

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 9**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Qualificação da atenção à saúde dos adultos com Hipertensão Arterial  
Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Santa Antão, Santa Maria/RS**

**Wagner Barcelo Trinidad**

**Pelotas, 2016**

**Wagner Barcelo Trinidad**

**Qualificação da atenção à saúde dos adultos com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Santa Antão, Santa Maria/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.

Orientadora: Stelita Pacheco Dourado Neta

Pelotas, 2016

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

T833q Trinidad, Wagner Barcelo

Qualificação da Atenção à Saúde dos Adultos com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Santa Antão, Santa Maria/RS / Wagner Barcelo Trinidad; Stelita Pacheco Dourado Neta, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

97 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Dourado Neta, Stelita Pacheco, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

## **Agradecimentos**

À Equipe de Trabalho da ESF Santo Antão

À comunidade pela compreensão e respeito diário

À minha orientadora pela paciência e dedicação

*“O melhor médico será aquele que estará sempre ciente das limitações de sua arte ou seus meios e, portanto, mais capaz de moldar os recursos disponíveis para as circunstâncias existentes”.... Jowett*

## Resumo

TRINIDAD, Wagner Barcelo. **Qualificação da atenção à saúde dos adultos com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Santa Antão, Santa Maria.** 2015. 96f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus são duas doenças muito frequentes em nossa população e sabemos que se não tratadas adequadamente e com a adesão ao tratamento estabelecido, poderão ocorrer muitas complicações ao indivíduo com diabetes e/ou hipertensão. Realizamos uma intervenção num período de 12 semanas na UBS Santa Antão com o objetivo de melhorar a atenção a saúde dos usuários hipertensos e diabéticos maiores de 20 anos existentes na área de abrangência da UBS. A intervenção teve um projeto que previa a realização de ações em quatro eixos pedagógicos: organização e gestão dos serviços, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação. Os dados foram coletados com ajuda da Planilha de Coleta de Dados e Ficha Espelho fornecidos pelo Curso. Na área adstrita à UBS existem 1345 pessoas, e a estimativa pelo CAP é que teríamos na área de abrangência da UBS uma estimativa de 901 pessoas com 20 anos ou mais e desta população seriam estimados que tivéssemos na área 301 hipertensos com 20 anos acompanhados na UBS. A estimativa para pessoas maiores de 20 anos com diabetes era de 86. Após atualizarmos os dados da população da área de abrangência trabalhamos com a meta de cadastrar e acompanhar 100% hipertensos e 100% diabéticos. Durante o período da Intervenção cadastramos e acompanhamos no Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético na UBS; 165 (54,8%) usuários hipertensos e 51 (59,3%) diabéticos da área. Apesar dos esforços realizados pela equipe não conseguimos atingir a meta de cobertura para os usuários hipertensos e/ou diabéticos. Nossas maiores dificuldades foram relacionadas ao período chuvoso que dificultava não só o acesso dos usuários à nossa UBS com para a equipe realizar Visitas Domiciliares e atividades coletivas. Também no mês de dezembro tivemos as férias da maior parte da equipe onde todos os ACS e o enfermeiro tiraram férias. Os resultados alcançados nos indicadores de qualidade demonstram uma série de modificações na rotina do serviço, como uma melhor organização dos dados, a priorização do atendimento de acordo a classificação de risco e coleta de exames a este grupo, a vinculação da saúde bucal dentro da unidade (no final da intervenção), uma melhor prescrição de medicamentos das farmácias populares, e a capacitação da equipe de saúde da família para ofertar atendimento adequado à população adstrita. Apesar de imprevistos semanais surgidos durante a Intervenção, podemos afirmar que com a intervenção houve melhora da adesão da população, aumentou a aceitação do acompanhamento, além de aprimorar a qualidade do atendimento e melhorar o vínculo com os líderes comunitários na área e da população em geral.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Mapa de localização do município Santa Maria segundo divisas do Brasil e no estado do Rio Grande do Sul	11
Figura 2	Gráfico Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na UBS Santa Antão, Santa Maria/RS.2015	71
Figura 3	Gráfico Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na UBS Santa Antão, Santa Maria/RS.2015	72
Figura 4	Gráfico Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia na UBS Santa Antão, Santa Maria/RS.2015...	76

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

ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
RS	Rio Grande do Sul
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS



## Sumário

Apresentação .....	9
1 Análise Situacional .....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	21
2 Análise Estratégica .....	22
2.1. Justificativa.....	22
2.2 Objetivos e metas.....	24
2.2.1 Objetivo geral.....	24
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	24
2.3 Metodologia.....	26
2.3.1 Detalhamento das ações .....	26
2.3.2 Indicadores .....	51
2.3.3. Logística.....	58
2.3.4 Cronograma.....	64
3 Relatório da Intervenção.....	65
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	65
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	67
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	67
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	68
4 Avaliação da intervenção.....	69
4.1 Resultados .....	69
4.2 Discussão.....	82
5 Relatório da intervenção para gestores .....	84
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	87
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	89
Referências .....	90
Anexos .....	91
Anexo A Ficha Espelho Programa De Atenção Aos Hipertensos e Diabéticos (Frente e verso).....	92
Anexo B Planilha de Coleta de Dados Hipertensos E Diabéticos Aba Dados da UBS.....	93
Anexo C Planilha de Coleta de Dados Hipertensos e Diabéticos Aba Mês 1 .....	94
Anexo D Documento do comitê de ética .....	95
Anexo E Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias ..	96

## **Apresentação**

Este é um trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da família, na modalidade à distância, no qual desenvolvemos uma intervenção na UBS Santo Antão no município de Santa Maria-RS que foi realizada com o objetivo qualificar a atenção à saúde dos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus.

O volume está organizado em sete unidades.

A análise situacional será apresentada na primeira parte, descrevendo o município no qual a unidade está localizada, as características da unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma.

A análise estratégica será descrita na segunda parte, apresentando os objetivos, as metas, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, os indicadores, a logística e o cronograma.

Na terceira parte, o relatório de intervenção será desenvolvido, demonstrando as ações previstas no projeto que foram ou não realizadas, explicando as dificuldades gerais encontradas e uma avaliação da viabilidade da incorporação das ações previstas à rotina do serviço da unidade.

A avaliação da intervenção será apresentada na quarta parte, juntamente com a análise e discussão de seus resultados qualitativos e quantitativos com as respectivas figuras, o relatório da intervenção para a comunidade e para os gestores.

Na quinta e sexta parte estão o relatório aos gestores e o relatório para a comunidade e a sétima parte é a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Por último, será apresentada a bibliografia e os anexos que foram utilizados durante a intervenção.

# **1 Análise Situacional**

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

Eu estou alocado no município de Santa Maria Rio Grande do Sul, trabalhando na unidade de saúde da família de Santa Antão.

E uma ESF de zona rural, portanto a população a qual brindamos nosso serviço e bem carente, a nossa área em território e bem extenso mas o número de pessoas e relativamente pequeno já que são 1345 usuários cadastrados, igualmente este número pode variar já que tem um sector de assentamento onde tem muito fluxo de família.

O local físico da nossa unidade e uma casa alugada pela prefeitura a qual foi adaptada para poder funcionar como unidade, a gente sabe que faltam muitas coisas mas com as que contamos podemos brindar um bom serviço à população.

Nossa equipe está composta por 1 enfermeiro, 1 técnica em enfermagem, 4 agentes comunitários, faltando um e 1 médico.

Estou nesta unidade desde março já que antes estava em outra com uma população maior, com muita carência e a equipe não estava completa, portanto contávamos com muitas dificuldades para trabalhar, nesta unidade a relação com a equipe e a população está ótima e por isso acredito que conseguiremos vencer os temas de saúde da família e trabalhar com ótimos resultados fazendo prevenção e promoção de saúde com a população e assim poder cumprir com as metas do ministério. Sinto-me bem otimista.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

O município em que estou alocado pelo Programa Mais Médicos é Santa Maria, um município do estado do Rio Grande do Sul, no Brasil. Com 274 838 habitantes, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2014. Foi fundada 17 de maio de 1858, é considerada uma cidade média, e de grande influência na região central do estado. É a 5ª cidade mais populosa do Rio Grande do Sul e, isoladamente, a maior de sua região.

A cidade foi criada a partir de acampamentos de uma comissão demarcadora de limites entre terras de domínio espanhol e português que passavam pela região. A comissão montou os acampamentos, onde hoje está localizada a Praça Saldanha Marinho, em 1797.



**Figura 1:** Mapa de localização do município Santa Maria segundo divisas do Brasil e no estado do Rio Grande do Sul

**Fonte:** Image:RioGrandedoSul MesoMicroMunicip.svg, disponível em: <[https://pt.wikipedia.org/wiki/Santa\\_Maria\\_%28Rio\\_Grande\\_do\\_Sul%29#/media/File:RioGrandedoSul\\_Municip\\_SantaMaria.svg](https://pt.wikipedia.org/wiki/Santa_Maria_%28Rio_Grande_do_Sul%29#/media/File:RioGrandedoSul_Municip_SantaMaria.svg)> Acesso em 07/10/15

Durante a Revolução Farroupilha (1835-1845), chegaram os primeiros imigrantes alemães, provenientes de São Leopoldo, buscando se afastar dos combates. Santa Maria sedia uma das maiores universidades públicas do Brasil, a Universidade Federal de Santa Maria. A universidade conta atualmente com quase 27 000 alunos em seus cursos de graduação e pós-graduação. Santa Maria é

considerada cidade universitária, graças à Universidade Federal de Santa Maria, criada por Filho. Por ter uma grande quantidade de instituições de ensino, a cidade é conhecida como "Cidade-Cultura".

O sistema de saúde do município é composto por 16 ESF e 18 UBS do modelo tradicional, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em poucos números e não tem condições para fazer o nosso apoio, além disso, possuímos consultas de especialistas muito limitadas já que temos muita demanda e pouca oferta destes serviços e algumas como, por exemplo, endocrinologistas não têm disponíveis para atender usuários do SUS. Os encaminhamentos feitos para as diversas especialidades demoram muito tempo até, mas de ano em ano serem atendidos os usuários.

Em Santa Maria contamos com um Hospital Universitário, Casa de Saúde, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e um PA, além dos serviços privados os quais também oferecem atenção à população por convênios com o SUS. Em Santa Maria contamos com o serviço hospitalar referência para a região de excelente qualidade (Hospital Universitário de Santa Maria). Sobre os exames temos a disponibilidade de convênios e contratos com certos laboratórios da cidade que oferecem este serviço e outros exames mais complexos são regulados pela Secretaria de Saúde mais podemos dizer que temos pronta resposta. O serviço de saúde do município é bom. Atualmente estamos com o sistema informatizado em todas as UBS, o que facilita mais a comunicação com as demais instituições e podendo conseguir um seguimento dos nossos usuários assim brindando um melhor serviço.

Estamos dentro da rede de atenção primária e nos vinculamos com as outras instituições como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que são a nossa referencial de saúde mental. Temos um centro especializado em saúde da mulher Centro de Diagnostico e Atenção Secundaria (CEDAS) seguimos as diretrizes dos programas incorporados pelo Ministério da Saúde.

Trabalhamos em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF), em uma localidade rural vinculada com o Sistema Único de Saúde (SUS). Temos só uma equipe de saúde na unidade que está composta por um médico, um enfermeiro, um técnico em enfermagem e 4 ACS. Não temos relações com instituições de

ensino, pois não funcionamos como campo para “estágios”, mas realizamos atividades de educação em saúde nas escolas da comunidade.

A estrutura física da UBS/ESF Santo Antão é uma casa alugada na zona rural que foi adaptada para funcionar como tal, mas a estrutura é deficiente. Faltam espaços como local para depósito de lixo contaminado e comum, sala de expurgo. Não temos farmácia e a medicação está armazenada num armário da recepção. Temos uma sala de vacina. Atualmente estamos com uma carência muito grande de insumos, materiais e medicação, que chega mensalmente, porém não cobre as necessidades da população. Temos uma sala de enfermagem e um consultório médico. Temos somente um banheiro comum para funcionários e usuários sem adaptação para pessoas com deficiências, uma sala de curativos e uma copa. Os Lavatórios e/ou pias da UBS possuem torneiras com fechamento que dispensa o uso das mãos.

A entrada da ESF tem degraus sem corrimão, o que dificulta o acesso de pessoas com limitações físicas. Ressaltamos que a UBS atualmente é uma adaptação muito precária com relação ao ideal preconizado pelo Ministério da Saúde conforme o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde da Estratégia de Saúde da Família, mas ainda assim conseguimos realizar uma boa atenção à população que é tão carente, tanto pela situação econômica como pela distância da cidade.

