2	Análise Estratégica .....	24
2.1	Justificativa.....	24
2.2	Objetivos e metas.....	26
2.2.1	Objetivo geral .....	26
2.2.2	Objetivos específicos e metas.....	26
2.3	Metodologia.....	28
2.3.1	Detalhamento das ações.....	28
2.3.2	Indicadores.....	44
2.3.3	Logística.....	50
2.3.4	Cronograma .....	53
3	Relatório da Intervenção.....	54
3.1	Ações previstas e desenvolvidas .....	54
3.2	Ações previstas e não desenvolvidas .....	56
3.3	Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	56
3.4	Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	56
4	Avaliação da intervenção.....	58
4.1	Resultados .....	58
4.2	Discussão.....	64
5	Relatório da intervenção para gestores .....	66
6	Relatório da Intervenção para a comunidade .....	69
7	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	71
	Referências .....	73
	Anexos .....	74

## **Apresentação**

O presente trabalho é parte das atividades desenvolvidas no curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, através da Universidade Aberta do SUS, na Universidade Federal de Pelotas. Este volume abrange as seguintes partes: 1) Análise situacional, na qual é realizada a análise e descrição da unidade básica de saúde, incluindo a comparação da estrutura física, das atribuições dos profissionais e das atividades de controle social e educação em saúde com o marco legal e também a análise do processo de trabalho envolvido no atendimento à demanda e na atenção às ações programáticas; 2) Análise estratégica – Projeto de intervenção, seção a qual é definido o projeto de intervenção sobre a melhora da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos da comunidade adstrita, onde são definidos objetivos, metas, ações necessárias em cada eixo – Organização e Gestão do Serviço, Monitoramento e Avaliação, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica - para atingir as metas; 3) Relatório da intervenção que aborda sobre as ações que foram realizadas, o que precisou ser feito para colocá-las em prática, o que foi modificado do projeto, o número de usuários que envolveu, qual a participação dos diversos membros da equipe, as dificuldades encontradas para a realização da intervenção, explicações referente às dificuldades, além de sugestão de alterações necessárias à melhoria da intervenção segundo a realidade da UBS; 4) Avaliação da intervenção, etapa que aborda sobre a avaliação dos resultados alcançados; o atingimento das metas; a adequação das ações, registros e instrumentos de coleta de dados; o efeito da intervenção na unidade básica de saúde, na equipe, nos usuários do serviço e na população-alvo; 5) Relatório da intervenção para os gestores; 6) Relatório da intervenção para a comunidade; 7) Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem, abordando sobre o desenvolvimento do meu trabalho no curso em relação as minhas expectativas iniciais, o significado do curso para minha prática profissional e os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso.

## **1 Análise Situacional**

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

Estou atuante na unidade de saúde Bom Jesus, no Bairro Bom Jesus. A unidade contempla o programa Estratégia Saúde da Família, a qual está constituída por quatro equipes de trabalho, com microregiões bem determinadas. As equipes de trabalho estão formadas por: médico clínico geral, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários de saúde (ACS). Algumas equipes estão com um quadro de profissionais incompleto, por exemplo, minha equipe de saúde está com dois ACS pendentes, sendo que há duas microáreas descobertas. Além destes profissionais, também contamos com odontólogo, nutricionista e assistente social, os quais fazem parte do grupo de apoio da UBS. Ainda faltam profissionais da saúde como psicólogo, instrutor físico, farmacêutica e o gerente da UBS.

Quanto a estrutura física da UBS, a mesma necessita de uma reforma, já que o chão, as paredes e o teto estão em muito mal estado. Existe muita umidade e o teto tem gotejamento quando chove, na sala de espera tem poucas cadeiras para os usuários e não tem banheiros para os mesmos. Temos barreiras arquitetônicas, as quais impossibilitam a passagem dos usuários cadeirantes pela unidade. Nos consultórios médicos não tem banheiros e os mesmos carecem de iluminação, o que dificulta a higiene e a comodidade no momento da realização dos exames ginecológicos às mulheres em idade fértil e nas grávidas, bem como o exame físico aos usuários de forma geral. Falta uma área de nebulização para os usuários com crises aguda de asma brônquica e material de sutura, temos apenas uma autoclave para esterilizar todo o material do posto a qual é insuficiente. Contamos com uma área de vacinação, um local de farmácia, uma área de recepção e temos pessoal de higienização.

Quanto a comunidade, ainda não está constituído o Conselho Local de Saúde, o qual é muito importante porque levaria a comunidade a incluir-se nas reuniões de equipe, realizadas todas as quartas-feiras no turno da tarde. Com isso, a própria comunidade ajudaria a solucionar os problemas existentes que estão dificultando a melhoria da atenção à saúde dos usuários. Também nas reuniões necessitam participar mais ativamente a gestão municipal para conhecer os principais problemas que estão afetando o desenvolvimento do programa de atenção primária a saúde em nossa área e ajudar-nos a resolver os mesmos. Todos os profissionais atuantes no serviço de saúde necessitam trabalhar em conjunto com uma mesma função, de preservar e melhorar a saúde das pessoas da área adstrita, fazendo atividades de promoção e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, fazendo atividades educativas a fim de mudar o estilo de vida e formar grupos de usuários hipertensos, diabéticos e com outras doenças crônicas. Também temos que melhorar o atendimento das consultas de pré-natal e de puericultura, as quais precisam ser realizadas de forma programada pela equipe de saúde.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Pelotas, cidade onde desenvolvo meu trabalho, situa-se no extremo sul do país, no estado do Rio Grande do Sul. O município possui, segundo dados do censo do IBGE de 2010, uma população de 341.180 habitantes, sendo dessa forma a terceira cidade mais populosa do nosso Estado. Há, na rede de atendimentos da atenção básica, 52 Unidades Básicas de Saúde – contando com o Centro de Especialidades e a UBAI - segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde. Dessas 52 unidades, 37 possuem Estratégia de Saúde de Família e 12 destas unidades situam-se na zona rural da cidade.

A rede hospitalar de Pelotas é constituída por dois hospitais Universitários (Universidade Federal de Pelotas e Universidade Católica de Pelotas) e três hospitais filantrópicos que prestam serviços ao Sistema Único de Saúde. Ademais, há oferta de procedimentos ambulatoriais, consultas especializadas e exames laboratoriais, embora ainda em número insuficiente para atendimento populacional em todas as ações necessárias. O município tem ainda 9 Centros de Apoio Social-CAPS, sendo um deles CAPS AD, entretanto, esse é um sistema que ainda deixa

muito a desejar na saúde municipal. Ainda não possuímos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, apesar da promessa destes para o ano de 2013.

A UBS Bom Jesus, local onde estou alocado como médico pelo Programa Mais Médico está situada na área urbana de Pelotas no bairro Bom Jesus, subdivisão da área do bairro Areal. Atendemos as populações dos bairros Jardim Europa e Bom Jesus, uma das áreas de maior vulnerabilidade social da cidade, devido ao tráfico de entorpecentes no local. A UBS presta atendimento pelo SUS, representando um importante campo de estágio e pesquisa para os alunos dos Cursos de Nutrição, Odontologia, Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas através de convênio firmado entre esta instituição de ensino e a Prefeitura Municipal. É uma Unidade de Saúde mista, oferecendo atendimento nos três turnos, sendo que à noite é nos moldes de UBS tradicional em regime de plantão. A unidade é composta por 4 Equipes de Saúde da Família com composição mínima de um médico, um enfermeiro e um técnico de enfermagem por equipe, e um número total de 17 agentes comunitários de saúde. Contamos com o trabalho de uma nutricionista e de uma odontóloga no turno da manhã, entretanto não há Estratégia de Saúde Bucal.

Quanto a estrutura física, a UBS conta com quatro consultórios médico, quatro consultórios de enfermeiro, um consultório odontológico, uma sala de procedimento de enfermagem, uma sala de vacinação, uma sala de nutrição, uma sala de recepção, uma sala para prontuários, uma sala para assistente social, uma sala para nebulização, uma sala da farmácia, uma sala de reuniões, uma cozinha, quatro banheiros sendo dois para os usuários e dois para os profissionais da saúde, uma sala de esterilização e uma sala de almoxarifado.

Existem algumas deficiências estruturais que, de certa forma, bloqueiam o completo funcionamento e qualidade da atenção aos usuários, como por exemplo, os consultórios não contam com sanitários e não existe sanitário para pessoas deficientes. Falta abrigo para resíduos sólidos e não há depósito de lixo, esse fica armazenado na rua, tornando-se um potencial fator de risco para doenças infecto-contagiosas transmitidas por roedores, dificultando a higiene do lugar. Não existe uma sala específica para coleta de material para análise clínica. Existem barreiras arquitetônicas como, por exemplo, as calçadas do prédio não permitem o deslocamento seguro de deficientes visuais, cadeirantes e idosos, o que constitui um

alto risco de acidentes por quedas, já que na comunidade existe um elevado número de pessoas destes grupos.

Está planejada a reforma da UBS, a qual seguirá as normas de construção do Ministério da Saúde. Assim teremos consultórios como sanitário, sala de expurgo e sala de armazenamento de material contaminado. Também será melhorado o acesso aos cadeirantes e idosos à UBS. Quanto aos recursos materiais, contamos com um número suficiente de antropômetro para adulto e para criança. Não possuímos autoclave, existe balança de adulto e infantil, possuímos um número suficiente também de espéculos vaginais, estetoscópio, fita métrica, foco de luz, forno de Pasteur (estufa), geladeira exclusiva para vacinas, glicosímetro, lâmina para bisturi, cabo de bisturi, material para sutura, mesa de exame clínico e ginecológico. Não possuímos lanternas, nebulizador, otoscópio, pote para coleta de escarro, tensiômetro, termômetro, tesoura curva. Na UBS não existe um sistema de manutenção e reposição de equipamentos, instrumentos, nem mobiliário, apenas um sistema de revisão da calibragem das balanças. Não existe conexão com a internet, caixa de som, e impressora. Temos materiais e insumos para a realização das atividades como: agulhas descartáveis, álcool, algodão, esparadrapo, espátula de ayre, fio de sutura em geral, gaze, luva para procedimento, seringas para aplicação de vacinas e de injeções em geral, cartão da gestante.

Não temos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos, os quais são muito importantes, pois ajudam atenuar sintomas de múltiplas doenças. Não há insulina humana para dar aos diabéticos da comunidade. É muito importante que o Ministério da Saúde faça aquisição e distribuição deste medicamento já que existe 1% da comunidade com essa doença crônica não transmissível. Muitos diabéticos que necessitam deste medicamento, não possuem condições financeiras favoráveis para a aquisição da insulina. Na UBS não realiza-se os testes diagnósticos bacteriológicos a fresco de secreções vaginal, não realiza-se o teste rápido para detecção de alteração patológicas na urina devido a ausência de laboratório na unidade de saúde.