As limitações e dificuldade são muitas e os insumos e materiais poucos para poder oferecer a atenção como seria o esperado, ou como está no texto do Questionário sobre a Estrutura da UBS que foi disponibilizado pela Ufpel para realizarmos a comparação do que existe com o ideal. Atualmente temos acesso à “internet” na UBS e estamos em fase de implantação o Prontuário Digital que está sendo realizado por uma empresa terceirizada. Agora podemos contar com o Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica. Ele é uma ferramenta importante lançada pelo Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT), "que tem como proposta a qualificação das Equipes de Saúde da Família em todo país. Para isso estão integrando essas Equipes a centros universitários de referência, difundindo conhecimentos e melhorando a qualidade do atendimento em Atenção Primária no Brasil". O Telessaúde nos auxilia para esclarecermos dúvidas com outros profissionais

Atualmente estamos nos organizando para implantar a criação de grupos na UBS a exemplo de Grupo de Mães, de Hipertensos e Diabéticos, de idosos. Uma das dificuldades é que não contamos com materiais áudio visuais para nos auxiliar nas atividades de educação em saúde nos grupos. Também realizamos atividades de educação em saúde dos profissionais, especialmente com os ACS e estas são realizadas uma vez ao mês já que os ACS têm que percorrer vários quilômetros “a pé”, pois o município não disponibiliza nenhum meio de locomoção para eles. A manutenção dos equipamentos da UBS é realizada por um encarregado da gestão, para o qual temos que enviar um relatório, sobre o mobiliário e equipamentos com defeito e a necessidade de concerto na estrutura física da UBS.

Nossa equipe desenvolve um trabalho que busca responder ao descrito na Portaria MS/GM 2488/11 diz que: “a Atenção Básica é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.” Temos um território adstrito. Buscamos garantir o acesso universal para todas as pessoas, e o vínculo de responsabilidade e cuidado contínuo e longitudinal à saúde realizando ações de promoção e prevenção de doenças. Temos algumas dificuldades no momento de oferecer os insumos necessários para o desenvolvimento destas ações, e assim possibilitar um envolvimento maior da população, gerando uma consciência de responsabilidade e autocuidado e assim diminuir os agravos das doenças sobre as pessoas.

Atendemos uma população de 1.345 pessoas, com um número de 1.125 pessoas na faixa etária maior de 15 anos que em sua grande maioria são trabalhadores rurais e, podemos observar que na população temos predomínio de idosos. Além disso, temos em nosso território uma área de assentamento de famílias de trabalhadores rurais que tem uma alta rotatividade o que faz variar o número total de pessoas na área e com isto dificultando o nosso trabalho de planejamento das ações.

O acolhimento à Demanda Espontânea em nossa UBS não tem uma sala específica, mas é realizado na recepção ou em qualquer parte da UBS por qualquer profissional da equipe. Realiza-se em todos os turnos de funcionamento da UBS. Todos os usuários são acolhidos e suas necessidades são escutadas e a triagem quando o usuário chega, depende de seu risco, doença, idades mais vulneráveis,

para definir acolhimento e o encaminhamento da demanda do usuário. Nosso trabalho está organizado de maneira que todas as pessoas sejam ouvidas e encaminhadas de acordo com a necessidade do usuário.

Para as consultas programadas na agenda dos profissionais deixamos vagas para 10 usuários agendados que são vistos com o seu horário marcado com o médico /e ou enfermeiro, mas em caso de necessidade de problemas agudos ou uma urgência/emergência, atendemos de imediato. Nestes atendimentos sempre visamos às prioridades e necessidades dos usuários. Como estamos em uma ESF rural, a demanda para consultas programadas e de demanda espontânea é pouca, e como estamos afastados da cidade não temos demanda de usuários fora da área.

De acordo com o Caderno de Ações Programáticas, segundo a população da área de abrangência da UBS, a equipe tem uma estimativa de 16 crianças menores de um ano. De acordo com nossos registros temos 11 crianças menores de um ano residentes na área e acompanhadas na UBS. Destas temos 11 (100%) com consulta em dia de acordo com protocolo do Ministério de Saúde e com teste do pezinho até 7 dias. Estamos com 10 (91%) crianças com primeira consulta nos primeiros 7 dias de nascido, 11 (100%) fizeram a triagem auditiva. As 11(100%) crianças tinham monitoramento do crescimento e desenvolvimento na última consulta. Temos 10 (91%) com vacinas em dia. Todas as mães das crianças acompanhadas na UBS receberam orientações de prevenção de acidentes e o oferecimento do aleitamento materno exclusivo e receberam avaliação de saúde bucal.

O total de crianças residentes em nossa área na faixa etária entre zero a setenta e dois meses e acompanhadas pela equipe é de 37 crianças.

A equipe de saúde realiza ações no cuidado as crianças na puericultura e atenção à demanda espontânea por intercorrências e buscamos organizar as nossas ações segundo os protocolos e orientações do Ministério da Saúde, Caderno de Atenção Básica número 33 publicado em 2012. Como estamos situados em uma zona rural a nossa população é pequena, portanto temos pouca demanda, então realizamos uma excelente atenção tanto a criança como ao pré-natal e puerpério, fornecemos também as vacinas pertinentes para cada idade de acordo ao calendário de vacinas.

Em relação ao Pré-Natal os atendimentos são realizados em relação ao protocolo do Ministério de Saúde Caderno de Atenção Básica número 32 publicado em 2013. Temos uma ótima adesão e cooperação da população sobre a atenção ao



pré-natal. Nossa maior dificuldade em relação ao acesso das gestantes ao pré-natal diz respeito à extensão da área de abrangência da UBS onde algumas localidades ficam muito distantes. Realizamos o monitoramento destas ações e registros específicos. Ainda não criamos os Grupos de gestantes, já que são poucas e nem todas podem comparecer à UBS assiduamente.

De acordo ao Caderno de Ações Programáticas nossa área tem um número estimado de 13 gestantes, e estes dados não condizem com os nossos registros já que atualmente são acompanhadas na UBS 6 (100%)gestantes. Temos 4 (66%)com pré-natal iniciado no 1º trimestre, 5(83%) gestantes com consulta em dia de acordo com calendário do Ministério de Saúde. As 6 (100%)gestantes estão com as vacinas contra tétano e Hepatite B em dia conforme ao protocolo, assim como todas as gestantes estão com prescrição de sulfato ferroso e ácido fólico conforme protocolo. Todas as gestantes atendidas na nossa ESF têm solicitação, na primeira consulta, de exames laboratoriais preconizados, sendo que o município garante este recurso. Vemos que todas as gestantes a partir do segundo trimestre começam a receber orientações em relação à importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de nascida a criança.

Quanto à atenção ao puerpério, segundo o CAP estimava-se que nos últimos 12 meses teriam 16 partos, porém segundo dados levantados na UBS, 8 mulheres fizeram consulta de puerpério nos últimos 12 meses. Todas consultaram antes dos 42 dias do pós-parto e tiveram sua consulta puerperal registrada e também receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, sobre aleitamento materno exclusivo e sobre planejamento familiar. Também tiveram as mamas examinadas, o abdome examinado e realizaram exame ginecológico e seu estado psíquico avaliado e todas foram avaliadas quanto à intercorrências no puerpério.

Na UBS realizamos ações de prevenção dos cânceres do colo de útero e da mama e adotamos como protocolo o Caderno de Atenção Básica número 13publicado em 2013. Contamos com registro específico para esta ação, e mensalmente realizamos uma Sala de espera sobre os temas importantes exemplo prevenção do câncer de colo e de mama realizada por diferentes membros da equipe.

Segundo o CAP tem uma estimativa para a área de abrangência da UBS de 370 mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área e já estamos com 287 mulheres

entre 25 e 64 residentes na área acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero. Nos indicadores de qualidade estamos com 198(69%) mulheres na faixa etária entre 25 a 64 anos de idade com exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia. Temos 24 (8%) mulheres com o exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso. Temos 7 (2,4%) mulheres desta faixa etária com exame citopatológico para câncer de colo de útero alterado, que estão sendo acompanhadas na UBS e em serviço especializado. Para aquelas com CP alterado fazemos encaminhamento a saúde da mulher (CEDAS) que é nosso centro de referência do município.

Devemos salientar que temos registrados que as 198(69%) das coletas realizadas estão com amostras consideradas satisfatórias e com exames coletados com células representativas da junção escamocolunar. As 287 (100%) mulheres entre 25 e 64 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero tiveram realizados a avaliação de risco para câncer de colo de útero durante a consulta clínica e também foram investigadas para a presença de fatores de risco do CA de colo de útero (infecção pelo papiloma vírus humana - HPV, tabagismo, comportamento sexual de risco para CA de colo de útero). Não nos descuidamos das orientações sobre prevenção de CA de colo de útero onde as 287 (100%) foram orientadas quanto à prevenção do CA de colo de útero considerando os fatores de risco e foram orientadas especificamente quanto à prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).

Realiza-se a prevenção do câncer do colo uterino através da coleta de exame citopatológico todos os dias da semana. Essa coleta de exame citopatológico é feita pelo enfermeiro.

Nas ações para prevenção de câncer de mama temos um número estimado de 287 mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área. Estão acompanhadas na ESF, 198 destas mulheres, os indicadores de qualidade demonstram que apenas 198 (69%) mulheres estão com Mamografia em dia. Temos 89 com mamografia com mais de 3 meses em atraso, e as 287 mulheres alguma vês receberam avaliação de risco para câncer de mama bem como orientações sobre prevenção do câncer de mama e orientamos sobre a importância da realização de mamografia, e também como sobre prevenção do câncer de mama.

Em relação aos hipertensos e diabéticos adotamos como os protocolos fornecidos pelo Ministério os Cadernos de Atenção Básica número 36 e 37.

Realizamos atenção detalhada a esta população na consulta, mas na realidade, temos dificuldade na adesão já que muitas vezes as pessoas faltam a consultas programadas por que estão trabalhando ou simplesmente porque não tem sintomas o que dificulta o controle. Realizamos grupos mais geralmente as pessoas que participam são aquelas que não trabalham. Não contamos com registro específico para esta população.

Na ação programática de atenção ao hipertenso e diabético, na UBS realizamos atendimentos de adultos com HAS e DM todos os dias da semana. Temos implantado o Programa de Atenção ao Diabético e Hipertenso.

Na área adstrita à UBS existem 1345 pessoas, e a estimativa pelo CAP é que teríamos na área de abrangência da UBS uma estimativa de 901 pessoas com 20 anos ou mais e desta população seriam estimados que tivéssemos na área 301 hipertensos e, segundo os nossos registros tínhamos 204(68%) hipertensos com 20 anos acompanhados na UBS.

Quanto aos indicadores de qualidade vemos que 165 (81%) hipertensos acompanhados na UBS tiveram a realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, usando o score Framingham. Temos 165 (81%) que estão com os exames complementares periódicos em dia, 39 (19%) hipertensos estão com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias. Os 165 (81%) hipertensos acompanhados na UBS passaram por orientações sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável. Outro indicador de qualidade que chama a atenção é o de que 65 (32%) dos Hipertensos acompanhados na UBS estão com avaliação de saúde bucal em dia.

Segundo o CAP temos estimados 86 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área da UBS e a equipe acompanham atualmente 57 (66%) diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área. Analisando os Indicadores de qualidade vemos que 42 (74%) diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS estão com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, 42 (74%) com exames complementares periódicos em dia, e 42 (74%) estão com exame físico dos pés nos últimos 3 meses, e 42 (74%) com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses e com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses. Isto demonstra que a equipe está muito bem embasada como protocolo de atendimento ao diabético na UBS, 15 (26%) diabéticos com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias. Também não

nos descuidamos das orientações aos 42(74%) diabéticos acerca prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável. Dos 57 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS apenas 26(46%) estão com a avaliação em saúde bucal em dia.

Realizamos atendimento de idosos todos os dias da semana no horário de funcionamento da ESF. No atendimento ao idoso participa toda a equipe fazendo a recepção, acolhimento e acompanhamento dos mesmos.

Todos os idosos atendidos já saem com a próxima consulta programada (agendada). Além das consultas programadas, existe demanda de idosos para atendimento de problemas de saúde agudos. Que são acolhidos pela equipe e atendidos pelo médico coando necessários. Salientamos informar que não temos muita demanda a este tipo de consulta. Existe protocolo de atendimento para idosos na ESF proporcionados pelo ministério de saúde pública.

As ações que desenvolvemos no cuidado aos idosos, envolve orientação para uma nutrição saudável, sobre exercícios físicos e realizamos os atendimentos clínicos.

Caso que seja necessária internação, encaminhamos para as unidades de pronto atendimento aonde são reavaliados e se necessário ficam internados ai mesmo ou são levados para o Hospital Universitário de Santa Maria sempre que tenha leito disponível.

Os atendimentos aos idosos são registrados no prontuário já que não temos arquivo específico para os registros do atendimento dos idosos.

Utilizamos como fontes de dados para preencher as informações do Caderno das Ações Programáticas os prontuários clínicos.

De acordo o CAP teria na área de abrangência da ESF 184 idosos o que não corresponde com a nossa realidade já que contamos com um registro de 264 idosos cadastrados, este número poderá ter alguma variação já que os ACS estão recadastrando nossa população.

Todos os 264(100%) idosos tem a Caderneta do Idoso e solicitado por todos os profissionais em todas as consultas que e muito importante o uso da caderneta do Idoso, pois a mesmas é uma ferramenta extremamente importante para que o cuidado seja efetivo, eficiente e resolutivo, pois ela permite que o profissional ao registrar as informações de saúde do paciente na mesma, permite a longitudinal

idade do cuidado. Isto permite identificar por outro profissional a medicação em uso. Se acaso o idoso não lembrar.

Avaliando-se os indicadores vemos que durante os atendimentos os profissionais conseguem realizar as avaliações multidimensionais rápidas e de risco de morbimortalidade e também fazem a investigação de indicadores de fragilização na velhice e isto foi realizado nos 264 idosos cadastrados quando se distribuiu a caderneta. Claro depois alguns faltaram a consultas e ficarão atrasados mais isto é justificável pôr a grande distância e falta de recursos para os mesmos, sendo visitados pelos ACS os quais explicando para familiares a reconhecer sinais de risco de saúde, dando um retorno ao médico sobre a situação atual do idoso.

Nossa equipe não tem grupo formado para idosos somente, mais a grande maioria dos participantes são idosos, por este motivo quando temos tempo preparou temas sobre saúde, nutrição e exercício na terceira idade.

Em relação à atenção em saúde bucal, não temos equipe de saúde bucal na UBS nem o material, equipamentos e insumos suficientes para realizar a prática da atenção ao paciente em saúde bucal. Ainda assim trabalhamos com as ações de promoção em saúde bucal.

Estamos conversando com a gestão para tentarmos traçar estratégias que viabilizem uma organização para as consultas programáticas em especial para aqueles que apresentam maior vulnerabilidade para as doenças bucais. Atualmente temos atendimento odontológico por uma Unidade Móvel Odontológica.

Podemos concluir que nosso serviço melhorou a qualidade da atenção oferecida à população, observando nossas deficiências, o que realmente poderíamos fazer para que nossa atenção seja mais qualificada e melhorar nossos indicadores de saúde, graças à o curso que nos proporciona uma visão integrada da saúde podendo refletir acerca do que poderíamos mudar para melhorar no nosso cotidiano, e assim facilitar e melhorar nosso trabalho. Planejando, organizando as ações de saúde para promoção e prevenção de doenças. Já que trabalharemos visando o cuidado contínuo, e inseridos na comunidade, conhecendo as deficiências e vulnerabilidades da nossa população só assim poderemos atuar e melhorar a qualidade de vida das pessoas.

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

Após realizar a análise do texto inicial sobre a situação da Atenção Primária na UBS comparando com o Relatório da Análise Situacional vimos que a nossa visão a partir do preenchimento dos questionários disponibilizados pela UFPEL e leitura de alguns protocolos da Atenção Básica ficou mais ampliada. O Texto inicial trouxera um diagnóstico mais subjetivo e na Análise Situacional realizamos um diagnóstico onde pudemos observar como sistematizando o trabalho e realizando ações programadas conseguiríamos atingir melhores resultados e facilitando o nosso desempenho. Depois de feita a análise situacional, concluímos que temos muito a fazer para melhorar.

Particularmente vejo que neste período de ambientação ao País e à Unidade de Saúde ESF Santo Antônio com sua população descrita pudemos conhecê-la melhor. Visualizar suas carências e suas virtudes e temos a convicção plena que continuaremos nosso trabalho para conseguir uma melhoria na qualidade de atenção aos usuários. Temos muitos desafios a serem cumpridos e algumas situações fogem à nossa governabilidade, mas ainda assim as expectativas são as melhores. Este é um processo lento. A partir da Análise Situacional estamos trabalhando com a equipe para alcançar melhores indicadores de saúde em nossa população. Estamos buscando formar uma base sólida e homogênea de Equipe, criar estratégias para fomentar atividades, grupos, realizar tarefas de engajamento público com a comunidade e melhorar a atenção. Temos que “trabalhar” para unir a nossa população através da educação em saúde de forma a também incentivar o sentimento de pertencimento, pois a Unidade de Saúde é para toda a população da área. A resolução destes problemas está no poder do gestor, na equipe de trabalho, nos líderes comunitários e nas mãos da população no dever de mudar e lutar por uma melhoria. Como médico considero que o SUS é muito bom. A atenção primária em saúde é a porta da entrada da rede e temos que focarmos nela, pois somos capazes de resolver a maioria dos problemas aqui mesmo na UBS com um bom estudo de caso, planificação e muito trabalho e dedicação.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1. Justificativa**

Nos dias atuais, predominam o sedentarismo, a alimentação rica e abundante em gordura e açúcar livre bem como a obesidade e o estresse e tabagismo e isto aumenta a probabilidade para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Como citado em ANS (2009, p78), “a Organização Mundial da Saúde (OMS) define como Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) as enfermidades cerebrovasculares, cardiovasculares e renovasculares, neoplasias, doenças respiratórias e diabetes mellitus. De acordo com Malta et al (2006 apud ANS, 2009. P78) as “DCNT são de etiologia multifatorial e compartilham vários fatores de riscos modificáveis, como o tabagismo, a inatividade física, a alimentação inadequada, a obesidade, a dislipidemia e o consumo de álcool”. Para a prevenção das DCNT precisamos enquanto profissional de saúde atuarmos no fortalecimento das ações de promoção da saúde bem como estarmos preparados para avaliar adequadamente as condições de risco e assim poder atuar o mais precocemente possível.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), doenças crônicas não transmissíveis são importantes fatores de risco das doenças cardiovasculares. Segundo Brasil (2006, p.08) “a Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares e é também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além das doenças renal crônica terminal”. O Diabetes Mellitus, de acordo com Alfradique (2009 apud BRASIL,2013 b pag 19) “um problema de saúde considerado “Condição Sensível à Atenção Primária”, ou seja, evidências

demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares “.

Nossa UBS tem uma equipe de ESF e está localizada em área rural, e a população a qual atendemos em nosso serviço em sua maioria, pessoas com baixo poder aquisitivo. Nossa população de abrangência da ESF tem certas características especiais pela qual acreditamos que este foco de intervenção de melhorar a atenção ao hipertenso e diabético trará muitos benefícios para a população da área visto que nela prevalece a população adulta e idosa com grande prevalência destas duas patologias. Temos também o hábito alimentar da população de nossa área com cultura gaúcha de grande consumo de carne gordurosa (churrasco). A nossa área em extensão territorial é bem grade, mas o número de pessoas da área de abrangência é relativamente pequeno já que são 1.345 habitantes. Nossa equipe está composta por um enfermeiro, uma técnica em enfermagem, quatro agentes comunitários (com uma área descoberta sem ACS), e um médico.

Na área adstrita à UBS existem 1345 pessoas, e a estimativa pelo CAP é que teríamos na área de abrangência da UBS uma estimativa de 901 pessoas com 20 anos ou mais e desta população seriam estimados que tivéssemos na área 301 hipertensos e antes da intervenção, segundo os nossos registros tínhamos 204(68%) hipertensos com 20 anos acompanhados na UBS.

A estimativa para pessoas maiores de 20 anos com diabetes era de 86 e tínhamos cadastrados 57(66%) de acordo aos nossos registros. Trabalhamos nossos dados de acordo a estimativa do CAP já que desconsideramos os registros antigos do Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético.

Avaliando o desenvolvimento da ação de Atenção ao Hipertenso e Diabético na Unidade PSF Santo Antão, a equipe contatou-se que o atendimento disponibilizado, precisa ser melhorado e definimos essa ação programática como prioridade e principalmente considerou a importância do problema e capacidade para enfrentá-lo. Depois que analisamos os indicadores vimos que os indicadores de qualidade são bons, entretanto, a cobertura precisa ser melhorada. Consideramos também que temos possivelmente, “sub-diagnóstico” de pessoas com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial.

. Sabemos que enfrentaremos dificuldades, visto à grande área territorial onde a equipe atua e também no tocante à quantidade insuficiente de materiais e insumos que estamos atualmente enfrentando, porém dialogaremos muito com nossos



gestores para sanarmos estas dificuldades. Com garra, vontade e perseverança, acreditamos que uma atenção à saúde qualificada para a população é possível.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Qualificar a atenção à saúde dos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Santa Antão, Santa Maria-RS.

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

**Objetivo 1** Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

**Meta 1.1** Cadastrar 100% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

**Meta1.2** Cadastrar 100% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

**Objetivo 2** Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

**Meta 2.1** Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

**Meta 2.2** Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

**Meta 2.3** Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

**Meta 2.4** Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.5** Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.6** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastrada na UBS.

**Meta 2.7** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastrados na UBS.

**Meta 2.8** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

**Meta 2.9** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

**Objetivo 3** Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

**Meta3.1** Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

**Meta 3.2** Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

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

**Meta 4.1** Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

**Meta 4.2** Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

**Objetivo 5** Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

**Meta 5.1** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

**Meta 5.2** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

**Objetivo 6** Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

**Meta 6.1** Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

**Meta 6.2** Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

**Meta 6.3** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

**Meta 6.4** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

**Meta 6.5** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

**Meta 6.6** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

**Meta 6.7** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

**Meta 6.8** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas a partir de outubro, 2015 na UBS Santo Antônio, Santa Maria;RS para qualificação da atenção à saúde dos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus.

A área de abrangência da ESF é responsável pela cobertura de 1.345 habitantes. O público alvo desta intervenção serão os adultos maiores de 20 anos de idade com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

**Objetivo 1** Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas

**Meta 1.1** Cadastrar 100% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

**Meta 1.2** Cadastrar 100% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

**No eixo de Monitoramento e Avaliação:**

**Ação:**

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

**Detalhamento:**

O monitoramento do número de pessoas com hipertensão e diabetes cadastrados no programa será acompanhado semanalmente através dos atendimentos clínicos com a verificação dos registros nos prontuários Clínicos, conferências da Ficha espelho e, sobretudo, através do preenchimento da Planilha de Coleta de Dados (PCD), fornecida pelo curso. Os resultados serão discutidos nas reuniões de equipe.

Também fará parte do levantamento a avaliação do cartão do Hipertenso e Diabético.

**No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:****Ações:**

- . Garantir o registro de pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas no Programa.
- . Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e/ou Diabetes Mellitus.
- . Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na UBS.
- . Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na UBS.

**Detalhamento:**

Para garantir o registro de pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas no Programa vamos trabalhar com as Fichas Espelhos que foram fornecidas pela Ufpel e com o registro no prontuário clínico. A Ficha Espelho será preenchida para cada usuário nas consultas clínicas realizadas pelo médico e pelo enfermeiro da equipe desde a consulta inicial de cadastro e para as demais consultas de acompanhamento.

Para melhorar o acolhimento faremos capacitação de toda a equipe bem como organizaremos o fluxograma e processo de trabalho da equipe onde os usuários que busquem a unidade por demanda espontânea ou atividades agendadas ou da rotina da unidade (vacina, curativo, por exemplo) sejam recebidos e devidamente direcionados.

Buscaremos realizar a aferição da Pressão Arterial (PA) de todas as pessoas maiores de 20 anos que vierem à UBS para consulta clínica ou não.

Vamos garantir material adequado para a aferição da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e glicômetro na UBS junto ao gestor, onde o enfermeiro ficará responsável de monitorar a qualidade e quantidade dos insumos e equipamentos necessários, revisando-os semanalmente.

### **No Eixo de Engajamento Público:**

#### **Ações:**

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus na UBS.
- 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 orientação da população sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus na UBS será feita boca a boca pelos ACS nas visitas domiciliares e também serão divulgados nas igrejas e centros comunitários e solicitados às lideranças comunitárias que ajudem nesta tarefa. Cartazes em folha A4 serão fixados nos comércios, igrejas, órgãos públicos e locais de grande circulação da população.

Realizaremos orientação à comunidade através de atividades de educação em saúde sobre a importância de aferir a PA a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente e do rastreamento da DM e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes através de ações educativas mediante atividades de grupos, palestras, mural informativo na própria UBS e na comunidade.

### **No eixo de Qualificação da Prática Clínica:**

#### **Ações:**

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

**Detalhamento:**

Buscaremos capacitar o ACS para a revisão dos dados do SIAB acerca da população da área adstrita à UBS e principalmente no levantamento de dados dos Hipertensos e /ou Diabéticos que ainda não estejam cadastrados na UBS.

Realizaremos a capacitação da equipe para aferição da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Nisto discutiremos principalmente o que está descrito na página 30 do Caderno número 37 do Departamento de Atenção Básica \_Estratégia para o Cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial, publicado em 2013 (protocolo adotado).

Para a capacitação do Hemoglicoteste enfatizaremos que a realização do mesmo será para os adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou fatores de risco ou sinais clínicos de hipoglicemia ou hiperglicemia. Atentar para as orientações da página 27 (Tabela 1 – Critérios para o rastreamento do DM em adultos assintomáticos) do Caderno número 36 do Departamento de Atenção Básica \_Estratégia para o Cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus, publicado em 2013 (protocolo adotado).

As reuniões de capacitação serão realizadas nas duas primeiras semanas e/ou quando necessários. As reuniões serão de leitura, discussão e realização de oficinas prática e encenação de atendimentos. A própria equipe irá planejar a capacitação, porém será buscado apoio quando o assunto não for de domínio de nenhum profissional da equipe.

**Objetivo 2 Melhorar a qualidades de atenção a hipertensos e diabéticos**

**Meta 2.1** Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

**Meta 2.2** Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

**No eixo de Monitoramento e Avaliação:**

**Ações:**

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes.