A UBS tem acesso a exames complementares, alguns com tempo de realização de 15 dias ou mais, outros demoram mais de um mês. É preciso diminuir a demora dos resultados de alguns exames para melhorar o atendimento a esses usuários. O acesso ao atendimento especializado é muito demorado, levando meses para que o usuário consiga ser atendido pelo especialista e ainda, falta um sistema

de contra-referência desse para a UBS. Apenas a estratégia de agendamento utilizada para a marcação de consulta na atenção especializada é pela central de agendamento através da UBS. Possuímos acesso à remoção dos usuários em situação de urgência/emergência e também ao atendimento em pronto-socorro no próprio município. Os mesmos têm garantia de internação hospitalar no próprio município através de agendamento pela equipe da UBS. Não contamos com protocolo de saúde bucal, de saúde mental, de saúde na escola, saúde reprodutiva, saúde sexual, vigilância em saúde da esquistossomose, da hanseníase, da malária, da violência sexual e doméstica. Não existem livros didáticos para as áreas clínicas na UBS.

O cadastro está atualizado e acontece todos os meses pelos agentes de saúde que vão a Secretaria de Saúde com os dados recopilados na comunidade. Não faz-se atualização dos dados na Unidade devido a ausência de computador. Ainda estamos carentes na constituição de algumas redes sociais como grupo de mães, grupo de idosos e conselho local. Todos os profissionais da UBS participam do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe identificando grupos, familiar e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidade.

Em nossa UBS não se realizam pequenas cirurgias, nem procedimento de sutura, já que não temos um local com as medidas assépticas requeridas para realizá-las, apesar de termos os materiais necessários para tal. Não fazemos atendimento de urgência/emergência devido não dispormos de um local apropriado com as condições e os meios mínimos necessário para fazer este tipo de procedimento. A busca ativa de usuários faltosos nas consultas ou grupos específicos seria uma tarefa de todos os profissionais da UBS, porém é cumprida somente pelos agentes comunitários. O local onde se realizam os cuidados de saúde à população é dentro da própria UBS e nas visitas domiciliares. As ações de prevenção poderiam também ser realizadas em locais como as escolas, a fim de prevenir doenças parasitárias e infecções respiratórias comuns às crianças.

O gerenciamento de insumos acontece pelo pedido de materiais e se faz de forma informatizada. Na UBS o enfermeiro é responsável de encaminhar os pedidos de materiais e medicamento por internet particular, também tem a possibilidade de encaminhar esses pedidos por planilha em papel. Nossos pedidos nem sempre chegam com a mesma quantidade que é pedida. Em nossa unidade não acontece a educação permanente aos profissionais. A situação atual existente na UBS

necessita de mudanças e o primeiro passo seria a formação do conselho local de saúde para que tenha participação de pessoas da comunidade e da gestão. Programar reuniões com frequência com todos para dar soluções aos problemas detectados na UBS com uma data de realização dos mesmos por ordem de prioridade.

Com relação ao acolhimento dos usuários, esse se faz na recepção, no corredor ou qualquer local, já que não existe uma sala específica para acolhimento. Esse é feito por qualquer membro da equipe de saúde: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agentes de saúde, recepcionista e também pela assistente social. Realizamos acolhimento todos os dias e em todos os turnos de atendimentos da UBS, onde todos os usuários têm suas necessidades acolhidas. Nossa equipe de saúde tem conhecimento para fazer avaliação e classificação do risco biológico e vulnerabilidade para definir o encaminhamento da demanda do usuário. No entanto, a equipe de saúde necessita de capacitação dos profissionais clínico geral, enfermeira, assistente de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde, a fim de conhecer mais as atribuições de cada um de nossas funções na estratégia de saúde da família e melhorar a qualidade dos atendimentos dos usuários da comunidade. A demanda espontânea é feita todos os dias da semana e por ordem de chegada a UBS primeiro têm preferência ao atendimento os usuários agendados e depois faz-se o atendimento aos usuários da demanda espontânea por ordem de chegada.

Na UBS o atendimento de puericultura é feito principalmente às crianças menores de 24 meses, porém temos que incentivar as mães das crianças de 24 aos 72 meses da importância de fazer puericultura para suas crianças nesta idade correspondente. O atendimento ocorre em dois dias da semana nos dois turnos e ainda, existem crianças fora da área de cobertura da UBS que fazem puericultura na unidade. Os profissionais envolvidos na puericultura são: o médico de família, o enfermeiro e a auxiliar de enfermagem. Temos um total de 27 crianças menores de 1 ano residentes na área e acompanhadas na UBS. Dessas, apenas 14 (50%) realizam as consultas de puericultura. Dentre as crianças em acompanhamento, 3 estão em atraso da consulta agendada em mais de 7 dias. As 27 crianças fizeram o teste do pezinho até 7 dias. Todas as 14 crianças receberam monitoramento do crescimento e desenvolvimento na última consulta, 23 crianças possuem vacinas em dia e somente 8 crianças possuem avaliação de saúde bucal. Nossa UBS é



referência para vacinação e teste do pezinho. As demais crianças estão em acompanhamento em convênios ou clínicas particulares. Este é um ponto a ser discutido e avaliado junto com a equipe de saúde para melhorar o indicador. Todas as mães recebem orientações gerais para aleitamento materno exclusivo e para prevenção de acidentes. As crianças saem da UBS com a próxima consulta programada agendada, isso é muito bom, pois permite acompanhar o desenvolvimento neuropsicomotor e a curva de peso/estatura relacionada com a idade e cumprir com o calendário básico de vacinação.

As consultas de puericultura são registradas nos prontuários clínicos, formulários específicos e as diferentes fichas de atendimento. Os arquivos costumam ser revisados periodicamente para verificar crianças faltosas, verificar a completude de registros, o peso, as vacinas e identificar crianças de risco. A equipe de saúde não realiza atividades com grupos de mães da puericultura. Na UBS existe o programa Bolsa Família e a responsável pelo cadastramento é a Assistente Social da UBS. Os profissionais que fazem avaliação e monitoramento do programa de puericultura fazem reuniões com uma frequência quinzenal, mas não produzem relatórios com os resultados encontrados. As consultas de puericultura ajudam a melhorar a saúde da criança, promovendo uma redução da morbimortalidade infantil alcançando um maior desenvolvimento da criança.

Além da puericultura, faz-se atendimento às crianças de diferentes idades com problemas de saúde agudo. São atendidas tanto crianças da área de cobertura da UBS como as de fora da área de cobertura, contudo não existe excesso de demanda de crianças para atendimento de problemas de saúde aguda. Existe protocolo de atendimento de puericultura elaborado pelo Ministério da Saúde e os profissionais que fazem a puericultura o utilizam. Na UBS são desenvolvidas algumas ações no cuidado das crianças como, por exemplo: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, imunizações, prevenção de anemia, prevenção de violência, promoção de aleitamento materno, de hábitos alimentares saudáveis, da saúde bucal e da saúde mental. O teste do pezinho é realizado aos 7 dias de vida na própria UBS. Não se faz diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental já que não temos psicólogo nem psiquiatra em nossa UBS. Nossa unidade de saúde temos possui um total de 41 crianças de 12 a 72 meses e todas elas estão em

acompanhamento na UBS. Também se faz encaminhamento para atendimento nas especialidades e Pronto-Socorro.

Na nossa UBS se realiza atendimento de Pré-Natal e existe uma estimativa de que haja em torno de 33 gestantes na área adstrita, porém estão em acompanhamento um total de nove gestantes, representando uma cobertura de 27%. Os indicadores de qualidade comportam-se da seguinte forma: seis gestantes iniciaram consulta no primeiro trimestre, oito estão com consulta em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde, seis tiveram avaliação de saúde bucal e as nove gestantes realizaram pelo menos um exame ginecológico por trimestre, realizaram também a vacina antitetânica conforme protocolo, vacina contra Hepatite B, prescrição de suplemento de sulfato ferroso e tiveram orientação para aleitamento materno exclusivo.

Com relação ao puerpério, temos 27 mulheres no período puerperal, com uma cobertura de 100%. Quanto aos indicadores de qualidade, temos 14 puerperas que consultaram antes dos 42 dias de pos-parto (52%), 14 tiveram a sua consulta puerperal registrada, 14 puérperas receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, 14 receberam orientações sobre aleitamento materno exclusivo, sobre planejamento familiar, tiveram as mamas e o abdome examinados. Todas realizaram exames ginecológicos e tiveram seu estado físico avaliado, sete (26%) puerperas foram avaliadas quanto a intercorrências. O atendimento é realizado pela equipe de saúde com o apoio da assistente social, nutricionista e odontóloga. Não contamos com médico ginecologista-obstetra, psicólogo e psiquiatra. Após a consulta as gestantes saem da unidade com a próxima consulta programada agendada. Existe demanda de gestante para atendimento de problemas de saúde agudos, mas não ocorrem com muita frequência. Existe protocolo de atendimento ao pré-natal e é utilizado por todos os profissionais de saúde. Faltam ações que não são desenvolvidas na nossa UBS e que são importantes no cuidado das gestantes como, por exemplo, o grupo de gestantes. Neste espaço há a oportunidade de realizar atividades educativas grupais com o objetivo de que as gestantes tenham um maior conhecimento e uma maior preparação para uma gestação saudável. Também para que risco de complicações de trabalho de parto seja diminuído. Além disso, é uma oportunidade para falar-lhes sobre a importância do aleitamento materno exclusivo, bem como as vantagens tanto para elas como para suas crianças.

Na atenção ao câncer de mama a estimativa do total de mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos residentes na área e acompanhadas na UBS é de 231, sendo que 221 estão em acompanhamento, gerando uma cobertura de 96 %. Quanto aos indicadores de qualidade, temos 216 (98%) mulheres com mamografia em dia, 5 mamografias com mais de 3 meses em atraso, 22 tiveram avaliação de risco para câncer de mama e 216 (98%) mulheres tiveram orientação sobre prevenção do câncer de mama para um. Realizamos ações para o controle do peso corporal das mulheres da área de cobertura, mas não são realizadas ações de estímulos à prática regular de atividade física para as mulheres. Realiza-se também ações de educação para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, ações de rastreamento do câncer de mama como o exame clínico das mamas e a solicitação de mamografia. Esse rastreamento é realizado todos os dias da semana, em todos os turnos, englobando também as mulheres fora da área de cobertura da UBS, as quais se constituem em uma proporção baixa de apenas 1%. As ações de rastreamento do câncer de mama são feitas pelo médico, enfermeiro e a assistente social. São ações oportunísticas, organizadas, as quais seguem o protocolo de câncer de mama produzido pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Nacional do Câncer no ano de 2013. Não temos os dados de quantas mulheres foram identificadas com mamografia alterada nos últimos três anos e quantas dessas tiveram perda de segmento de acordo com o protocolo. As mamografias são registradas no livro de registros, no prontuário clínico, formulário especial, mas não existe arquivo específico para o registro dos resultados da mamografia. A existência deste arquivo é muito importante porque ajuda a verificar mulheres com exame de rotina em atraso ou com exame alterado e verificar a completude do registro também. Na UBS existem profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações de controle do câncer de mama e os profissionais são: a assistente social, enfermeiro, médico clínico geral ou de família e realizam reuniões com frequência quinzenal.

Realizamos a prevenção do câncer do colo uterino e a estimativa é de que haja 617 mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área, e destas, 403 estão sendo acompanhadas na UBS, representando uma cobertura de 65%. Quanto aos indicadores de qualidade temos: 316 (78%) mulheres que fizeram o exame citopatológico em dia, 107 (27%) com exame citopatológico com mais de 6 meses de atraso, 43 (11%) com exame citopatológico alterado, 294 (73%) tiveram avaliação

de risco para câncer de colo de útero, 397 (99%) mulheres receberam orientação sobre prevenção de CA de colo de útero, 386 (96%) mulheres receberam orientação sobre DSTs, 316 (78%) tiveram exames coletados com amostras satisfatórias e 11(3%) mulheres tiveram exames coletados com células representativas da junção escamocolunar. Necessitamos fortalecer e ampliar o acesso às informações sobre esses cânceres para todas as mulheres ressaltando que é previsível pela detecção e pelo tratamento das lesões precursoras que antecedem. Não realiza-se a coleta de exame citopatológico todos os dias da semana e não acontece em todos os turnos. Atendemos também mulheres fora da área de cobertura que realizam a coleta de exame citopatológico. Quem realiza as coletas é o enfermeiro. Também fazem parte do planejamento, gestão e coordenação destas ações os profissionais a assistente social, médico clínico geral ou de família, técnico de enfermagem e os agentes comunitários de saúde. O rastreamento do câncer do colo de útero é organizado, o qual segue o protocolo do Ministério da Saúde, publicado em 2012. Os profissionais investigam os fatores de risco para a prevenção do câncer do colo uterino em todas as mulheres que realizam o exame citopatológico. Nos últimos três anos, 401 mulheres foram identificadas com o exame alterado e 117 mulheres tiveram perda de seguimento. Os atendimentos às mulheres que realizam a coleta do citopatológico são registrados no livro de registro, prontuário clínico, formulário especial para citopatológico. Existe um arquivo específico para o registro dos resultados dos exames coletados, o qual costuma ser revisado periodicamente. A finalidade da revisão do arquivo é verificar mulheres com exame alterado, em atraso. A revisão do arquivo é feita pela assistente social, médico e enfermeira. Esses profissionais dedicam-se ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento do programa de prevenção do câncer de colo uterino e realiza reuniões com uma frequência mensal, mas não produz relatório com os resultados encontrados.

Temos um total de 317 usuários hipertensos acompanhados na UBS, o que representa uma cobertura de 63%. Os demais hipertensos são acompanhados em outros serviços como convênios e particular. Vamos intensificar o cadastro para melhorar a cobertura. Com relação aos indicadores de qualidade, o atraso das consultas agendadas em mais de 7 dias é de 83 usuários, o que representa 26% do total. Este é um ponto a ser melhorado com a busca destes faltosos. Como ponto positivo podemos destacar as orientações sobre prática de atividade física regular e

nutricional, as quais abrangem 96% e 97% da população hipertensa respectivamente. Na UBS são realizadas ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis para portadores de HAS e/ou DM. Também são realizadas ações que orientam sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e do tabagismo. O atendimento de adultos são todos os dias da semana (5 dias), e acontece em todos os turnos. Os profissionais que participam no atendimento aos hipertensos são: Enfermeiro, Médico Clínico Geral ou da Família, Nutricionista, Odontologista, auxiliar de Enfermagem e os Agentes Comunitários de Saúde. Os hipertensos saem da UBS com a próxima consulta programada agendada, também existe demanda de adultos para atendimento de problemas de saúde aguda devido a HAS tanto na área de cobertura como fora da área de cobertura da UBS. Existe oferta de atendimento para adultos com problemas de saúde aguda devido a HAS, mas não existe excesso de demanda. Utilizamos o protocolo produzido pelo Ministério da Saúde e pela Secretária Estadual de Saúde (2012) e todos os profissionais que fazem atendimento de adultos com HAS o empregam. São realizadas ações de saúde no cuidado aos adultos portadores de HAS como imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral e de saúde bucal, mas não são desenvolvidas ações de saúde mental.

Os profissionais de saúde utilizam uma classificação para estratificar o risco cardiovascular e utilizam protocolo para regular o acesso a outros níveis do sistema de saúde. Os atendimentos aos hipertensos são registrados nos prontuários clínicos, formulário especial, ficha de atendimento odontológico e nutricional e ficha-espelho de vacinas. Não existe arquivo específico para os registros dos atendimentos dos adultos com HAS. Na UBS não existe o programa Hiperdia do Ministério da Saúde, nossa equipe de saúde da UBS não realiza atividade com grupo de adultos com HAS, mas existem profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos adultos com HAS e realizam reuniões sem periodicidade definida.

O Diabetes Mellitus é uma doença crônica freqüente na população da nossa área. Porém nossa cobertura encontra-se em apenas 64%, representando 91 do total de diabéticos adscritos à unidade. Os demais diabéticos estão acompanhados por outros serviços como o Hospital Universitário que tem atendimento específico à este grupo. Com relação aos indicadores de qualidade, temos um total de 43 diabéticos (47%) com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério

clínico. Ponto que temos que melhorar, capacitando a equipe de saúde para esta ação. Também precisamos melhorar com relação ao atraso das consultas agendadas com mais de 7 dias, pois temos um total de 31 diabéticos (34%) em atraso. Precisamos realizar a busca dos faltosos com o apoio dos agentes comunitários de saúde. Com relação ao indicador da medida da sensibilidade dos pés, nos últimos 3 meses fica abaixo, com um total de 44 usuários (48%). Temos que aumentar este indicador, mas necessitamos material e instrumentos apropriados para a realização das explorações das sensibilidades. Com relação a palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso, nos últimos 3 meses temos um total de 52 diabéticos, representando 57% do total. Desta forma, conclui-se que é necessário haver uma melhoria na qualidade do exame físico dos membros inferiores dos diabéticos. Os pontos positivos que podemos destacar são as orientações sobre a prática de atividade física regular e nutricional para a alimentação saudável que abrangem 96% e 98% da população diabética respectivamente. O atendimento de adultos portadores de DM, é realizado todos os dias da semana em todos os turnos. Os profissionais de saúde que participam do atendimento aos diabéticos são Enfermeiros, Médico Clínico Geral e da Família, Nutricionista, Odontólogo, Auxiliar de Enfermagem e os Agentes Comunitários de Saúde. Os usuários diabéticos saem com a próxima consulta programada da UBS e existe demanda de adultos para atendimento de problemas de saúde agudos devido a DM, tanto da área como fora da área de cobertura da UBS, existindo oferta de atendimento para os adultos com problemas de saúde aguda, mas não existe excesso de demanda. Existe protocolo de atendimento para portadores de DM produzido pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual de Saúde (2012) e é utilizado por todos os profissionais. As ações que são desenvolvidas na UBS no cuidado aos adultos portadores de DM são: imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de saúde bucal, da obesidade, do sedentarismo, de tabagismo, mas ainda não se fazem ações diagnósticas e de tratamento do alcoolismo. Utilizamos uma classificação para estratificar o risco cardiovascular e também são utilizados os protocolos de encaminhamento para regular o acesso dos usuários de DM a outros níveis do sistema de saúde, mas não existe arquivo específico para os registros de atendimento. Os profissionais de saúde explicam como reconhecer sinais de complicações do DM, mas a equipe de saúde não realiza atividade com grupos de diabéticos.

Na UBS realizam-se atendimentos aos usuários idosos todos os dias da semana e acontece em todos os turnos. Os profissionais que participam do atendimento de idosos são: assistente social, enfermeiro, clínico geral ou de família, nutricionista, odontólogo, auxiliar de enfermagem e os agentes comunitários de saúde. Os idosos saem da UBS com a próxima consulta programada agendada, existindo demanda para atendimento de problemas de saúde aguda tanto da área de cobertura como fora da área. Porém, não existe excesso de demanda de idosos para atendimento de problemas de saúde aguda. Temos protocolo de atendimento para idoso produzido pelo Ministério da Saúde e Secretaria estadual de Saúde com data de publicação no ano de 2012.

O total de usuários idosos acompanhados no serviço são 231, o que representa uma cobertura de 76%. Os demais usuários são acompanhados em outros serviços, pois possuímos uma área de abrangência muito extensa, o que aumenta a dificuldade de acesso ao serviço. Não temos a caderneta de saúde do idoso, o qual é um ponto para discutir nas reuniões de equipe e vamos informar à gestão de saúde. Temos somente 135 (58%) idosos com avaliação de saúde bucal em dia. Outros dois indicadores de qualidade que temos que continuar melhorando em nosso serviço são referentes a investigação de indicadores de fragilização na velhice e avaliação de risco para morbimortalidade, totalizando 181 pessoas ou equivalente 78% e 182 pessoas para um 79% respectivamente. Os pontos que estamos melhores nos indicadores de qualidade são referentes às orientações nutricionais para hábitos alimentares saudáveis e para atividade física regular totalizando em ambos 184 idosos equivalente a 80% do total. Todos os profissionais que fazem atendimento para os idosos utilizam o protocolo e realizam ações como imunizações, promoção da atividade física e de hábitos alimentares saudáveis. Também se faz diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de problemas de saúde bucal, da obesidade, de sedentarismo, do tabagismo, mas não se faz diagnóstico e tratamento do alcoolismo, nem de problemas de saúde mental devido ao fato de que não tem psicólogo, nem psiquiatra na UBS. Utiliza-se protocolo de encaminhamento regular para o acesso dos idosos a outros níveis do sistema de saúde. Os atendimentos dos idosos são registrados no prontuário clínico, ficha de atendimento odontológico e nutricional e ficha de espelho de vacinas. Não existe arquivo específico para o registro do atendimento dos idosos, os profissionais de saúde avaliam a capacidade funcional global do idoso por ocasião do exame

clínico e explicam aos idosos ou seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionadas aos problemas de saúde de maior prevalência dos idosos, tais como a Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus e depressão. A equipe de saúde está realizando atividades com grupos de idosos, e também realiza-se cuidado domiciliar aos idosos e existe levantamento dos idosos moradores da área de abrangência que necessitam receber cuidado domiciliar.

De forma geral pode-se perceber que na UBS ainda é necessário a melhoria de muitos aspectos, desde estruturais como funcionais. Os questionários e os cadernos de ações programáticas foram muito importantes para detectar os principais problemas existentes na UBS, que entorpecem o desenvolvimento dos profissionais da saúde com os usuários, tendo como resultado dificuldades nas qualidades das consultas médicas e de enfermagem. Também temos falta de materiais para curativos como gaze e apósitos, falta de medicamentos na farmácia da unidade, assim como não dispomos de material de sutura para ferimentos superficiais dos usuários. Não disponibilizamos cadernetas de pessoas idosas e não possuímos arquivo de HIPERDIA. Há também um elevado número de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus faltosas às consultas programadas.