**Detalhamento:**

Para monitorarmos a realização do exame clínico apropriado aos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados durante a intervenção, diariamente através da verificação dos registros nos prontuários Clínicos, conferências da Ficha espelho e, sobretudo, através do preenchimento da Planilha de Coleta de Dados (PCD) fornecida pelo curso, avaliaremos dados da Ficha Espelho como Estatura; Perímetro Braquial; Pressão Arterial (mmHg); Peso (kg) IMC (kg/m<sup>2</sup>); Exame dos pés (normal ou alterado); Exame físico (normal ou alterado) e nos demais instrumentos de registro, especialmente o Prontuários Clínicos. Devemos estar atentos ao que nos orienta o Capítulo 2 dos Protocolos adotados (Caderno 36 e Caderno 37 adotado) no que diz acerca do exame clínico apropriado realizado pelo Enfermeiro e pelo Médico. Os resultados serão discutidos nas reuniões de equipe que ocorrerão semanalmente.

**No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:**

**Ações:**

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.
  - Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
  - Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na UBS.

**Detalhamento:**

Definiremos, a partir da capacitação dos profissionais da equipe acerca das atribuições de cada membro da equipe no exame clínico apropriado de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Realizaremos as capacitações nas duas primeiras semanas da intervenção e sempre que se fizer necessário.

Solicitaremos à gestão pelo menos 1 cópia impressa dos protocolos adotados para consulta da equipe.

Estaremos sempre guiados pelos protocolos adotados.

### **No Eixo de Engajamento Público:**

#### **Ações:**

- Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do diabetes.

#### **Detalhamento:**

Orientar mediante palestras educativas, mural informativo, e folders espalhados na comunidade (comércios, instituições públicas e na própria UBS) sobre riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do diabetes e a importância da realização dos exames complementares para o melhor acompanhamento da saúde das pessoas com HAS e DM.

### **No eixo de Qualificação da Prática Clínica:**

#### **Ações:**

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

#### **Detalhamento:**

Capacitar e orientar aos profissionais da equipe acerca do exame clínico apropriado. Esta capacitação será realizada, na primeira semana da intervenção, entre o médico e o enfermeiro da equipe, onde eles discutirão o Protocolo adotado e outros referenciais teóricos que orientem sobre a realização apropriada do exame clínico de competência de cada profissional.

**Meta 2.3** Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

### **No eixo de Monitoramento e Avaliação:**

#### **Ações:**

- Monitorar a realização de exame dos pés das pessoas com diabetes.

#### **Detalhamento:**

Para monitorarmos as pessoas com diabetes que estão com os exames dos pés em dia e/ou em atraso, diariamente através dos atendimentos clínicos com a



verificação dos registros nos prontuários Clínicos, e da Ficha espelho e avaliaremos se está ou não registrado o Exame dos pés do Diabético. Este monitoramento deverá ser realizado pelo profissional durante a consulta clínica.

Os resultados serão discutidos nas reuniões de equipe que ocorrerão semanalmente.

### **No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:**

#### **Ações:**

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame dos pés das pessoas diabéticas.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.
- Providenciar junto à gestão o monofilamento 10g para exame dos pés.
- Organizar a agenda para acolher as pessoas diabéticas provenientes das buscas domiciliares.
- Solicitar a referência e contra referência (realizar a coordenação do cuidado) para pessoas com diabetes que necessitem de consulta especializada.

#### **Detalhamento:**

Na primeira semana de intervenção, quando discutirmos acerca das atribuições de cada profissional, definiremos que a realização do exame dos pés nas pessoas com DM será realizada pelo médico e/ou enfermeiro durante o exame clínico. Apesar da avaliação dos pés serão realizadas pelo médico e enfermeiro discutiremos com toda a equipe acerca da avaliação e cuidados com os pés de pessoas com Diabetes Mellitus segundo o que preconiza o Capítulo 5 do caderno 36 da Atenção Básica, que adotaremos como protocolo.

Vamos requisitar ao gestor, através de ofício o monofilamento 10 g para a realização do Teste de Sensibilidade do pé do usuário com diabetes, bem como os outros equipamentos que nos auxiliarão no exame dos pés.

Junto à gestão buscaremos organizar o Fluxo de referência e contra referência para pessoas com diabetes que necessitem de consultas com especialistas e/ou exames especializados.

### **No Eixo de Engajamento Público:**

**Ações:**

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

**Detalhamento:**

Através de atividades educativas na UBS e na comunidade e também durante as consultas clínicas orientaremos as pessoas sobre os riscos das doenças cardiovasculares e sobre a importância dos exames dos pés, pulsos e sensibilidade de extremidades. Buscaremos orientar às pessoas com DM para prevenção de ocorrência de ulcerações nos pés e para estabelecer um cuidado diário adequado dos membros inferiores, é fundamental para evitar internações desnecessárias e amputações.

**No eixo de Qualificação da Prática Clínica:****Ações:**

- Capacitar a equipe para a realização de exame apropriado dos pés.

**Detalhamento:**

Capacitar e orientar aos profissionais da equipe acerca do exame apropriado dos pés do usuário com DM.

Esta capacitação será realizada, na primeira semana da intervenção, entre o médico e o enfermeiro da equipe onde eles discutirão o Protocolo adotado e outros referenciais teóricos que orientem sobre a realização apropriada do exame do pé da pessoa com diabetes. Discutiremos especialmente, sobre o que orienta o Caderno 36 no Capítulo 5(Avaliação e Cuidados com os Pés de Pessoas com Diabetes Mellitus na Atenção Básica).

**META 2.4.** Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**META 2.5.** Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**No eixo de Monitoramento e Avaliação:**

**Ações:**

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS.
- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

**Detalhamento:**

O monitoramento será semanal mediante avaliação das Fichas Espelho. Será realizado pelo o médico e o enfermeiro da equipe. Neste monitoramento será realizado um sistema de alerta que permita identificar os que não tenham os resultados dos exames realizados e avaliados.

**No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:****Ações:**

- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

**Detalhamento:**

Nas consultas clínica, os profissionais deverão sempre ter o cuidado de verificar se os exames complementares estão em dia. Se for a primeira consulta solicitar que o usuário os realize.

Buscaremos junto ao gestor garantir uma organização dos serviços de forma que consigamos os materiais necessários para a realização dos exames (testes rápidos) na UBS e facilitar o acesso dos usuários nos serviços laboratoriais e de apoio de diagnóstico do município ou nos municípios de referência (quando detectada a necessidade de realização de exames de maior mais complexidade).

Pediremos para ele também que nos garanta agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Estabeleceremos um sistema de alerta para os exames complementares preconizados de forma que para aqueles usuários com atraso nos exames seja feito um registro na ficha Espelho com um adesivo na cor amarela para aquele com exame atrasado e na cor vermelha naquele que ainda não realizou nenhum exame complementar solicitado.

**No Eixo de Engajamento Público:****Ações:**

- Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

**Detalhamento:**

Através de atividades educativas na UBS e na comunidade e nos diálogos com os usuários durante as consultas clínicas, orientaremos as pessoas portadoras de hipertensão e/ou diabetes sobre a importância da realização dos exames complementares solicitados, podendo evitar transtornos futuros com a saúde, e esclarecendo a todos sobre os riscos que correm quando não realizados esses exames para um melhor acompanhamento.

Deixar claro que é muito importante realizar os exames conforme a periodicidade estabelecida (a cada três meses) para que a ficha do usuário esteja sempre atualizada.

**No eixo de Qualificação da Prática Clínica:****Ações:**

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

**Detalhamento:**

Esta capacitação será realizada, na primeira semana da intervenção, com todos os profissionais da equipe utilizando os Protocolos adotados.

**META 2.6.** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS

**META 2.7.** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS

**No eixo de Monitoramento e Avaliação:****Ações:**

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

**Detalhamento:**

Sempre que o usuário chegar para as consultas clínica, solicitaremos a Caderneta do Hipertenso e Diabético para a verificação dos medicamentos prescritos e verificar se o mesmo teve acesso aos medicamentos prescritos na Farmácia da UBS.

**No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:****Ações:**

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastrados na UBS.

**Detalhamento:**

A cada quinze dias serão realizados pela Técnica de Enfermagem e/ou enfermeiro e responsável pela Farmácia o controle de estoque (incluindo validade) de medicamento. Teremos um caderno de registro com dados de entrada, saída e data de validade para um melhor controle.

Buscaremos junto à gestão garantir quantidade suficiente em estoque de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia para garantir o acesso dos usuários aos mesmos para que não tenhamos falhas no uso da medicação prescrita.

Quando nas consultas surgir à necessidade de prescrever um medicamento que a Farmácia não tiver, deveremos sinalizar ao gestor a necessidade de adquiri-lo.

**No Eixo de Engajamento Público:****Ações:**

- Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

**Detalhamento:**

Após as consultas sempre orientar aos usuários para que recorram à Farmácia Popular /Hiperdia na própria UBS para pegar os medicamentos.

Orientá-los nas atividades educativas reunião de grupos e mural informativo na própria UBS e na comunidade e durante as consultas clínicas que é um dever do gestor fornecer esses medicamentos, que é um direito de eles ter acesso a esses medicamentos e que esse direito não pode ser negado. É importante deixá-los

cientes de que quando os medicamentos forem encontrados na UBS que o responsável pela Farmácia não pode jamais se recusar em entregá-los.

### **No eixo de Qualificação da Prática Clínica:**

#### **Ações:**

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e da diabetes.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

#### **Detalhamento:**

O profissional médico que é o prescreve os medicamentos deverão buscar atualizar-se através da lista RENAME mais atual sobre as medicações utilizadas para tratamento da hipertensão e Diabetes.

Capacitar os enfermeiros, Técnicos de enfermagem, ACS e responsável pela Farmácia da UBS para se caso os medicamentos prescritos não forem encontrados na própria UBS, orientar aos usuários para recorrer às Farmácias Populares que fornecem medicamentos a baixo custo.

**META 2.8.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas hipertensas

**META 2.9.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas diabéticas.

### **No eixo de Monitoramento e Avaliação:**

#### **Ações:**

- Monitorar as pessoas hipertensas e diabéticas que necessitam de atendimento odontológico.

#### **Detalhamento:**

Nas consultas sempre interrogar aos usuários se tem problemas dentários, há quanto tempo não recorre ao dentista para fazer uma avaliação da saúde bucal e sugerir que recorram ao atendimento odontológico para uma averiguação.

A ficha espelho não prevê a coleta de informações sobre a necessidade de atendimento odontológico. Por isso para poder coletar dados necessários ao monitoramento o médico e o enfermeiro vão anotar estes dados na Ficha Espelho.

### **No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:**

**Ações:**

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e/ou diabetes;
- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento das pessoas com hipertensão e/ ou diabetes provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Detalhamento:**

Buscaremos dialogar com a gestão a necessidade de equipe de odontologia na UBS ou traçarmos estratégias que viabilizem uma organização de agenda para as consultas programáticas em especial para aqueles que apresentam maior vulnerabilidade para as doenças bucais. Com isto buscaremos ter disponíveis, no mínimo duas vagas diárias para a avaliação da saúde bucal dos usuários com Hipertensão e Diabetes. A cada consulta clínica o profissional médico e enfermeiro quando diante da anamnese e exame físico detectemos problemas bucais em nossos usuários encaminhá-lo ao odontólogo para avaliação e estabelecimento de plano de tratamento adequado à situação. Buscaremos com a equipe de odontologia ter um retorno de informações acerca dos usuários que encaminhamos para a assistência odontológica, se foram ou não atendidos e se fora realizado algum procedimento. Estes dados registrarão na Ficha Espelho, para um melhor acompanhamento.

**No Eixo de Engajamento Público:****Ações:**

- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes.

**Detalhamento:**

Durante as atividades de educação em saúde e nas consultas clínicas e nas atividades com os grupos de hipertensos e diabéticos ou outros espaços comunitários orientaremos acerca da importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes. Estas atividades serão realizadas por todos os profissionais da equipe.

**No eixo de Qualificação da Prática Clínica:****Ações:**

- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

**Detalhamento:**

Capacitaremos a equipe sobre as doenças odontológicas que precisam atendimento. Esta capacitação será realizada pelo profissional odontólogo.

Incentivaremos a equipe para o encaminhamento para a realização de primeira consulta odontológica programática para este público alvo.

**Objetivo 3.** Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

**META 3.1.** Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

**META 3.2.** Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

**No eixo de Monitoramento e Avaliação:****Ações:**

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

**Detalhamento:**

O médico, juntamente com o enfermeiro semanalmente vão monitorar os registros dos usuários hipertensos e diabéticos para corroborar o cumprimento das consultas e assim identificar usuários faltosos o com consultas atrasadas.

**No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:****Ações:**

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
- Organizar a agenda para acolher as pessoas com hipertensão e diabetes provenientes das buscas domiciliares.

**Detalhamento:**

Semanalmente os enfermeiros e os técnicos em enfermagem juntamente com o médico farão um relatório dos usuários faltosos. Inicialmente solicitarão ao ACS de cada microrregião para buscar os faltosos e orientá-los para retornar à UBS e realizar os acompanhamentos. Se mesmo assim o usuário não retornar à UBS, toda a equipe de saúde (médico, ACS, enfermeiros e técnicos em enfermagem) em



visitas domiciliares buscará orientar e convencer aos usuários para recorrer à UBS para atualizar a consultas e manter sempre as mesmas em dia.

Será organizada a agenda para que permita acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares, isso programado durante reunião de equipe com todos os membros.

### **No Eixo de Engajamento Público:**

#### **Ações:**

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com hipertensão e/ou diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

#### **Detalhamento:**

Durante os atendimentos diários na UBS, antes de iniciar os atendimentos a equipe realizará uma atividade de “Sala de Espera” onde trará para as pessoas presentes a importância do acompanhamento regular do hipertenso e diabético com a equipe e falar sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. A cada semana designaremos um profissional da equipe para realizar a atividade “Sala de Espera”. Nas reuniões com os líderes comunitários e de grupos buscaremos incentivar aos presentes para falar sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com hipertensão e/ou diabetes (se houver número excessivo de faltoso).

### **No eixo de Qualificação da Prática Clínica:**

#### **Ações:**

- Capacitar os ACS para a orientação de pessoas com hipertensão e/ou diabetes quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

#### **Detalhamento:**

O médico e enfermeiro, capacitarão aos ACS para que sempre que realizar as visitas domiciliares pedir a caderneta dos portadores de HAS e DM para verificar as datas das consultas marcadas e estar sempre orientando os para não faltarem à consulta previamente agendada.

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

**META 4.1** Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

**META 4.2** Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

**No eixo de Monitoramento e Avaliação:****Ações:**

- Monitorar a qualidade dos registros de pessoas com hipertensão e/ou diabetes acompanhadas na UBS.

**Detalhamento:**

O médico, os enfermeiros e os técnicos de enfermagem analisarão com cuidado se a UBS dispõe da quantidade necessária de Fichas Espelho, caderneta para pessoas com HAS e DM. Semanalmente nas reuniões de equipe. Quando detectada insuficiência de materiais solicitar ao Secretário de Saúde que providencie as mesmas para que o trabalho seja realizado de forma precisa.

**No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:****Ações:**

- Manter as informações do SIAB/e-SUS atualizadas.
- Implantar a ficha de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir 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:**

Os ACS terão a responsabilidade de manter as informações do SIAB/e-SUS atualizadas, mensalmente na atualização e coleta de dados nas visitas domiciliares. Também mensalmente, repassaremos para o setor de Informática da Secretária Municipal de Saúde as informações para atualização do SIAB/ e-SUS.

A Ficha de acompanhamento que utilizaremos para atualizar os dados durante a consulta clínica será a Ficha Espelho (Anexo B) que adotaremos.

Será realizado pelo grupo de monitoramento, por meio do acompanhamento da ficha espelho e planilha de coleta de dados e discutidos em reunião de equipe semanalmente.

Criaremos 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 para isto vamos afixar adesivos de cores diferentes nas Fichas espelho de forma que a equipe possa identificar de acordo com as cores adotadas, aqueles usuários que tem pendências no acompanhamento.

#### **No Eixo de Engajamento Público:**

##### **Ações:**

- Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

##### **Detalhamento:**

Através de palestras e diálogos na própria consulta, orientar às pessoas com hipertensão ou diabetes e a comunidade sobre o direito de cada usuário em relação à manutenção de seus registros de saúde e conscientizá-los de que esses registros estão na ficha de acompanhamento e sempre que precisarem pode estar solicitando na recepção, pois os mesmos estão disponíveis e o acesso a eles não pode ser negado.

#### **No eixo de Qualificação da Prática Clínica:**

##### **Ações:**

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da pessoa hipertensa e/ou diabética.

- Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

##### **Detalhamento:**

O médico e enfermeiro vão capacitar aos técnicos em enfermagem e recepcionista para o registro adequado das informações de identificação do usuário na Ficha espelho (nome, endereço, entre outras informações).

O médico e enfermeira se capacitarão para o registro adequado das informações quanto aos procedimentos clínicos realizados em todas as consultas.

**Objetivo 5** Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

**META 5.1** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

**META 5.2** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

**No eixo de Monitoramento e Avaliação:**

**Ações:**

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

**Detalhamento:**

O profissional médico e enfermeiro, a cada consulta verificará na ficha espelho para verificar se o usuário já fez pelo menos uma vez a estratificação de risco por ano. Estas informações deverão estar registradas na ficha espelho para facilitar o monitoramento.

**No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:**

**Ações:**

- Priorizar o atendimento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes avaliadas como de alto risco.

- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

**Detalhamento:**

Organizaremos na agenda do médico e enfermeira horários para atendimento de pessoas hipertensas e/ou diabéticas diagnosticadas como de alto risco durante a avaliação do escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Estas pessoas terão um acompanhamento mais regular de acordo com a adesão ou não ao tratamento estabelecido.

### **No Eixo de Engajamento Público:**

#### **Ações:**

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer as pessoas com hipertensão e/ ou diabetes e à comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

#### **Detalhamento:**

Nas atividades de educação em saúde na UBS e na comunidade buscaremos esclarecer às pessoas com hipertensão e/ ou diabetes e à comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Durante as consultas clínicas, orientaremos as pessoas com hipertensão e/ou diabetes sobre o seu nível de risco da doença e sobre a importância do acompanhamento regular das consultas.

### **No eixo de Qualificação da Prática Clínica:**

#### **Ações:**

- 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:**

O médico e enfermeiro, na primeira semana de intervenção, discutirão e estudarão o Protocolo adotado para a realização da estratificação de risco de acordo com o escore de Framingham ou lesões em órgãos alvo. Também estabelecerão um Fluxo para que não deixem de registrar todas as informações na ficha espelho e prontuários. Esta Ficha deverá ser alimentada a cada consulta de cadastro e acompanhamento do usuário.

Na capacitação com toda a equipe será apresentado aos demais as estratégias utilizadas para estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e sobre estratégias para o controle dos fatores de risco modificáveis. Esta capacitação será realizada pelo médico.

**Objetivo 6** Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

**META 6.1** Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

**META 6.2** Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

**No eixo de Monitoramento e Avaliação:**

**Ações:**

- Monitorar a realização de orientação nutricional as pessoas com hipertensão e com diabetes.

**Detalhamento:**

Verificar na ficha espelho e procurar saber através de diálogos os usuários hipertensos e diabéticos se estes receberam orientações nutricionais sobre alimentação saudável durante as consultas clínicas ou se participaram de alguma atividade coletiva sobre este tema. Estas informações deverão estar registradas na ficha espelho para facilitar o monitoramento.

**No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:**

**Ações:**

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

**Detalhamento:**

Convidar os usuários hipertensos e diabéticos e/ou acompanhante para junto com a equipe de saúde receber orientações da nutricionista de como se alimentar de forma saudável utilizando os alimentos, frutas, legumes e verduras da região, realizando a preparação de pratos típicos, que sejam saudáveis e recomendáveis para hipertensos e diabéticos. Organizar-nos-emos para realizarmos estas atividades pelo menos mensalmente no salão comunitário onde se desenvolvem as atividades de grupo da nossa UBS.

Convidar o funcionário do curso politécnico da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e organizar atividades para ensinar a comunidade como fazer canteiros domiciliares para alimentação saudável e a nutricionista do NASF para dar dicas de como fazer pratos saudáveis a baixo custo, aproveitando todos os alimentos e frutas típicos da região.

**No Eixo de Engajamento Público:**

**Ações:**

- Orientar pessoas com hipertensão e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar pessoas com diabetes e seus familiares sobre a importância de se ter uma alimentação saudável, bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento do diabetes.

**Detalhamento:**

Convidar os usuários hipertensos e diabéticos e familiares para participar da palestra com a nutricionista e a equipe de saúde sobre a importância da alimentação saudável tanto para hipertensos como para diabéticos.

**No eixo de Qualificação da Prática Clínica:**

**Ações:**

- Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável e específica para pessoas com diabetes.
- Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento:**

Através de palestras oferecidas pelo médico e de aulas práticas desenvolvidas pela nutricionista capacitar os enfermeiros, agentes de saúde e técnicos de enfermagem para orientar as pessoas diabéticas e hipertensas nas visitas sobre como se alimentar bem de forma saudável. E também para que desenvolvam hábitos de alimentação saudável e disseminam para familiares, amigos e toda a comunidade.

No que tange as metodologias que utilizaremos para as atividades de educação em saúde buscaremos organizar previamente com a equipe se atividade educativa a ser realizada na UBS e na comunidade e estas poderão ser realizadas

por meio de palestras, rodas de conversa, sala de espera ou dinâmicas de grupo ou outras sugestões que surgirem durante a organização da logística da atividade.

**META 6.3** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

**META 6.4** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

**No eixo de Monitoramento e Avaliação:**

**Ações:**

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular às pessoas com hipertensão e com diabetes.

**Detalhamento:**

Verificar na ficha espelho e procurar saber através de diálogos os usuários hipertensos e diabéticos estão recebendo orientações durante as consultas sobre a importância prática regular de atividade física. Estas informações deverão estar registradas na ficha espelho para facilitar o monitoramento.

**No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:**

**Ações:**

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

**Detalhamento:**

Convidar um educador físico para estar junto com a equipe de saúde nas palestras para passar dicas de como praticar atividades físicas regulares de forma adequada sem sobrecarregar o organismo.

**No Eixo de Engajamento Público:**

**Ações:**

- Orientar pessoas com hipertensão e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da hipertensão.
- Orientar pessoas com diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento do diabetes.

**Detalhamento:**



No decorrer das consultas clínicas buscaremos promover orientações sobre prática de atividade física regular para toda a comunidade, especialmente para os hipertensos e diabéticos.

Organizaremos junto à gestão e educador físico, atividades de educação em saúde para a comunidade, que orientará sobre a importância da prática regular de atividade física e dicas de como fazê-las de forma adequada respeitando horários, entre outros.

#### **No eixo de Qualificação da Prática Clínica:**

##### **Ações:**

- Capacitar a equipe da UBS sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

##### **Detalhamento:**

Para capacitar a sobre a promoção da prática de atividade física regular buscaremos junto ao Gestor implementarmos parcerias institucionais, principalmente com o NASF, para envolver educadores físicos nestas atividades.

Buscaremos envolver toda a equipe de saúde, nas capacitações com o educador físico, para que possamos promover orientações sobre prática de atividade física regular para toda a comunidade, especialmente para os hipertensos e diabéticos.

**META 6.5** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

**META 6.6** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

#### **No eixo de Monitoramento e Avaliação:**

##### **Ações:**

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo às pessoas com hipertensão e com diabetes.

##### **Detalhamento:**

Verificar na ficha espelho e procurar saber através de diálogos os usuários hipertensos e diabéticos estão recebendo orientações durante as consultas sobre a

importância dos riscos sobre o tabagismo. Estas informações deverão estar registradas na ficha espelho para facilitar o monitoramento.

**No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:**

**Ações:**

- Demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.

**Detalhamento:**

Através de uma reunião ou diálogo/conversa procurar saber do gestor se a Secretaria de Saúde já aderiu ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde. Se a resposta for não, informar sobre o programa e conscientizá-lo da importância da adesão para um melhor controle dos riscos de saúde aos usuários com hipertensão e diabetes.

**No Eixo de Engajamento Público:**

**Ações:**

- Orientar as pessoas com hipertensão e diabéticas tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

**Detalhamento:**

Nas palestras e no mural da UBS, orientar as pessoas hipertensas e diabéticas, bem como toda a comunidade sobre a existência do tratamento para pessoas tabagistas.

**No eixo de Qualificação da Prática Clínica:**

**Ações:**

- Capacitar a equipe para o tratamento de pessoas tabagistas.
- Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento:**

Discutiremos entre a equipe para chegarmos num consenso para juntos ministrarmos atividades educativas na UBS e na comunidade para as pessoas hipertensas e diabéticas e para a população, passando as informações necessárias e oferecendo tratamento para os que quiserem parar de fumar.

Conversaremos com o gestor para viabilizar a participação da equipe em atividades de capacitação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT).

**META 6.7.** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

**META 6.8.** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

**No eixo de Monitoramento e Avaliação:**

**Ações:**

•. Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

**Detalhamento:**

Para monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal às pessoas com hipertensão e/ou diabetes utilizaremos a Ficha Espelho fornecida pelo Curso ainda que nela temos um local específico para a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal (avaliação da necessidade de atendimento odontológico) vamos registrar estes dados num local na própria Ficha Espelho.

A cada semana, com a ajuda dos enfermeiros e técnicos em enfermagem verificar as fichas de acompanhamento para acompanhar se os usuários com hipertensão e diabetes receberam orientações sobre higiene bucal.

**No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:**

**Ações:**

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

**Detalhamento:**

Disponibilizar no mínimo 10 minutos de consultas para cada paciente (atentando para as necessidades avaliadas durante as consultas), no intuito de conversarmos sobre ações de promoção em saúde e hábitos de vida saudável.

**No Eixo de Engajamento Público:**

**Ações:**

•. Orientar as pessoas com hipertensão e diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

**Detalhamento:**

Através de atividades de educação em saúde na UBS e na comunidade, bem como nas consultas clínicas estaremos orientando à população e às pessoas com hipertensão e diabetes sobre a importância da escovação correta dos dentes após cada refeição.

**No eixo de Qualificação da Prática Clínica:**

Ações:

- . Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

**Detalhamento:**

Convidaremos o odontólogo para capacitar a equipe sobre hábitos de higiene bucal e doenças comuns da cavidade oral e outros temas de interesse, para que nas consultas e através de palestras possamos está orientando corretamente aos usuários hipertensos e diabéticos sobre as formas de manter a saúde bucal e sobre a importância de, realizar exame bucal periodicamente.