Existe pouca relação entre atenção primária de saúde com atenção secundária como por exemplo: os encaminhamentos para os especialistas são muito demorados e não existe sistema de contra-referência desses para a UBS. Também temos que melhorar a agilidade da realização dos exames complementares pelo SUS, já que nos ajudaria muito para diagnosticar e tratar doenças e evitar complicações das mesmas. Não temos ainda a formação do grupo de conselho local na comunidade sendo importante a participação ativa neste grupo nas reuniões de equipe porque nos ajudaria muito na busca de solução de problemas da comunidade.

A saúde bucal no bairro Bom Jesus está bem estruturada, já que existem dentro da UBS dois consultórios odontológicos com três dentistas no total, os quais trabalham de forma integrada com os demais profissionais das equipes. Os usuários consultam por agendamento e nos casos de urgência odontológicas tem prioridade para o atendimento. Existe uma contra-referência, os dentistas fazem uma contra-referência escrevendo a avaliação odontológica do usuário e se necessita de tratamento com antibiótico.



Nossa equipe de saúde, depois de estar preenchendo os questionários e os cadernos de ações programáticas, adquiriu conhecimentos e mudou aspectos como, por exemplo, nas reuniões de equipe agora tem participação da gestão de saúde, já se estão buscando junto aos agentes comunitários de saúde os usuários faltosos, já temos o grupo de pessoas idosas e temos educador físico realizando atividade física com os mesmos. Conseguimos nos organizar com a listagem dos problemas e a criação de uma ordem prioritária para a solução aos mesmos.

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

Fazendo um comparativo entre o texto inicial e o relatório da análise situacional, percebi que este último está mais completo, mais detalhado com mais informações e recursos para obter informações mais precisas da realidade da unidade de saúde, de como é o funcionamento entre as equipes da saúde com os usuários. Pode-se também observar, após a análise situacional, as dificuldades encontradas e de que forma podemos buscar soluções aos problemas detectados com uma participação ativa em conjunto da equipe, a gestão e a comunidade.

De acordo com dados coletados meu foco de intervenção será com os usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus já que temos um percentual baixo de acordo com os indicadores do caderno de ações programáticas. Precisamos melhorar este serviço em conjunto com a equipe de saúde, fazer a valoração nutricional de cada pessoa e fazer a busca ativa dos usuários faltosos com os agentes comunitários de saúde nas microáreas correspondentes.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A ação programática a qual se realizará a intervenção diz respeito a duas doenças crônicas não transmissíveis que são a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), que nos últimos tempos vem demonstrando um significativo crescimento (BRASIL, 2013). De forma geral, os fatores de risco para o desencadeamento de tais doenças têm favorecido para esse crescimento, pois a obesidade, o sedentarismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, tabagismo e maus hábitos alimentares estão cada vez mais presentes na vida da população brasileira (BRASIL, 2013). Desta forma, o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde e prevenção desses agravos torna-se de extrema relevância no contexto da atenção primária em saúde. Tais atividades podem constituir-se de grupos de hipertensos e diabéticos nos quais abre-se portas para a educação em saúde, com orientações voltadas para a melhoria da qualidade de vida dessa população.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) a qual será desenvolvida a intervenção está constituída por quatro equipes de estratégia de saúde da família (ESF), cada uma abrange uma área do bairro. As equipes estão formadas por um médico clínico geral, enfermeiros, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Quanto a estrutura física, a unidade conta com um consultório odontológico, um consultório de nutricionista, uma sala de vacinação, uma sala de farmácia, uma recepção e o espaço do pessoal de higienização e limpeza. Ainda temos cozinha e dois sanitários para os profissionais e para os usuários. Há também uma sala de nebulização, de curativos e procedimentos de enfermagem. Recentemente contamos com uma área nova para psicologia e uma área para fazer atividades físicas com o educador físico. Tais profissionais trabalham na UBS dando suporte às

equipes de ESF. O número estimado de hipertensos na área de abrangência é de 500 pessoas com 20 anos ou mais e o número estimado da população diabética é de 143 pessoas com 20 anos ou mais. Atualmente a UBS acompanha 317 hipertensos e 91 diabéticos, o que equivale a uma cobertura de 63% e 64% respectivamente.

De forma geral, percebe-se uma maior adesão na UBS desse grupo populacional, conseqüentemente está havendo uma diminuição no atraso das consultas agendadas. Há um maior interesse em manter o controle dessas doenças, visto que a população está mais informada sobre os agravos da HAS e do DM. No entanto, quando se trata da qualidade do atendimento a esses usuários, estamos muito aquém do idealizado pelo Ministério da Saúde, pois é preciso buscar melhorias para a realização de estratificação de risco cardiovascular, que atualmente menos da metade dos hipertensos e diabéticos em acompanhamento realizaram. Menos da metade dos diabéticos em acompanhamento encontram-se com a medida de sensibilidade dos pés realizados nos últimos três meses. Já quanto as ações de orientações, as mesmas são realizadas na UBS a fim de passar informações como hábitos alimentares saudáveis, estimular a prática de atividade física e também orientar sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e tabagismo.

Desta forma, uma intervenção focada para a população hipertensa e diabética da área adstrita da UBS a qual atuou faz-se necessária, pois além do aumento da procura desses usuários no serviço, com crises hipertensivas e com diabetes descompensada, observa-se também a necessidade de qualificar e implementar ações relacionadas tanto com o monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público, assim como a qualificação da prática clínica. Contamos com uma equipe empenhada em buscar essa melhoria, no entanto, ainda enfrentamos algumas dificuldades como a ausência de um conselho local de saúde, a falta de agentes comunitários de saúde e um atendimento moroso quando se trata de encaminhamentos para especialistas em outros níveis de atenção a saúde. Também não contamos com um sistema de referência e contra referência atuante e efetivo. Todavia, quando trata-se das questões que viabilizam a realização da intervenção, podemos dizer que, o fato de termos implantada uma equipe de Estratégia de Saúde da Família, nos fornece um embasamento em termos de recursos humanos e de estrutura de organização que

facilitará o início das atividades, assim como a incorporação das mesmas na rotina do serviço.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da Unidade Básica de Saúde Bom Jesus no município de Pelotas/RS.

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

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

**Meta 1.1:** Cadastrar 75% 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 75% 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**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de quatro meses na Unidade de Saúde Bom Jesus no Município de Pelotas do estado Rio Grande Do Sul. Participarão da intervenção 500 hipertensos e 149 diabéticos 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 75% 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 75% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

## **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

### **Ação:**

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

### **Detalhamento:**

Para a realização do monitoramento e avaliação, da cobertura do Programa da Saúde de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, uma vez por mês, as ACS revisarão os registros dos dados dos hipertensos e diabéticos em acompanhamento na unidade, com auxílio das duas técnicas de enfermagem, para atingir 100% da cobertura, sobre supervisão do médico e da enfermeira.

## ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

### **Ação:**

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

### **Detalhamento**

Para o acolhimento dos hipertensos e diabéticos toda a equipe será responsável e acontecerá em todos os turnos de atendimento. As consultas serão agendadas diretamente na UBS, através dos ACS ou após o término da consulta médica de acordo com as necessidades individuais (com uma média de doze consultas agendadas por dia). O cadastramento dos usuários será realizado pelas ACS através das visitas domiciliares e o cadastramento dos dados no SIAB será realizado pelo médico e enfermeira. (Este cadastramento será semanalmente). Para isso, faremos um registro que permita avaliar a totalidade dos mesmos priorizando o atendimento destes usuários, utilizaremos a ficha espelho oferecida pelo curso, pois a mesma contempla as informações necessárias para alimentarmos os indicadores. Essas fichas serão revisadas mensalmente pelo médico para serem monitorados o número dos usuários cadastrados no programa e o registro adequado dos dados. Será garantido material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

### **Ações:**

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

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

**Detalhamento:**

A equipe irá esclarecer a comunidade sobre a importância dos hipertensos e diabéticos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Informaremos a comunidade sobre a existência do Programa de HIPERDIA. As atividades serão esclarecidas a comunidade pelas ACS, enfermeira, médico, dentista, para garantir uma velhice mais saudável, também comunicaremos através de visitas domiciliares, encontros com a população.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

**Ações**

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

**Detalhamento:**

Para a qualificação da prática clínica é necessária a educação permanente que é refletida e aplicada diretamente na rotina diária dentro da UBS. Também no intuito de fortalecer os vínculos tanto entre a equipe, mas com a comunidade e gestão. A equipe será treinada pelo médico e a enfermeira da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. As capacitações serão realizadas pelo médico, e enfermeiras, sobre como realizar busca ativa de hipertensos e diabéticos que não estão em acompanhamento em nenhum serviço. Será realizada uma capacitação antes do início da intervenção, e mensalmente durante a intervenção nos horários das reuniões de equipe, com a duração de duas horas, com a participação de todos os membros da equipe, sem comprometer as outras atividades da UBS. Serão utilizados os Protocolos do Ministério da Saúde e as atividades serão apoiadas



sobre a Política de Humanização do SUS.

**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.

## MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

### **Ações:**

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos
- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

### **Detalhamento:**

Para a realização do monitoramento e avaliação, da cobertura do Programa

da Saúde de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, uma vez por mês, as ACS revisarão os registros dos dados dos hipertensos e diabéticos em acompanhamento na unidade, com auxílio das duas técnicas de enfermagem, para atingir 100% da cobertura, sobre supervisão do médico e da enfermeira.

## ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

### **Ações:**

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos.

### **Detalhamento:**

A técnica de enfermagem da equipe vai ser responsável pela verificação dos sinais vitais e da glicemia do usuário, as demais atividades do exame clínico ficam a cargo do médico.

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

### **Detalhamento:**

A capacitação vai ser realizada durante a reunião de equipe, e vamos utilizar os protocolos adotados pela unidade como referencia.

Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

### **Detalhamento:**

As atualizações vão ser realizadas a cada dois meses durante a reunião de equipe e o tema a ser trabalhado vai ser definido previamente com os demais membros da equipe.

Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

### **Detalhamento:**

Solicitar ao gerente distrital responsável pela unidade os cadernos de saúde pública Nº 36 e nº37 que são disponibilizados pelo Ministério da Saúde e tratam dos temas hipertensão e diabetes.

- Garantir a solicitação dos exames complementares.

### **Detalhamento:**

Conversar com o gerente distrital responsável pela unidade acerca da importância dos exames complementares em dia.

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

**Detalhamento:**

Conversar com o gerente distrital responsável pela unidade acerca da importância da agilidade para a realização dos exames complementares em dia.

- Estabelecer sistemas de alerta dos exames complementares preconizados.

**Detalhamento:**

Adotar uma folha de registro dos exames complementares solicitados com a data de solicitação e a previsão de retorno do usuário.

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

**Detalhamento:**

Realizar o levantamento dos estoques de medicamentos mensalmente além de realizar o registro dos medicamentos que estão perto de vencer a validade, priorizando sua disponibilização.