### **2.3.2 Indicadores**

Os indicadores propostos neste projeto serão observados e avaliados para garantir o monitoramento e alcance das metas.

**Objetivo 1** Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

**Meta 1.1** Cadastrar 100% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

**Indicador 1.1** Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na UBS.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS.

**Meta 1.2** Cadastrar 100% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

**Indicador 1.2** Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na UBS.

Numerador: Número de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS.

**Objetivo 2** Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

**Meta 2.1** Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

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

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 2.2** Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 2.2** Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 2.3** Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

**Indicador 2.3** Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 2.4** Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 2.5** Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.5** Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 2.6** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

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

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

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 2.7** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

**Indicador 2.7** Proporção de pessoas com diabetes com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular.

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

Denominador: Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 2.8** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

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

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 2.9** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 2.9** Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Objetivo 3** Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

**Meta 3.1** Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.1** Proporção de pessoas com hipertensão faltosa às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas na UBS com busca ativa.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão residentes na área acompanhadas na UBS no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus que faltaram à consulta.

**Meta 3.2** Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.2** Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de pessoas com Diabetes residentes na área acompanhadas na UBS no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus que faltaram à consulta.

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

**Meta 4.1** Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador4.1** Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas hipertensas com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas hipertensas cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 4.2** Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador4.2** Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Objetivo 5** Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

**Meta 5.1** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador5.1** Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e às pessoas com diabetes Mellitus.

**Meta 5.2** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador5.2** Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com estratificação do risco cardiovascular.



Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

**Objetivo 6** Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

**Meta 6.1** Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador 6.1** Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação nutricional.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 6.2** Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 6.2** Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação nutricional.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus

**Meta 6.3** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador 6.3** Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus

**Meta 6.4** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 6.4** Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 6.5** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

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

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 6.6** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

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

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 6.7** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador 6.7** Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 6.8** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 6.7** Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

### 2.3.3. Logística

Para realizar a intervenção no Programa de Atenção à pessoa com Hipertensão Arterial e ou Diabete Mellitus vamos adotar o Caderno número 36 e 37 do Departamento de Atenção Básica \_Estratégia para o Cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, respectivamente, publicados em 2013.

Os Instrumentos de registros específicos dos atendimentos e das ações realizadas adotadas pela equipe serão: Prontuários individuais, Ficha espelho (individual), Cartão de Hipertensão e Diabéticos e o Livro de Registro de HIPERDIA.

Para atualização dos dados de mapeamento da população de Hipertensos e Diabéticos incentivaremos os ACS a manterem as informações do SIAB/e-SUS atualizadas, mensalmente nas visitas domiciliares. Também mensalmente, repassaremos para o setor de Informática da Secretária Municipal de Saúde as informações para atualização do SIAB/ e-SUS.

Utilizaremos a Ficha Espelho do Programa de Atenção aos Hipertensos e diabéticos disponibilizada pela Ufpel. Como nesta Ficha não temos um local específico para a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal (avaliação da necessidade de atendimento odontológico) vamos adicionar um local para a coleta desse dado.

De acordo com o CAP, para a população de 1.345 pessoas vinculadas à ESF Santo Antão temos a estimativa de 301 hipertensos e 86 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área. Segundo os registros da UBS temos na área 204 hipertensos e 42 diabéticos. Faremos contato com os gestores municipais para dispor de no mínimo 350 Fichas Espelho.

Pretendemos durante a intervenção cadastrar 100% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus e alcançar 100% nas metas dos indicadores de qualidades.

Para a organização das ações no Eixo de Monitoramento e Avaliação inicialmente estaremos realizando um levantamento do número hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM na USF. Para organizar o registro específico do programa, o enfermeiro e médico revisarão a ficha espelho e o livro de controle, identificando todos os hipertensos e diabéticos que vieram ao serviço nos últimos 4 meses.

Após este levantamento do número de hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS estaremos organizando a agenda da equipe e as ações para realizar a busca de todos estes usuários que estavam antes da intervenção “cadastrados” no Programa para que ao longo da intervenção todos estes usuários compareçam à UBS para serem cadastrados e acompanhados adequadamente durante a intervenção.

Pretendemos também cruzar as informações levantadas no âmbito da UBS com os dados de mapeamento da população de Hipertensos e Diabéticos segundo o SIAB/e-SUS (Ficha A) e da ficha-B hipertensos e diabéticos dos ACS.

Salientamos que para efeito desta intervenção (organização ou reorganização do programa) não vamos considerar “cadastros anteriores”, mas iniciar do “zero”. Todos os exames clínicos e laboratoriais, conforme cada caso, devem ser atualizados, conforme o protocolo adotado. A pessoa só entra para a Planilha de Coleta de Dados a partir do cadastro realizado pelo médico e/ou a enfermeira. É no atendimento que se faz o cadastro.

Organizaremos o “arquivo específico” que proporcionará revisão semanal para monitoramento e isto certamente facilitará muito a busca de faltosos. Para a organização do arquivo os prontuários com Ficha espelho e ficha complementar serão organizados por ACS. Estas fichas junto com o livro de registro de hipertensos e diabéticos serão revisadas pelo médico e enfermeiro semanalmente para monitorar indicadores de qualidade, nisto será monitorado a realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão e/ou diabetes, a realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão e/ou diabetes, bem como sobre a periodicidade recomendada para estes exames. Também serão monitorados semanalmente os hipertensos e /ou diabéticos que necessitam de atendimento odontológico. Deve-se também monitorar o acesso dos diabéticos e hipertensos a medicamentos da Farmácia Popular.

Também será monitorado o Livro de Registros onde se registrarão a aferição da PA e realização de Glicemia Capilar (de acordo com o risco e ou PA sustentada maior que 135/80 mmHg). No caderno 36 temos na página 27 alguns critérios s para o rastreamento do DM em adultos assintomáticos. Veja que precisamos apenas

realizar o HGT (hemoglicoteste) de pessoas maiores de 18 anos de idade que apresentarem pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Para monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) de hipertensos e/ou diabéticos e estabelecer os faltosos a consulta, serão revisados os registros da Ficha-B hipertensos e Ficha B-Dia pelo ACS que nos informarão na reunião semanal da equipe e será agendada a próxima consulta ou visita domiciliar.

Será analisado o livro de registro de hipertensos e diabéticos, com o objetivo que todos os usuários cadastrados tenham sua ficha de acompanhamento revisada de forma mensal.

No monitoramento de estratificação do risco cardiovascular em diabético e/ou hipertenso, será revisado pelo médico nos dias indicados para o atendimento de hipertenso e diabético no prontuário individual segundo protocolo que deve estar realizado ao menos uma vez ao ano a todos os usuários e os que não tenham sido feita essa avaliação, será feita durante a consulta médica.

Mensalmente o enfermeiro e o médico examinarão as fichas espelho, fichas complementares e Planilha de Monitoramento para acompanhamento das metas e indicadores da Intervenção.

Os dados coletados serão colocados em uma planilha do Excel para análise (Planilha de Acompanhamento de Coleta de Dados).

O Monitoramento dos dados será realizado semanalmente e discutido com a equipe os resultados mensalmente ou quando se fizer necessário nas reuniões semanais.

No eixo de organização e Gestão do serviço inicialmente organizaremos o processo de trabalho da equipe de forma que através de “agendas compartilhadas” e acolhimento adequado possamos priorizar o atendimento dos Hipertensos e Diabéticos da área de abrangência da equipe. Buscaremos priorizar o atendimento destes sem deixar de atender à comunidade nas demais ações programáticas típicas da APS.

Para garantir o registro dos hipertensos e/ou diabéticos no Programa a equipe estará atendendo aos Hipertensos e diabéticos com consulta programada nos dias de terça e quarta-feira nos turnos vespertinos e matutinos. Organizaremos a agenda para atendermos à demanda programada e demanda espontânea, bem

com priorizaremos na agenda vagas para aqueles usuários detectado como de alto risco.

O agente comunitário de saúde fará busca ativa de todos Hipertensos e Diabéticos da área de abrangência quando detectado pela equipe como faltosos às consulta agendada. As buscas ativas serão realizadas através das visitas domiciliares. Em casos específicos, o médico e/ou enfermeira também participarão desta busca ativa na comunidade, principalmente para àqueles usuários resistentes à adesão ao tratamento ou acamados. Em todas as visitas domiciliares o ACS deverá informar sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde bem como sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, bem como sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

O Cadastramento durante a Intervenção será realizado exclusivamente pelo médico e/ou enfermeiro na consulta clínica na ESF ou em visita domiciliar.

Realizará o acolhimento à demanda espontânea toda a equipe. Salientamos que para o acolhimento à demanda espontânea a equipe adotará um fluxograma guiado pelo Caderno de Atenção Básica, n. 28, da página 28, considerando principalmente o risco e vulnerabilidade. Aqueles com atraso em consulta com problemas agudos serão atendidas no mesmo turno. Aqueles que buscam, consultas de rotina terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que 7 dias.

Para organizarmos com a gestão a garantia da agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo bem como o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos da Farmácia Popular para os Hipertensos e Diabéticos, o assegurar o encaminhamento do Hipertenso e Diabético a exames complementares a outros níveis do Sistema antes da intervenção ou na primeira semana estaremos realizando uma reunião entre a gestão e equipe para apresentar o projeto da Intervenção e pedir apoio logístico para realizar a intervenção.

Na primeira semana de intervenção, a equipe se reunirá no âmbito da UBS para organizar as agendas do médico e enfermeiro para acolher a demanda referenciada e espontânea dos usuários provenientes das buscas ativas.

Devemos organizar com o gestor a forma que possam garantir o atendimento em saúde bucal para os Hipertensos e Diabéticos, principalmente quando demandado pela avaliação da necessidade de atendimento odontológico após a avaliação do médico e do Enfermeiro da equipe.

Buscaremos incentivar a equipe para o encaminhamento e os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para este público alvo.

O ACS semanalmente nas visitas domiciliar fará busca ativa dos faltosos às consultas clínicas quanto para os atendimentos odontológicos e organizará em conjunto com o médico e enfermeiro a agenda para o encaminhamento adequado desses usuários.

No Eixo de Engajamento Público, para sensibilizar a comunidade, serão realizadas atividades de educação em saúde nas associações de moradores, nas igrejas da área abrangente e nas escolas, onde se informará a população sobre a existência do programa de atenção à hipertensão arterial e diabetes da ESF e solicitará o apoio aos mesmos para o rastreamento de hipertenso e diabético, orientando-os sobre os fatores de riscos sobre o desenvolvimento dessas doenças. As atividades de educação em saúde serão organizadas por micro área ou de acordo com a demanda de cada ACS. Os temas a serem trabalhados serão previamente decididos pela equipe a depender das características de cada comunidade ou de acordo com a demanda da própria comunidade. Estas atividades serão realizadas por meio de metodologias de palestras, rodas de conversa, sala de espera ou dinâmicas de grupo ou outras sugestões que surgirem durante a organização da logística da atividade. Serão responsáveis por estas atividades o médico e o enfermeiro, mas nas atividades contarão com o apoio de toda a equipe.

No eixo de Qualificação da Prática Clínica, para viabilizar a ação de capacitar a equipe de saúde para utilização do protocolo temos que a análise situacional da definição do foco de intervenção foi discutida com a equipe na ESF, assim começaremos com a capacitação sobre o Protocolo da Hipertensão e Diabetes pelo MS para que toda a equipe utilize igual referências com o manejo dos usuários hipertensos e diabéticos. Antes de iniciarmos a intervenção ou na primeira semana da intervenção teremos reunião para a organização de Agenda Compartilhada com profissional médico, enfermeiro e capacitar a equipe para o uso dos impressos e registro das ações. Também organizaremos o acolhimento e o fluxo

de encaminhamento do usuário dentro da ESF. As reuniões e capacitações ocorrerão no Salão de Reuniões da ESF e serão reservadas duas horas ao final do expediente, no horário da reunião da equipe e serão realizadas nas duas primeiras Semanas da Intervenção. As capacitações acerca do protocolo serão ministradas/coordenadas pelo médico e enfermeiro. Inicialmente trabalharemos sobre os fatores de risco para estas duas doenças. Capacitaremos os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde e utilização correta da Ficha B do SIAB. Capacitaremos as Técnicas de Enfermagem 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. Médico e enfermeiro buscarão atualizar sobre a realização dos exames clínicos apropriados e exames complementares baseados no Protocolo e para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e sua importância do registro desta avaliação. Será também orientado em capacitação da equipe sobre estratificação de risco, mesmo que esta avaliação seja feita em consulta clínica, toda a equipe deve conhecer os critérios desta estratificação. Discutiremos na capacitação as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Capacitaremos a equipe para orientar os usuários sobre o acesso a medicamentos da farmácia popular. Buscaremos capacitar os ACS e demais componentes da equipe para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto à importância do acompanhamento regular das consultas e suas periodicidades.





### **3 Relatório da Intervenção**

Nestas 12 semanas que tivemos programada nossa intervenção, passamos por várias situações, umas desagradáveis e outras recompensadoras.

Analisando nossas metas e ações realizadas, vamos relatar sinteticamente o que conseguimos fazer e o que ficou para continuar trabalhando, assim como nossas dificuldades e nossas conquistas.