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

**Detalhamento:**

Realizar o registro dos medicamentos de acordo com as necessidades.

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

**Detalhamento:**

Conversar com o dentista da unidade sobre a importância da avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos e organizar um momento durante as atividades de grupo para a realização da avaliação.

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

**Detalhamento:**

Pactuar com o dentista da unidade uma agenda para a realização dos atendimentos a hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação de necessidade de atendimento odontológico, levando em conta os dias em que o usuário tem consulta agendada com o médico.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

### **Ações**

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente
- Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.
- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

### **Detalhamento:**

A equipe irá esclarecer a comunidade sobre a importância dos hipertensos e diabéticos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Informaremos a comunidade sobre a existência do Programa de HIPERDIA. As atividades serão esclarecidas a comunidade pelas ACS, enfermeira, médico, dentista, para garantir uma velhice mais saudável, também comunicaremos através de visitas domiciliares e encontros com a população.

## QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

### **Ações**

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

- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

**Detalhamento:**

Para a qualificação da prática clínica é necessária a educação permanente que é refletida e aplicada diretamente na rotina diária dentro da UBS. Também no intuito de fortalecer os vínculos tanto entre a equipe, mas com a comunidade e gestão. A equipe será treinada pelo médico e a enfermeira da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. As capacitações serão realizadas pelo médico, e enfermeiras, sobre como realizar busca ativa de hipertensos e diabéticos que não estão em acompanhamento em nenhum serviço. Será realizada uma capacitação antes do início da intervenção, e mensalmente durante a intervenção nos horários das reuniões de equipe, com a duração de duas horas, com a participação de todos os membros da equipe, sem comprometer as outras atividades da UBS. Serão utilizados os Protocolos do Ministério da Saúde e as atividades serão apoiadas sobre a Política de Humanização do SUS.

**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.

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO****Ação:**

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

**Detalhamento:**

Monitorar semanalmente pelo médico e pela enfermeira o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) assim como o número de hipertensos e diabéticos faltosos as consultas

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

#### **Ação:**

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

#### **Detalhamento:**

Serão organizadas visitas domiciliares com os ACS uma vez por semana para buscar os indivíduos faltosos á consulta. A agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares vai ser de acordo com as datas e horários disponíveis.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

#### **Ação**

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

#### **Detalhamento:**

A comunidade receberá informação da equipe durante as visitas domiciliares, consultas e atividades de grupo, sobre a importância da realização das consultas e a periodicidade em que devem ser efetuadas.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

#### **Ação:**

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

**Detalhamento:**

Os ACS serão capacitados pelo médico para realizar a busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos as consultas. Também receberão capacitação para orientá-los quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

**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.

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO****Ação:**

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

**Detalhamento:**

O monitoramento dos registros específicos será realizado uma vez por mês, as ACS revisarão os registros dos dados de hipertensos e diabéticos em acompanhamento na unidade, com auxílio das duas técnicas de enfermagem, sob supervisão do médico e da enfermeira.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO****Ação:**

- Manter as informações do SIAB atualizadas.

**Detalhamento:**

Para manter as informações do SIAB atualizadas, o médico e enfermeira, solicitarão ao gestor municipal materiais e fichas específicas que garantam um trabalho eficaz e confiável.

- Implantar a ficha de acompanhamento.

**Detalhamento:**

Os ACS devem revisar a existência da ficha de acompanhamento de hipertensos e diabéticos, assim como o monitoramento do registro das informações deles.

- Pactuar com a equipe o registro das informações.

**Detalhamento:**

O médico e enfermeira devem fazer 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.

- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

**Detalhamento:**

O médico vai ser responsável pelo monitoramento dos registros.

- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

**Detalhamento:**

Vamos adotar uma lista de usuários que não compareceram nas consultas e uma lista com a data da solicitação dos exames complementares aonde vai constar a previsão para a chegada dos resultados, também vai ser utilizado uma ficha espelho com os demais registros.

## 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:**

A enfermeira irá esclarecer aos hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre seus direitos de manutenção de seus registros de saúde na UBS, sobre a disponibilidade



de solicitar segunda via quando necessário, sobre o sigilo das informações contidas.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

#### **Ação:**

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

#### **Detalhamento:**

O médico capacitará a equipe sobre como preencher os registros e sobre a importância de mantê-los atualizados.

**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.

### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

#### **Ação:**

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

#### **Detalhamento:**

O médico deve monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano de acordo com os registros da ficha espelho.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

#### **Ação:**

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

**Detalhamento:**

Será organizada uma agenda pela enfermeira para atender os indivíduos hipertensos e diabéticos. O médico priorizará o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Neste caso eles serão atendidos todos os meses na consulta do programa de HIPERDIA.

**ENGAJAMENTO PÚBLICO****Ação:**

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

**Detalhamento:**

Os usuários serão orientados pela equipe quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular durante as consultas.

Os usuários e a comunidade serão esclarecidos durante as visitas domiciliares, consultas e atividades de grupo quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA****Ação:**

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

**Detalhamento:**

Os profissionais da equipe serão capacitados pelo médico e enfermeira para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, para a importância do registro desta avaliação e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

## **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.

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

#### **Ações:**

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

#### **Detalhamento:**

Mediante o registro de hipertensos e diabéticos, a ficha espelho e consultas médicas, iremos monitorar as atividades de promoção de hábitos saudáveis, mudanças de estilos de vida, sob supervisão do médico, enfermeira e dentista.

Mediante o registro de hipertensos e diabéticos, a ficha espelho e consultas médicas, iremos monitorar as orientações para a prática regular de atividades físicas a 100% dos hipertensos e diabéticos. Será responsabilidade do médico e

enfermeira.

Mediante o registro de hipertensos e diabéticos, a ficha espelho e consultas médicas, iremos monitorar as orientações sobre riscos do tabagismo a hipertensos e diabéticos. Será responsabilidade do médico e da enfermeira.

Através do registro de hipertensos e diabéticos, a ficha espelho e as consultas médicas e odontológicas iremos monitorar as orientações sobre a higiene bucal para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados

## ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

### **Ações:**

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.
- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".
- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

### **Detalhamento:**

Cada consulta terá um tempo para orientação nutricional a hipertensos, diabéticos e seus familiares. A enfermeira solicitará ao gestor municipal a participação de um nutricionista à consulta de HIPERDIA uma vez ao mês.

Cada consulta ou atividade de promoção de saúde disponibilizará um tempo para as orientações a hipertensos, diabéticos e familiares sobre a prática de exercícios físicos, sob a responsabilidade do enfermeiro e médico. Procuraremos garantir junto ao gestor municipal, profissionais qualificados para realizar essa atividade que será feita semanalmente.

Procuraremos demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Durante a consulta médica e odontológica será disponibilizado um tempo para

as orientações sobre a higiene bucal. Solicitar se ao gestor municipal a disponibilidade de kits de higiene bucal.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

### **Ações:**

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

### **Detalhamento:**

A comunidade será esclarecida sobre a importância da alimentação saudável, podemos providenciar folders explicativos para entregar a comunidade, com auxílio da gestão.

A comunidade será esclarecida sobre a importância da prática regular de atividades física, podemos providenciar folders explicativos para entregar a comunidade, com auxílio da gestão.

A equipe de saúde orientara aos hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Os hipertensos, diabéticos e familiares, receberão orientação pelo médico, enfermeira e dentista sobre a importância da higiene bucal. Podemos utilizar um espaço no mesmo folder sobre alimentação saudável para estimular o cuidado bucal.

## QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

### **Ações:**

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

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.
- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

**Detalhamento:**

A equipe receberá capacitação sobre práticas de alimentação saudável e metodologias de educação em saúde. A capacitação será feita pela enfermeira.

A equipe receberá capacitação sobre a promoção da prática de atividade física regular em hipertensos e diabéticos e metodologias de educação em saúde. A capacitação será feita pela enfermeira.

A equipe receberá capacitação sobre o tratamento de usuários tabagistas e metodologias de educação em saúde. A capacitação será feita pelo médico e enfermeira.

A equipe será capacitada para oferecer orientações de higiene bucal, sob responsabilidade do médico e dentista.

**2.3.2 Indicadores**

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

**Meta 1.1:** Cadastrar 75% 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 75% 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.

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

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

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

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

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

**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.

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

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



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

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

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

**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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Indicador 5.1:** 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 de risco cardiovascular.

**Denominador:** 78 é o Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

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

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

**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

No intuito de realizar a intervenção proposta na UBS Bom Jesus, vamos adotar as diretrizes brasileiras para o acompanhamento das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) dirigidas pelo Manual de atenção básica de HAS e DM (2013), já disponíveis na UBS e para os registros serão utilizados as ficha-espelho disponibilizadas pelo curso de Especialização em Saúde da Família. Na Unidade existem registros dos dados dos usuários com essas doenças crônicas nos prontuários clínicos, fichas espelho e a pasta de HIPERDIA, que possibilitará o acompanhamento dos indicadores previstos para esta ação programática. A meta é cadastrar 75% de hipertensos e diabéticos pertencentes área de abrangência da UBS. Será realizado contato com o gestor municipal para reprodução de 1000 cópias das fichas espelhos. O acompanhamento mensal da intervenção será realizado através da planilha eletrônica de coleta de dados proposta pelo curso (ANEXO B) e fichas espelho (ANEXO C).

Para organizar os registros, os agentes comunitários irão cadastrar os hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais, cadastrando e coletando informações relativas a alimentação, estado clínico das mesmas, tabagismo, obesidade, sedentarismo, consumo excessivo de bebidas alcoólicas e antecedentes hereditários. No momento do cadastramento daqueles indivíduos que estiverem a mais de três meses sem realizar consulta médica, as mesmas serão agendadas e para os usuários que mesmo agendadas não comparecerem ao serviço será realizada busca ativa. As fichas preenchidas ficarão arquivadas em local específico na UBS separadas por equipe facilitando o monitoramento do programa.

A definição do foco da intervenção foi realizada junto à equipe, agora cabe capacitá-los de acordo com os manuais adotados para garantir a qualidade e a padronização das atividades desenvolvidas por toda equipe com os usuários hipertensos e diabéticos. Essa ação tem o propósito de diminuir as complicações severas destas doenças e melhorar a qualidade de vida dos mesmos. Para isso o médico e a enfermeira da equipe responsável por esta intervenção, realizarão uma atualização sobre os Protocolos de HAS e DM adotados, durante a reunião geral da equipe no mês de fevereiro de 2015. Também serão apresentadas e distribuídas as fichas de acompanhamento do programa, para após a orientação quanto ao preenchimento das mesmas, possam começar a ser adotadas na rotina do serviço.