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

No eixo de monitoramento e avaliação foi realizado diariamente o cadastramento e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos e os atendimentos eram registrados na Ficha espelho, e Planilha de Coleta de Dados (PCD) e prontuário clínico. Na reunião de equipe realizada semanalmente realizamos o levantamento sobre nossas metas e revisão dos nossos dados. Nas revisões das Fichas Espelho observávamos se os usuários estavam com exames clínicos apropriados de acordo com os protocolos adotados (Caderno 36 e Caderno 37). Quando realizávamos o cadastramento e consulta clínica também avaliávamos o uso da medicação e se estavam usando os medicamentos disponíveis na farmácia popular. Também em cada consulta, fora avaliado a necessidade de atendimento odontológico, assim como realizávamos a estratificação de risco cardiovascular e orientações nutricionais, sobre o uso de tabaco e os riscos para saúde que este traz consigo. Salientamos que estas orientações também são realizadas pelos ACS nas visitas domiciliares ou nas atividades de educação em saúde na “ sala de espera” e reunião de grupos. Buscamos junto à gestão a disponibilidade de um professor de educação física para incentivar a pratica regular de atividade física.

No eixo de Organização e Gestão dos Serviços foi realizada reunião com a gestão para fornecer os insumos necessários para a realização da nossa intervenção. Infelizmente tivemos muita dificuldade quando solicitamos um carro em um dia e horário determinado para conseguir organizar e realizar a visita domiciliar e as atividades em grupo. Também tivemos dificuldade quando a gestão liberou para a maioria dos membros da equipe tirar férias no mesmo período.

Realizamos a capacitação de toda a equipe no início da intervenção organizando o fluxograma de trabalho.

Tivemos certos imprevistos no transcurso destas 12 semanas devido à falta de veículo para realizarmos as visitas domiciliares ou para ir ao local onde realizávamos nossa reunião de grupo. Salientamos que nossa área é muito extensa então temos três pontos de reunião dividida por micro áreas.

No tocante ao controle de estoque e validade da medicação temos grandes dificuldades. A quantidade de medicamentos que a gestão envia para a UBS não cobre à demanda e isto dificulta inclusive a adesão dos usuários ao tratamento estabelecido.

O serviço da UBS está organizado de forma que toda pessoa que chegue na UBS é acolhida e tem o seu atendimento de acordo com a sua necessidade. Conseguimos mediante o gestor ter uma equipe de odontologia que realiza o atendimento a nossa população uma vês ao mês. Isto ainda não cobre à demanda, mas estamos buscando junto à gestão implementarmos ações para que consigamos organizar o serviço de odontologia de forma que possa cobrir à demanda da população vinculada à UBS.

No Eixo de Engajamento Público foi realizada a divulgação da existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS assim como a comunicação sobre a importância do monitoramento e rastreamento das mesmas bem como sobre o risco de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes. Orientamos sobre a importância da consulta periódica para avaliação de medicação e exames tanto clínico como laboratoriais. Estas orientações foram realizadas nas consultas clínicas, nas atividades de sala de espera e pelos ACS nas visitas domiciliares, e nas atividades de grupo realizadas. Salientamos que tivemos um grande período sem ACS já que todos tiraram férias coletivas ficando na UBS só a técnica de enfermagem e o médico. Também o grande período chuvoso prejudicou as nossas atividades de grupo.

No eixo de Qualificação da Prática Clínica foi realizada a capacitação da equipe onde discutimos os protocolos adotados para que toda a equipe utilize igual referências com o manejo dos usuários hipertensos e diabéticos. Também fizemos a organização de Agenda Compartilhada com profissional médico e enfermeiro e capacitamos a equipe para o uso dos impressos e registro das ações. Também organizamos o acolhimento e o fluxo de encaminhamento do usuário dentro da ESF.

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

Dificuldades tivemos em quase todas as ações, mas fomos superando a maioria delas no decorrer da Intervenção e a cada semana estávamos melhor (o final da Intervenção “semana 12” nos pegou na melhor fase de crescimento da intervenção). Não houve nenhuma ação que não pudesse ser desenvolvida, apenas algumas dificuldades para serem desenvolvidas de forma completa.

Não conseguimos o vínculo com professores, para desempenhar a parte da agricultura e não conseguimos cadastrar 100% das pessoas com hipertensão e diabetes da área de abrangência da UBS devido aos fatores climáticos e não disponibilidade de veículo para realização de visita domiciliar ou grupo todas as semanas. Também o período de férias da maioria da equipe trouxe imprevistos no calendário e tivemos que tomar medidas rápidas, efetivas, satisfatórias para alcançar todas as ações previstas. Não conseguimos cumprir todas as ações integralmente em 12 semanas mas conseguimos uma melhoria na qualidade das mesmas, chegando a percentuais ótimos nas últimas semanas da intervenção.

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

No começo da Intervenção a equipe demorou para familiarizar-se na sistematização de dados. Tivemos que treinar muito a alimentação da PCD e

registro de dados. Inicialmente não contávamos com computador na Unidade, mas nas primeiras semanas por meio do apoio dos gestores conseguimos adquirir um computador e impressora, conseguindo assim uma melhoria ampla e rápida na qualidade de trabalho, que facilitou muito o processo de trabalho em torno da Intervenção. No decorrer das semanas, houveram algumas dúvidas as quais foram sanadas com ajuda da orientadora.

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

Vimos que a capacitação da equipe foi de qualidade e devido a isto conseguimos uma união que nos fortaleceu como grupo. Conseguimos homogeneizar ideias. Na capacitação participou toda a equipe. Até mesmo a faxineira da unidade, residente da área de cobertura, muitas vezes conversou com a população conhecida, lembrando da importância do comparecimento dos usuários na UBS. Com a utilização da Ficha Espelho e com a ajuda da PCD passamos a ter um melhor controle dos dados, que se manterão nesta forma de coleta. Conseguimos o apoio dos líderes comunitários e a conscientização da população no projeto além de insistir muito na mudança de hábitos. Acredito que estamos preparados para incursionar em outros temas para trabalhar em conjunto toda a equipe.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção tratou da qualificação da atenção à saúde dos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS. Santa Antão, Santa Maria/RS.

Iniciamos a Intervenção em 09/11/2015 e finalizamos em 29/01/2016.

Na área adstrita à UBS existem 1345 pessoas, e a estimativa pelo CAP é que teríamos na área de abrangência da UBS uma estimativa de 901 pessoas com 20 anos ou mais e desta população seriam estimados que tivéssemos na área 301 hipertensos.

A estimativa para pessoas maiores de 20 anos com diabetes era de 86.

Após atualizarmos os dados da população da era de abrangência trabalhamos com a meta de cadastrar e acompanhar 100% hipertensos e 100% diabéticos.

No projeto de intervenção estabelecemos metas e indicadores e traçamos ações a serem desenvolvidas.

A seguir apresentamos os resultados alcançados para as metas propostas:

**Objetivo 1** Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

**Meta 1.1** Cadastrar 100% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

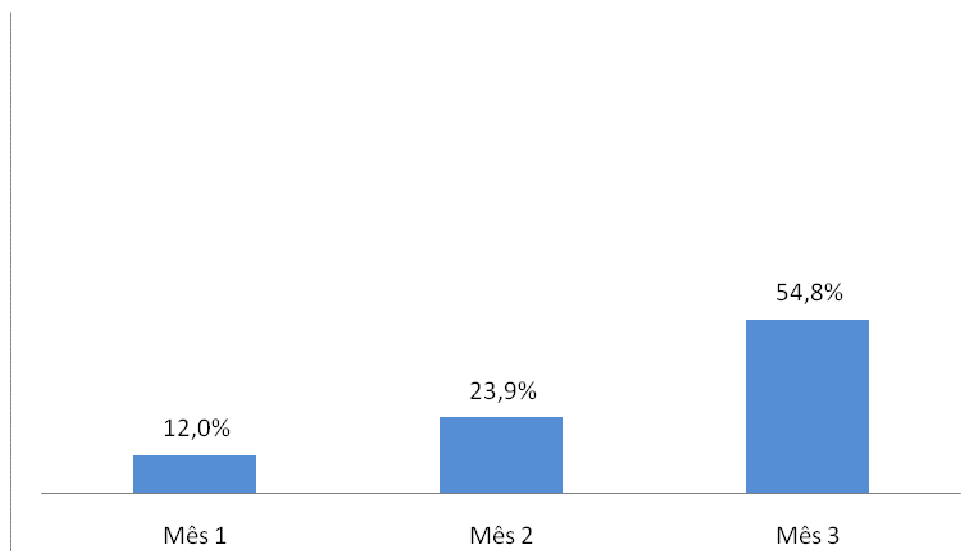
**Indicador 1.1** Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde

Para alcançar o objetivo de ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos, foi proposto como meta, cadastrar 100% dos hipertensos da área adstrita da UBS do Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Trabalhamos com a busca de 301 hipertensos e de acordo com a Figura 1, não conseguimos atingir no final da intervenção, uma cobertura de 100%. No primeiro mês foram cadastradas 36 (11,96%) pessoas maiores de 20 anos com hipertensão, no segundo mês 72(23,92%) e no terceiro mês os 165 (54,81%).

Os esforços realizados pela equipe fizeram que conseguíssemos atingir meta de cobertura. Nossas maiores dificuldades foram relacionadas ao período chuvoso que dificultava não só o acesso dos usuários à nossa UBS com para a equipe realizar Visitas Domiciliares e atividades coletivas. Também no mês de dezembro tivemos as férias da maior parte da equipe onde todos os ACS e o enfermeiro tiraram férias. Além disso a UBS foi vítima de atos de vandalismo onde vândalos entraram, roubaram equipamentos e destruíram boa parte de nossos registros, felizmente isto fez que a população se aproximasse ainda mais da unidade demonstrando solidariedade para que a equipe pudesse continuar trabalhando e que a intervenção pudesse ter continuidade.

Tínhamos um fluxograma de trabalho onde todo usuário que chegasse a unidade por demanda espontânea ou com agendamento seriam feitos o acolhimento e aferição da pressão arterial. Com pequena mudança no serviço conseguimos detecção de novos hipertensos e organizamos o nosso atendimento. Com os registros antigos e revisando prontuários detectamos alguns usuários que eram cadastrados na UBS, mas que não tinham o hábito regular de frequentar as consultas e também detectamos através da busca de hipertensos pela comunidade que tínhamos hipertensos na área que não tinham conhecimento do Programa. Sabemos que atingimos a meta, mas por termo área sem ACS sabemos que temos mais pessoas hipertensas na área que ainda não são acompanhados pela equipe.



**Figura 2** Gráfico Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na UBS Santa Antão, Santa Maria/RS.2015

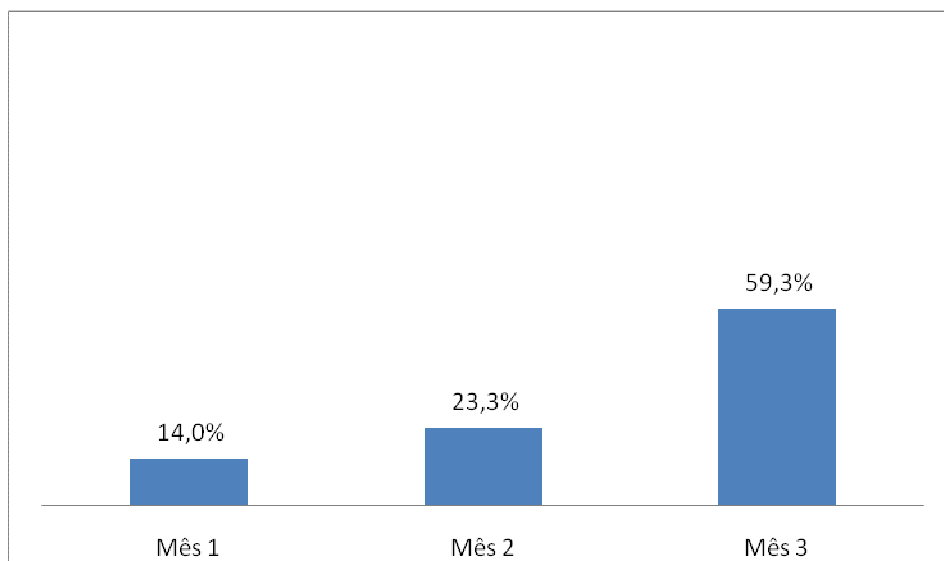
**Meta 1.2** Cadastrar 100% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

**Indicador 1.2** Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde

Com relação aos usuários com diabetes, alcançamos ao final da intervenção, uma cobertura de 89,5%. No primeiro mês da intervenção, foram cadastradas 12 (14%) pessoas maiores de 20 com diabetes, no segundo mês foram 20(23,3%) e no terceiro mês 51 (59,3%).

Esta meta não foi atingida também pelas dificuldades apresentadas anteriormente. Também tínhamos pessoas com diabetes cadastradas na UBS que não tinham regularidade nas consultas. Como na questão dos Hipertensos sabemos que temos mais pessoas com Diabetes que não estão cadastradas já que pertencem a micro área descoberta, e com isto após a contratação de um novo ACS a equipe poderá ter ciência real de quantas pessoas com diabetes temos na área e quantos deveremos buscar para alcançarmos a meta. No acolhimento que realizamos além da aferição da pressão arterial também realizávamos o teste de HGT para pessoas maiores de 18 anos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 como indica o caderno de atenção número 36 critérios para diagnostico (pagina 27).