Visando o acolhimento dos usuários com mais de 20 anos para o cadastramento destas doenças crônicas, serão realizadas atividades educativas de sensibilização junto à comunidade em diferentes grupos, como os grupos de pessoas com fatores de risco para estas doenças, idosos, HIPERDIA, bolsa família, sala de espera da UBS, entre outros, visando orientar a população sobre a necessidade de realização dos exames de sangue de rotina, sem faltar glicemia de jejum e a medição periódica da pressão arterial. A organização da UBS para o atendimento a estes públicos será realizada pelo médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e os agentes comunitários de saúde em diferentes momentos na comunidade. Também no intuito de cadastrar o máximo de indivíduos Hipertensos e Diabéticos possíveis serão distribuídos cartazes explicativos por espaços comuns da comunidade.

Os dados coletados nas fichas espelho serão semanalmente consolidados na planilha eletrônica de monitoramento proposta pelo curso e revisadas periodicamente, para acompanhamento da qualidade da assistência prestada e, principalmente, para busca das pessoas faltosas e/ou com exames alterados. As ações de promoção de saúde foram feitas mediante a realização dos grupos de hipertensos e diabéticos com uma periodicidade quinzenal. Neste grupo participam o médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, as estagiárias de enfermagem, os agentes comunitários de saúde e com o apoio da nutricionista, do instrutor físico e da psicóloga. Os temas abordados serão voltados para ações de promoção de saúde mediante apresentações ilustrativas em multimídia.

Falaremos da importância de mudar o estilo de vida fazendo dieta saudável, evitar o sedentarismo e obesidade com a prática sistemática de exercício físico, assim como da não ingestão de bebidas alcoólicas e não tomar café em abundância, não fumar, manter boa higiene bucal pessoal e nos domicílios. Realizaremos também encontros com a comunidade, juntamente com as lideranças comunitárias para esclarecer sobre a importância e realização dos grupos, de como se organizarão as ações programáticas, assim como as estratégias para implementar os grupos de hipertensos e diabéticos. As ações de promoção da saúde também serão realizadas pelos agentes comunitários de saúde (ACS) durante as visitas domiciliares, pelo médico da unidade e enfermeira diariamente, durante as consultas clínicas. Assim fica claro que a ideia principal da intervenção é organizar e aumentar o atendimento dos usuários Hipertensos e Diabéticos na UBS Bom Jesus, com a

implantação da ficha espelho de acompanhamento das pessoas para detecção precoce da HAS e DM, e posteriormente melhorar os indicadores. Sempre que necessário, adaptaremos a organização do serviço visando melhorar o atendimento à população alvo desta intervenção.



### **3 Relatório da Intervenção**

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

Ao relatar sobre as ações desenvolvidas durante o período da intervenção cabe ressaltar que, ao iniciarmos as atividades, foi programado um período de 4 meses para a realização das mesmas, no entanto, este prazo precisou ser antecipado, de modo que todas as ações previstas foram realizadas em um período de 3 meses, o que de certa forma, influenciou para que o indicador de cobertura não apresentasse uma melhor proporção. Esta mudança se fez necessária para que fosse possível ajustar as defesas dos trabalhos de conclusão do curso ao calendário estabelecido com a Universidade.

Durante o período de realização da intervenção, cumprimos com as ações previstas no cronograma de forma integral, alcançamos a maioria das metas previstas para aumentar a cobertura e qualificar o atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS Bom Jesus. Foi atendido um total de 276 usuários hipertensos e 149 usuários diabéticos. Todos os usuários receberam as avaliações necessárias de acordo com o protocolo que estão adotando para o atendimento. Se cumpriu em 100% a monitoração da realização de exames clínicos apropriados dos usuários hipertensos e diabéticos. Todos os usuários foram avaliados quanto ao atendimento odontológico; não teve usuários hipertensos e/ou diabético com exames complementares em atraso e também não teve usuários faltosos às consultas.

Todos eles receberam orientações nutricionais sobre alimentação saudável, sobre a prática regular de atividades físicas e orientações sobre os riscos do tabagismo. Fizemos na semana correspondente ao cronograma, a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde e a atualização em Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus priorizando os agentes



comunitários de saúde de minha equipe. No início da intervenção havia falta de dois ACS e por consequência, duas microareas descobertas, mas depois foi enviado um destes profissionais e assim foi possível a realização do cadastramento de forma parcial ao longo da intervenção. Todos os ACS receberam a capacitação sobre o cadastramento e a busca ativa dos usuários faltosos hipertensos e diabéticos. Se cumpriu também a capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado e definiu-se as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos .

Cumpriu-se integralmente em todas as semanas do cronograma a realização das orientações aos usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização e periodicidade de exames complementares; quanto aos acessos aos medicamentos farmácia popular/hiperdia e possíveis alternativas para obtê-los. Também se cumpriu sem dificuldade os encontros com a comunidade e as lideranças comunitárias para esclarecer sobre a importância e realização dos grupos, de como se organizarão as ações programáticas assim como as estratégias a implementar nos grupos de hipertensos e diabéticos. Se cumpriu de forma constante em todas as semanas da intervenção de acordo com o cronograma os atendimentos clínicos dos hipertensos e diabéticos, os atendimentos aos usuários hipertensos e diabéticos de alto risco, as visitas domiciliares aos usuários acamados e cadeirantes, espaço aonde aproveitamos para fazer orientações aos familiares da importância de ter boas condições de higiene pessoal e domiciliares, cumprir o tratamento medico farmacológico, a dieta saudável que eles tem que ter, fazer os exames complementares periodicamente e valorização odontológica com relativa freqüência.

Cumpriu-se integralmente o monitoramento contínuo da intervenção e com isso, fizemos avaliações das ações educativas, preventivas e de promoção assim como dos atendimentos e exames clínicos dos usuários hipertensos e diabéticos. Também se cumpriu de forma satisfatória a realização dos grupos de hipertensos e diabéticos com uma média de 15 usuários participantes. Tivemos a participação ativa também nestes grupos, a nutricionista, psicóloga, instrutor físico e as estagiárias de enfermagem, bem como os demais membros da equipe de saúde, onde fizemos várias atividades com os usuários, como por exemplo, falamos da importância de uma dieta saudável, do não consumo de bebidas alcoólicas, evitar o tabagismo, fazer atividades física sistemáticas para evitar o sedentarismo e obesidade, e conscientização do cumprimento do tratamento médico farmacológico

para evitar complicações. Os usuários mostraram-se interessados em participar dos grupos, pois através destas atividades, relataram que receberam informações sobre saúde e melhor qualidade de vida, e ainda evitaram a depressão, pois neste grupo fizeram novas amizades e trocaram conhecimento e experiência.

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

Todas as ações que estavam planejadas no projeto foram desenvolvidas integralmente só uma parcialmente e que não ocasionou dificuldade que foi o cadastramento dos hipertensos e diabéticos de uma microarea que ainda está sem ACS, mas alcançamos as metas previstas e não teve nenhuma ação que não fosse realizada.

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

Não encontramos dificuldades que interferissem diretamente nas ações realizadas. Conseguimos fazer a coleta de dados dos usuários semanalmente e fazer o preenchimento correto da planilha de coleta de dados, o que nos levou ao cumprimento das metas integralmente e de acordo com o previsto no início da construção do projeto.

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

Foi muito proveitosa a realização da intervenção, já que estamos conseguindo incorporar as ações previstas na rotina do serviço e alcançar as metas dos indicadores previstos cumprindo todas as ações do cronograma. Conseguimos manter a equipe integrada e estimulada para o desenvolvimento do trabalho de forma unificada. Os grupos de hipertensos e diabéticos assim como as demais ações desenvolvidas pela intervenção já fazem parte da rotina de trabalho diária na unidade de saúde. Somente temos que completar a equipe de saúde, pois ainda falta um agente comunitário de saúde, ficando uma microárea descoberta. No entanto, o cadastramento nesta microárea está parcialmente completo com dificuldades. Já fizemos a solicitação do agente á gestão municipal, mas ainda estamos esperando sua incorporação.



Figura 1: Reunião de Equipe na UBS Bom Jesus, Pelotas/RS.



Figura 2: Reunião de capacitação das equipes de saúde da UBS Bom Jesus, Pelotas/RS.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A Intervenção tratou da melhoria da atenção a saúde dos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus com 20 anos ou mais. Na área adstrita a UBS Bom Jesus existem 500 usuários hipertensos e 149 usuários diabéticos nesta faixa etária. Ao longo da intervenção participaram 276 hipertensos e 149 diabéticos alcançando uma cobertura na área adstrita de 55,2% e 100% respectivamente.

Será descrito a seguir cada resultado alcançado de acordo com a meta estabelecida e o objetivo proposto.

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

1- Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1: Cadastrar 75% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

A evolução do indicador de cobertura do programa de atenção ao hipertenso, ao longo do período de três meses, ocorreu da seguinte maneira: No primeiro mês de atividades cadastramos 93 usuários hipertensos, caracterizando uma cobertura de 18,6%; no decorrer do segundo mês, mais 96 hipertensos foram atendidos, totalizando 189 usuários inclusos no programa e uma cobertura de 37,8%; no terceiro e último mês da intervenção, foram atendidos mais 87 usuários hipertensos, totalizando 276 usuários inclusos no programa e uma cobertura de 55,2%. Tais informações podem ser observadas na figura a seguir.

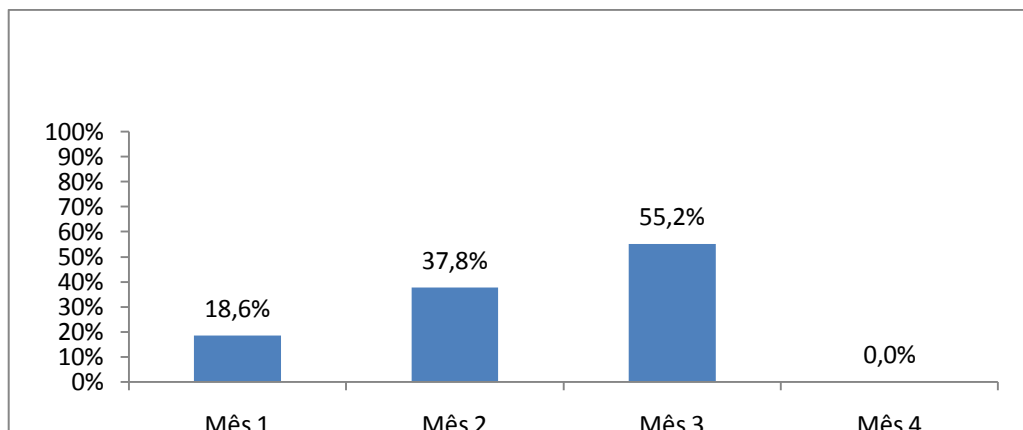


Figura 3: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. UBS Bom Jesus, Pelotas, 2015.

Meta 1.2: Cadastrar 75% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Quanto a evolução de cobertura aos diabéticos, ao longo do período de três meses tivemos: No primeiro mês foram cadastrados 49 diabéticos, atingindo uma cobertura de 32,9%, no segundo mês da intervenção foram atendidos mais 53 diabéticos, totalizando 102 usuários diabéticos até o segundo mês, com uma cobertura de 68,5% e no último mês da intervenção, foram cadastrados mais 47 usuários diabéticos, totalizando 149 com uma cobertura final de 100 %. Tais informações podem ser observadas na figura a seguir.

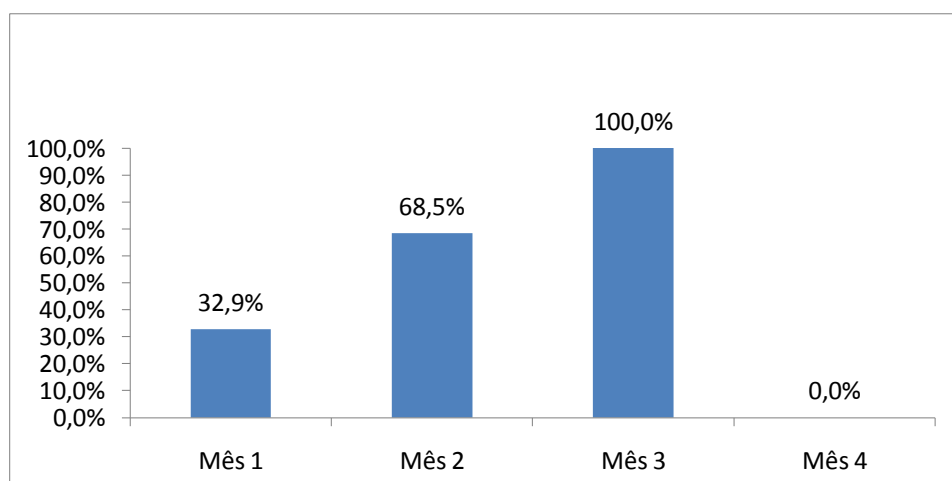


Figura 4: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Bom Jesus, Pelotas, 2015.

A ação que mais auxiliou para o cumprimento das metas de cobertura foi o cadastramento dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência por parte dos

agentes comunitários de saúde, que realizavam visitas domiciliares para chamar aos usuários para a consulta. Tivemos apenas uma microárea com o cadastramento parcialmente realizado, devido a ausência do ACS, mas mediante as reuniões do equipe com a gestão municipal solicitamos a incorporação do profissional nesta microárea .

**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.

Quanto aos hipertensos, do primeiro ao terceiro mês de intervenção tivemos respectivamente 93, 189 e 276 usuários cadastrados e destes, todos receberam exame clínico apropriado durante os três meses da intervenção. O mesmo acontece para os diabéticos, pois tivemos respectivamente 49, 102 e 149 usuários cadastrados, e destes, todos receberam o exame clínico, atingido a meta de 100% em todos os meses da intervenção. As ações que mais contribuíram para o alcance destas metas foram a monitoração dos usuários que estavam sem a realização dos exames e as orientações realizadas para a comunidade sobre a importância do acompanhamento médico e realização de exames.

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.

Tais metas foram cumpridas integralmente em todos os meses de intervenção, de forma que, tanto os usuários portadores de HAS e DM realizaram os exames complementares em todos os meses da intervenção. Contribuíram para estes resultados a capacitação da Equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares e a orientação que fizemos aos usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização e periodicidade de exames complementares.

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

A evolução desta meta para os hipertensos ocorreu da seguinte forma: No primeiro mês da intervenção, dos 89 usuários cadastrados, 61 (68,5%) receberam prescrição de medicamentos da farmácia popular. No segundo mês, de 185 cadastrados, 131 (70,8%) também receberam os medicamentos da farmácia popular. No último mês, dos 272 usuários com prescrição de medicamentos, 202 (74,3%) foram da farmácia popular. A figura a seguir ilustra tais informações.

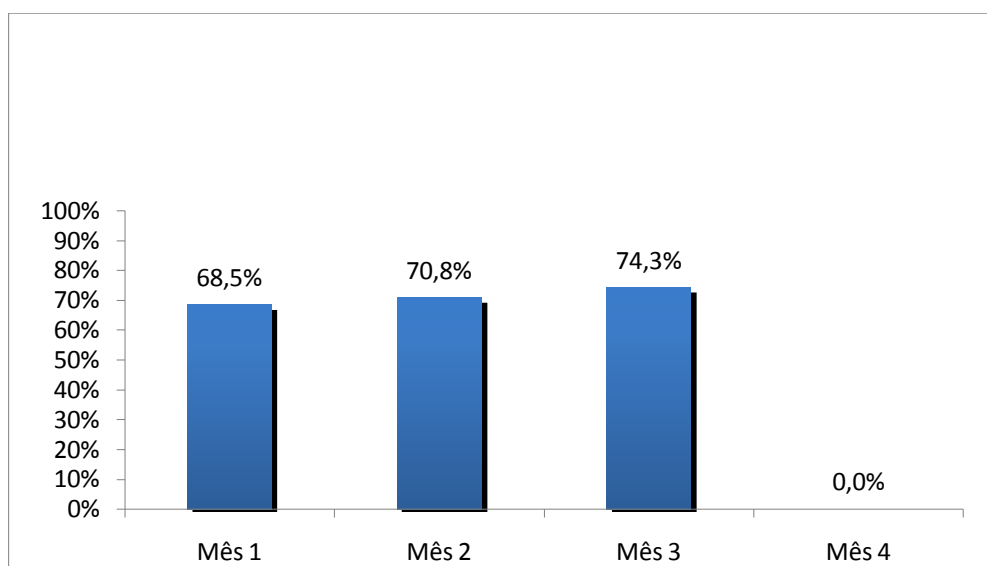


Figura 5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Bom Jesus, Pelotas, 2015.

Quanto aos diabéticos, no primeiro mês da intervenção, tivemos 45 com prescrição de medicamentos, sendo destes, 34 (75,6%) da farmácia popular. No segundo mês, foram 98 diabéticos com prescrição de medicações e destes, 74 (75,6%) da farmácia popular. No terceiro mês, foram 145 diabéticos com prescrição de medicamentos, sendo 110 (75,9%) da farmácia popular.

Para o cumprimento destas metas tivemos dificuldades, pois os medicamentos para os usuários hipertensos e diabéticos que estão disponíveis na Farmácia Popular/Hiperdia distrital dentro no Posto de Saúde não são suficientes em quantidade devido a que na segunda quinzena do mês termina e muitos usuários ficam sem conseguir os medicamentos por esta via.

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.

Tais metas foram cumpridas integralmente em todos os meses de intervenção, de forma que 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados neste período da intervenção receberam a avaliação odontológica, a qual foi realizada pelo médico clínico geral.

**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.

Não mensuramos tais metas, pois não tivemos usuários hipertensos e diabéticos faltosos as consultas no período da intervenção.

**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.

Tais metas foram cumpridas em sua integralidade em todos os meses da intervenção, de forma que os todos os hipertensos e diabéticos cadastrados do primeiro ao terceiro mês da intervenção tiveram seus registros nas fichas espelho e prontuários atualizados. Contribuíram para o alcance destas metas o monitoramento da qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde, a atualização das informações do SIAB, bem como a capacitação da equipe para a realização do registro adequado das ações prestadas durante os atendimentos.

**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.

Tais metas também foram cumpridas de forma integral, de modo que durante os três meses da intervenção todos os hipertensos e diabéticos receberam a estratificação de risco cardiovascular. Para o alcance de tais resultados foi importante ter monitorado o numero de usuários hipertensos e diabéticos com



realização de pelo menos uma verificação de risco por ano, bem como a capacitação da equipe para realização da estratificação de risco ou de lesões em órgãos alvo, e o controle de fatores de risco modificáveis.

**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.

Durante todo o período da intervenção, a nossa equipe conseguiu realizar essas respectivas orientações a todos os usuários da população-alvo que foram atendidos, atingindo, portanto, as metas estimadas de 100% tanto para os usuários portadores de HAS como para os portadores de DM. Organizou-se práticas coletivas sobre alimentação saudável e sobre orientações de atividades físicas. Tivemos apoio da nutricionista e do educador físico da unidade de saúde. Realizamos orientações aos hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, sobre a importância de prática de atividade física regular, sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e sobre a importância da higiene bucal. Capacitou-se a equipe sobre a prática de alimentação saudável, sobre a metodologia de educação em saúde, sobre a promoção da prática de atividade física regular, para o tratamento de usuários tabagistas e para oferecer orientações de higiene bucal.

## 4.2 Discussão

A intervenção, em minha Unidade Básica de Saúde, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos e para a classificação de risco de ambos os grupos. Exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Esta atividade promoveu o trabalho integrado do médico, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem, das estagiárias e dos Agentes Comunitários de Saúde. Os Agentes comunitários de saúde fizeram o cadastramento dos hipertensos e diabéticos da área e colheram informações relativas quanto a alimentação, estado clínico das mesmas, tabagismo, obesidade, sedentarismo, consumo excessivo de bebidas alcoólicas e antecedentes hereditários, assim como revisaram os registros dos dados dos mesmos supervisionado pelo médico e enfermeira.

A equipe foi treinada pelo médico e a enfermeira para verificação da pressão arterial de forma criteriosa e para a realização do hemoglicoteste. As capacitações foram realizadas pelo médico e enfermeira. A técnica de enfermagem foi responsável pela verificação dos sinais vitais e da glicemia dos usuários. A enfermeira esclareceu aos hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre seus direitos de manutenção de seus registros de saúde na UBS, sobre a disponibilidade de solicitar segunda via quando necessário, sobre o sigilo das informações contidas. O médico capacitou a equipe sobre como preencher os registros e sobre a importância de mantê-los atualizados, e também fez a monitoração do número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano de acordo com os registros da ficha espelho.

Foi organizada uma agenda pela enfermeira para atender os indivíduos hipertensos e diabéticos e o médico priorizou o atendimento daqueles avaliados como de alto risco. Os usuários e a comunidade estão sendo esclarecidos durante as visitas domiciliares, consultas e atividades de grupos quanto a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis, como alimentação e o cuidado bucal. A enfermeira demandou a gestão municipal a compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo. O médico e a enfermeira realizaram uma

atualização a equipe sobre os protocolos de hipertensão arterial e diabetes mellitus adotados. Também tivemos o apoio da nutricionista, psicologista, instrutor físico e da odontóloga.

Antes da intervenção as atividades de atenção aos hipertensos e diabéticos eram concentradas no médico. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. A melhoria dos registros e o agendamento dos hipertensos e diabéticos viabilizaram a otimização da agenda para a atenção a demanda espontânea. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade, mas os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, porém gera insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização. Apesar da ampliação da cobertura do programa, ainda temos muitos hipertensos e diabéticos sem cobertura já que ainda há uma microárea descoberta, sem agente comunitário de saúde, o que está afetado o cadastramento da mesma.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe. Também faltou uma articulação com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implementar isto. Agora que estamos no fim do trabalho percebo que a equipe está integrada, porém como vamos incorporar a intervenção a rotina do serviço, teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

Para aprimorar as ações realizadas, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos em especial os de alto risco. A partir do próximo mês, quando teremos disponível o agente comunitário de saúde, pretendemos investir na ampliação de cobertura dos hipertensos e diabéticos. Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implementar o programa de pré-natal na unidade básica de saúde.

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

A Unidade de Saúde Bom Jesus realizou um trabalho de intervenção entre os meses de fevereiro a maio de 2015, com o objetivo de melhorar a atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), moradores da área adstrita da referida Unidade de Saúde. A população estimada da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) é de 3400, sendo 500 usuários portadores de HAS e 149 usuários portadores de DM. No período da intervenção atingimos uma cobertura de 55,2% para HAS, ou seja, atendemos 276 usuários portadores de HAS e uma cobertura de 100% para DM, ou seja, atendemos os 149 usuários portadores de DM.

Todos os usuários receberam as avaliações necessárias de acordo com o protocolo que estão adotando para o atendimento. Se cumpriu em 100% a monitoração da realização de exames clínicos apropriados dos usuários hipertensos e diabéticos. Todos os usuários foram avaliados quanto ao atendimento odontológico; não teve usuários hipertensos e/ou diabético com exames complementares em atraso e também não teve usuários faltosos às consultas. Todos eles receberam orientações nutricionais sobre alimentação saudável, sobre a prática regular de atividades físicas e orientações sobre os riscos do tabagismo. Fizemos a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde e a atualização em Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus priorizando os agentes comunitários de saúde da equipe que desenvolveu a intervenção. Todos os ACS receberam a capacitação sobre o cadastramento e a busca ativa dos usuários faltosos hipertensos e diabéticos. Cumpriu-se também a capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado e definiu-se as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos.

Cumpriu-se integralmente em todas as semanas do cronograma a realização das orientações aos usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização e periodicidade de exames complementares; quanto aos acessos aos medicamentos farmácia popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obtê-los. Também se cumpriu sem dificuldade os encontros com a comunidade e as lideranças comunitárias para esclarecer sobre a importância e realização dos grupos, de como se organizarão as ações programáticas assim como as estratégias a implementar nos grupos de hipertensos e diabéticos. Se cumpriu de forma constante em todas as semanas da intervenção de acordo com o cronograma os atendimentos clínicos dos hipertensos e diabéticos, os atendimentos aos usuários hipertensos e diabéticos de alto risco, as visitas domiciliares aos usuários acamados e cadeirantes. Durante a realização das visitas aproveitamos para fazer orientações aos familiares da importância de ter boas condições de higiene pessoal e domiciliares, cumprir com o tratamento médico farmacológico e com uma dieta saudável, fazer os exames complementares periodicamente e valorização odontológica com relativa frequência.

Cumpriu-se integralmente o monitoramento contínuo da intervenção e com isso, fizemos avaliações das ações educativas, preventivas e de promoção assim como dos atendimentos e exames clínicos dos usuários hipertensos e diabéticos. Também se cumpriu de forma satisfatória a realização dos grupos de hipertensos e diabéticos com uma média de 15 usuários participantes. Tivemos a participação ativa também nestes grupos, a nutricionista, psicóloga, instrutor físico e as estagiárias de enfermagem, bem como os demais membros da equipe de saúde, onde fizemos várias atividades com os usuários, como por exemplo, falamos da importância de uma dieta saudável, do não consumo de bebidas alcoólicas, evitar o tabagismo, fazer atividades física sistemáticas para evitar o sedentarismo e obesidade, e conscientização do cumprimento do tratamento médico farmacológico para evitar complicações. Os usuários mostraram-se interessados em participar dos grupos, pois através destas atividades, relataram que receberam informações sobre saúde e melhor qualidade de vida, e ainda evitaram a depressão, pois neste grupo fizeram novas amizades e trocaram conhecimento e experiência.

Podemos dizer que, durante o período de realização da intervenção, cumprimos com as ações previstas no cronograma de forma integral, alcançamos a maioria das metas previstas para aumentar a cobertura e qualificar o atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS Bom Jesus.

A gestão municipal apoiou nosso projeto de intervenção na UBS já que participavam nas reuniões de equipe de saúde, auxiliando a minimizar os problemas que dificultavam o desenvolvimento da intervenção como por exemplo: fizeram a reforma da Unidade Básica de Saúde , contrataram mais profissionais de saúde como: Psicólogo e instrutor físico. Ao início da intervenção havia falta de dois ACS e por consequência, duas microareas descobertas, mas depois foi enviado um destes profissionais e assim foi possível a realização do cadastramento de forma parcial ao longo da intervenção. Ainda está pendente um agente comunitário de saúde para conseguirmos concluir o cadastramento da microarea descoberta. Gostaríamos de manter esta parceria e continuar contando com o apoio da gestão para superar as dificuldades ainda enfrentadas e assim expandir a intervenção para as demais ações programáticas.

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

Durante os meses de fevereiro a maio de 2015, realizamos na Unidade de Saúde Bom Jesus um trabalho de intervenção com o objetivo de melhorar a atenção aos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, moradores da área atendida por este serviço de saúde. Foram atendidas 276 pessoas com hipertensão e 149 pessoas com diabetes residentes na área de abrangência do serviço de saúde.

A comunidade ganhou muito com a intervenção, já que um número significativo de indivíduos foi beneficiado. Os usuários hipertensos e diabéticos passaram a ter um atendimento na UBS com mais qualidade nas consultas médicas, e também no atendimento realizado por toda a equipe. Melhorou-se desde o acolhimento, o exame físico, avaliações com outros profissionais como dentista, nutricionista até o aumento da demanda dos medicamentos na farmácia popular que eles têm acesso. Foram formados os grupos de hipertensos e diabéticos, com os quais os usuários estão muito satisfeitos em participar das atividades educativas, preventivas e assim conhecer mais suas doenças evitando complicações das mesmas, propiciando também aos usuários fazerem novas amizades tanto entre eles como com os profissionais da saúde e prevenindo com isso a depressão. Outro aspecto positivo que alcançou-se com a intervenção foi a incorporação ao posto de saúde do instrutor físico e a psicóloga.

Podemos afirmar que neste momento a intervenção está incorporada na rotina do serviço já que a equipe de saúde trabalha junto, estimulada, integrada e unida; cada um desenvolvendo suas funções desde os agentes comunitários de saúde com o cadastramento até a enfermeira e o médico fazendo as consultas e monitorando das demais ações de saúde. Todas com um único objetivo de alcançar uma maior qualidade no atendimento às pessoas, com isso melhorar a qualidade de vida das mesmas.

Com o desenvolvimento deste trabalho, o atendimento que era realizado neste serviço sofreu modificações e mudou a rotina no mesmo. Ao prestar atendimento as pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, também englobamos muitos idosos que são acometidos por estas doenças. Nosso planejamento é atender a todos da comunidade, incluindo familiares e oferecendo um serviço com maior qualidade. Por outro lado sabemos também que, enfrentamos diversas dificuldades tanto na estrutura física do serviço, quanto na falta de profissionais e instrumentais necessários para nosso trabalho. Desta forma, saliento a necessidade de toda a comunidade estar engajada junto a nós, profissionais da saúde, para unidos, reivindicarmos melhorias junto aos gestores de nosso município e com isso, tentarmos mudar esta realidade e ofertar um trabalho mais qualificado. Contamos com a participação e apoio de todos vocês.



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

Eu estou muito orgulhoso, contente e satisfeito por ter tido a oportunidade de fazer o curso de especialização de saúde da família, pois o desenvolvimento do trabalho no curso cumpriu com as minhas expectativas iniciais. Desde o início almejei obter novos aprendizados na saúde da família aqui do Brasil, conhecendo realidades distintas das que já trabalhei na Venezuela e em Cuba, adquirir novos métodos de levar saúde às comunidades de maior risco. Eu penso que o projeto pedagógico e o Guia do especializando foram ferramentas propostas muito boas porque nos ofereceu a possibilidade de ampliar nosso conhecimento na Estratégia Saúde da Família de uma maneira muito organizada e alcançar um maior monitoramento na saúde das pessoas e um compartilhamento e troca de experiências com colegas e orientadores.

A especialização contribuiu muito para que a equipe trabalhasse mais unida, realizando suas atribuições em conjunto, como ações de promoção de saúde. Com isso, alcançou uma maior qualidade nos atendimentos clínicos aos usuários hipertensos, diabéticos e as demais pessoas da comunidade, desde o acolhimento aos usuários na sala de espera até os atendimentos clínicos nas consultas médica e de enfermagem.

Também contribuiu para a organização do serviço, como por exemplo, fazer reuniões de equipe todas as semanas com a participação da gestão municipal. Nestas reuniões se levavam os principais problemas existentes que estavam dificultando o desenvolvimento do projeto, desde as condições estruturais da UBS, até a falta de profissionais existente na mesma, todas as dificuldades encontradas foram amenizadas ao longo do curso. Os agentes comunitários de saúde tiveram um papel muito importante já que fizeram o cadastramento de todas suas microáreas da comunidade, esclarecendo os dados numéricos atuais da situação de saúde

existentes na área de abrangência. Constituíram-se os grupos de hipertensos e diabéticos, nos quais são realizadas atividades educativas preventivas quinzenalmente, com a participação da equipe de trabalho como: médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, estagiarias de enfermagem e os ACS. Além disso, também tivemos o apoio e a participação ativa da nutricionista, psicóloga, assistente social, instrutor físico e da dentista da área para melhorar a saúde bucal dos mesmos.

Desta forma, é possível afirmar que o curso de especialização em saúde da família, promovido pela Universidade Federal de Pelotas, em conjunto com a UNASUS, contribuiu para melhorar a qualidade dos atendimentos clínicos das pessoas da comunidade, mas também ensinou a observar o usuário de forma mais abrangente, envolvendo a pessoa dentro de seu contexto de vida, no domicílio, juntamente com as condições sócio-demográficas e culturais existentes.

Além disso, foi possível aprimorar meus conhecimentos específicos com os casos interativos de usuários com múltiplas doenças, por meio de estudos individuais com o apoio da bibliografia disponibilizada pelo curso. Também facilitou a questão de realizar um melhor acompanhamento dos usuários portadores de hipertensão e diabetes, assim como avaliar o melhor tratamento médico farmacológico para os mesmos. Por meio de tudo isso, foi possível obter uma nova visão da forma de trabalhar na atenção primária em saúde no Brasil.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, nº 36, Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica.** Diabetes Mellitus. Brasília- DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, nº 37, Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica.** Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília-DF, 2013.

## **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

G190										
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
<b>Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 2</b>										
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 Hipertensão ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?
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
198	195		0							
199	196		0							
200	197		0							
201	198		0							
202	199		0							
203	200		0							
204	201		0							
205	202		0							
206	203		0							
207	204		0							
208	205		0							
209	206		0							
210	207		0							

G190										
A	B	C	K	L	M	N	O	P	Q	R
<b>Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês</b>										
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	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?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
198	195		0							
199	196		0							
200	197		0							
201	198		0							
202	199		0							
203	200		0							
204	201		0							
205	202		0							
206	203		0							
207	204		0							
208	205		0							
209	206		0							
210	207		0							