**Figura 3** Gráfico Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na UBS Santa Antão, Santa Maria/RS.2015

**Objetivo 2** Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

**Meta 2.1** Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

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

Para melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes, tínhamos como meta realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão e esse indicador desde o início da intervenção se manteve em 100% em todos os meses, pois os usuários com Hipertensão Arterial eram examinados no momento da consulta pelo médico ou enfermeira da equipe. No primeiro mês foram examinados 36 (100%) das pessoas com hipertensão, no segundo mês foram 72(100%) e ao terceiro 165 (100%) dos Hipertensos cadastrados no programa tiveram realizado o exame clínico apropriado. Esta meta foi alcançada já que temos pouca demanda espontânea uma vez que nossa população é pequena e com isso podemos dedicar maior tempo a consulta com cada paciente.

**Meta 2.2** Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 2.2** Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Para melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes, tínhamos como meta realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com Diabetes e também alcançamos em todos os meses da intervenção a meta estipulada. No mês 1 tivemos 12(100%) dos usuários com Diabetes Mellitus com exame clínico apropriado realizado. No mês 2 foram os 20(100%) e finalizamos o mês 3 com os 51 (100%) usuários com DM que foram examinados apropriadamente no momento da consulta pela medica ou enfermeira da equipe. Esta meta foi alcançada já que temos pouca demanda espontânea uma vez já que nossa população é pequena e com isso podemos dedicar maior tempo a consulta com cada paciente.

**Meta 2.3** Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

**Indicador 2.3** Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia

Para melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes, tínhamos como meta realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade), esse indicador desde o início da intervenção se manteve em 100%, pois os usuários com Diabetes Mellitus tinham examinados seus pés no momento da consulta pelo médico ou enfermeiro da equipe. No primeiro mês tivemos 12(100%) dos usuários com Diabetes Mellitus com exame clínico dos pés realizados. No mês 2 foram os 20(100%) e finalizamos o mês 3 com os 51 (100%) usuários com DM tiveram realizado o exame dos pés com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade. Esta meta foi alcançada com sucesso, mas sem contarmos com todos os materiais apropriados já que não conseguimos com nosso gestor o monofilamento de 10g para realização do teste de sensibilidade, este era feito com outros materiais por exemplo algodão, materiais com temperatura e com diapasão, para explorar sensibilidade vibratória.

Nosso fluxograma de referência e contra referência para atendimento com especialistas e exames especializados para os casos detectados de alterações ainda é um problema. Alguns de nossos usuários conseguem com prontidão a marcação e a consulta com os especialistas que necessitam, mas eles vêm sem a contra-referência dos especialistas o que dificulta a continuidade do cuidado, os exames são realizados sem problemas tanto para diabéticos como hipertensos.

**Meta 2.4** Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo

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

Para melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes, tínhamos como meta Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo e esse indicador desde o início da intervenção se manteve em 100% em todos os meses, pois os usuários com Hipertensão Arterial eram examinados e no momento da consulta principalmente na consulta de cadastramentos o médico ou enfermeiro da equipe solicitavam os exames complementares. No primeiro mês foram solicitados os exames a 36 (100%) das pessoas com hipertensão, no segundo mês foram 72(100%) e ao terceiro 165 (100%) dos Hipertensos cadastrados no programa tiveram a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Anteriormente os exames eram solicitados pelos pacientes o médico ou enfermeiro não levavam controle dos pacientes que tinham exames em dia ou não, com isto agora não temos mais pacientes com exames sem necessidade.

O retorno e em dependência de nossa agenda já que temos os resultados na página do laboratório online.

**Meta 2.5** Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.5** Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

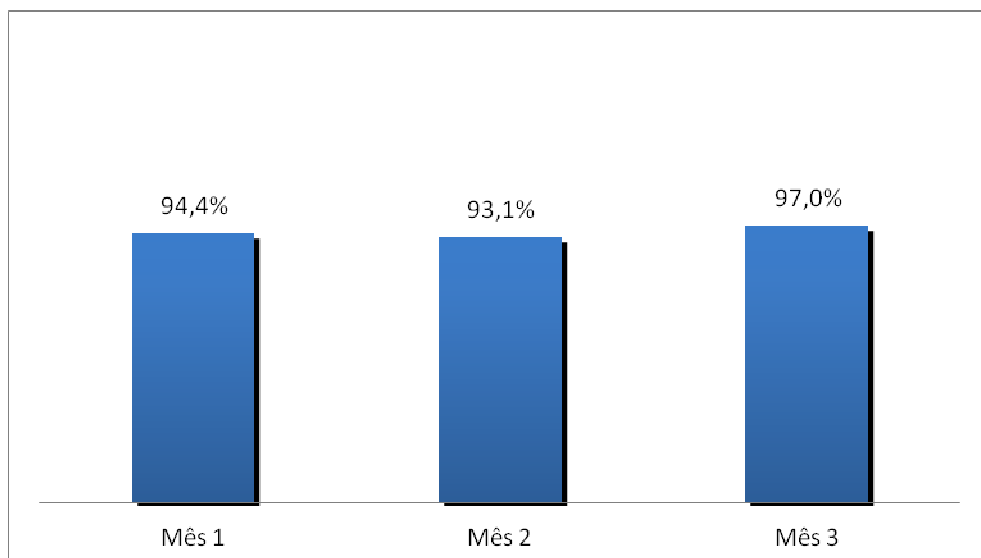
Para melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes, tínhamos como meta garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo esse indicador desde o início da intervenção se manteve em 100%, pois os usuários com Diabetes Mellitus tinham os exames solicitados/realizados no momento da consulta pelo médico ou enfermeiro da equipe. No primeiro mês tivemos 12(100%) dos usuários com Diabetes Mellitus com exames realizados. No mês 2 foram os 20(100%) e finalizamos o mês 3 com os 51 (100%) usuários com DM tiveram realizado os exames complementares em dia.

**Meta 2.6** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

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

Como vemos na Figura 3, esta meta não foi alcançada em nenhum dos meses do transcurso da nossa intervenção já que nem todos os usuários tiveram prescritos medicamentos disponíveis nas Farmácias populares. Já que a medicação que estas pessoas usam prescritas por especialistas não estão na lista de medicação da farmácia popular.

No primeiro mês foram 34 (94,4%) das 36 pessoas com hipertensão, que precisavam fazer usos de medicação, que estavam com a prescrição de medicamentos da farmácia popular e que faziam uso do medicamento fornecido pela farmácia popular. No segundo mês foram 67(93,1%) dos 72 com medicação prescrita e ao terceiro mês tínhamos 160 (97,0%) dos 165 hipertensos cadastrados no programa que tinham prescrição de medicamento da farmácia popular/ Hiperdia priorizada.



**Figura 4** Gráfico Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição prioritizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia na UBS Santa Antão, Santa Maria/RS.2015

**Meta 2.7** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

**Indicador 2.7** Proporção de pessoas com diabetes com prescrição prioritizada de medicamentos da Farmácia Popular

Para esta meta foi atingido o 100% já que todas as pessoas com diabetes foram contempladas com a medicação fornecida nas farmácias populares. O seja que todas as pessoas atendidas com diabetes foram prescritas medicação que está na lista das farmácias populares.

No primeiro mês 12(100%), 2 mês 20(100%), e no 3 mês 51(100%).

Não apresentando dificuldade na prescrição da medicação que requeria cada pessoa para o seu tratamento.

**Meta 2.8** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

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

Para atingir nossa meta em cada consulta clinica realizada pelo médico e/ou enfermeiro foi avaliada a necessidade de atenção odontológica aos usuários onde conseguimos 100% das pessoas com hipertensão avaliadas em todos os meses da

intervenção. No, primeiro mês 36(100%), 2 mês 72(100%), e no 3 mês 165(100%), A cada consulta clínica quando nós (profissional médico e enfermeira) diante da anamnese e exame físico detectávamos problemas bucais em nossos usuários os encaminhávamos ao odontólogo para avaliação e estabelecimento de plano de tratamento adequado à situação, mas infelizmente nem todos tiveram a consulta com o odontólogo. Salientamos que não tínhamos odontóloga na UBS e só durante a intervenção a gestão disponibilizou um odontólogo que vinha uma vez por es em nossa UBS e isto não supriu a demanda

**Meta 2.9** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 2.9** Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Para atingir nossa meta em cada consulta foi avaliada a necessidade de atenção odontológica conseguindo 100% das pessoas com diabetes avaliadas, primeiro mês 12(100%), no segundo mês 20(100%), e no terceiro mês 51(100%), mas ainda nem todas tiveram a consulta com o dentista, já que não tínhamos dentista na equipe foi só depois (durante a intervenção tivemos a disponibilidade de dentista na UBS e tem certas condições já que ele vem até a UBS somente uma vez ao mês e o número de pessoas que atende é restrito).

**Objetivo 3** Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

**Meta 3.1** Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.1** Proporção de pessoas com hipertensão faltosa às consultas médicas com busca ativa.

Durante a intervenção, em todos os meses, os faltosos às consultas na UBS foram buscados, conforme a periodicidade recomendada. No mês 1 da intervenção tivemos 18 hipertensos faltosos à consulta clínica agendada e foram buscados os 18 (100%) destes hipertensos faltosos. No segundo mês faltaram 38 e foram buscados e no terceiro mês finalizamos com 98(100%) hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa realizada.

O trabalho dos ACS foi importante nesta busca ativa já que eles são nosso elo de conexão entre o usuário e o posto de saúde, e são as pessoas que mais conhecem a população. Eles buscavam através de visitas domiciliares aqueles hipertensos faltosos às consultas clínicas previamente agendadas.

**Meta 3.2** Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.2** Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

No mês 1 da intervenção tivemos 08 diabéticos faltosos à consulta clínica agendada e foram buscados os 08 (100%). No segundo mês faltaram 16 e foram buscados e no terceiro mês finalizamos com 36(100%) pessoas com DM faltosos às consultas médicas com busca ativa realizada.

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

**Meta 4.1** Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador4.1** Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Podemos observar que contemplamos 100% da meta em todos os meses já que a ficha de acompanhamento foi preenchida durante a consulta com o médico ou com o enfermeiro e monitorada semanalmente pela equipe.

No primeiro mês foram 36 (100%) dos hipertensos cadastrados com registro adequado na ficha de acompanhamento e prontuário clínico, no segundo mês foram 72 (100%) e no terceiro mês foram 165 (100%) hipertensos cadastrados com registro adequado na ficha de acompanhamento. A cada consulta clínica era atualizada a ficha espelho e o prontuário clínico com registro adequado do acompanhamento dos usuários com HAS.

**Meta 4.2** Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

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

Em relação aos diabéticos no primeiro mês foram registrados adequadamente na Ficha espelho e prontuários os atendimentos das 12(100%) pessoas com DM cadastradas, no mês2 foram 20(100%) e finalizamos o mês 3 com as 52 pessoas com DM cadastradas com registro adequado do atendimento em ficha espelho e prontuário clínico.

**Objetivo 5** Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

**Meta 5.1** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador5.1** Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Esta meta foi contemplada 100% em cada mês já que foi estratificado o risco cardiovascular calculado a traves do escore de Framingham (O escore de risco de Framingham é uma de uma série de sistemas de pontuação utilizados para determinar as chances de um indivíduo de desenvolver doença cardiovascular). Para cada paciente contemplado no programa isto foi possível já que cada paciente teve sua consulta com o médico e além de ter disponibilidade de tempo para realizá-lo.

Durante a intervenção alcançamos a meta de avaliação do risco cardiovascular nos hipertensos em todos os meses. No primeiro mês foram 36(100%), no segundo mês foram 72(100%) e ao terceiro finalizamos com 165(100%) pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

**Meta 5.2** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 5.2** Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular

Também com relação aos usuários portadores de diabetes também conseguimos cumprir a meta em todos os meses da intervenção. No primeiro mês conseguimos mapear 12(100%) usuários diabéticos cadastrados com estratificação



de risco cardiovascular em dia, no segundo mês foram 20 (100%) e no terceiro mês 51 (100)usuários diabéticos cadastrados estavam com estratificação de risco cardiovascular em dia.

**Objetivo 6** Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

**Meta 6.1** Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão

**Indicador 6.1** Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional.

**Meta 6.2** Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 6.2** Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional.

**Meta 6.3** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador 6.3** Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade.

**Meta 6.4** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 6.4** Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade.

**Meta 6.5** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

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

**Meta 6.6** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 6.6** Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo

**Meta 6.7** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão

**Indicador 6.7** Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

**Meta 6.8** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 6.8** Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Nossos últimos Objetivos foram promover a saúde de hipertensos e diabéticos que é tão importante na vida do ser humano, pois não adianta fazer o tratamento medicamentoso e não cuidar da alimentação e praticar exercícios físicos, garantir a orientação nutricional sobre alimentação saudável, orientação em relação à prática regular de atividade física, orientação sobre os riscos do tabagismo, orientação sobre higiene bucal.

Foi proposto como meta atingirmos 100% destes indicadores de qualidade, e nestes três meses de intervenção conseguiu se cumprir a meta proposta, que foi a realização das orientações a 100% destes usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes cadastrados durante a intervenção sobre orientação nutricional sobre alimentação saudável, orientação em relação à prática regular de atividade física, orientação sobre os riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal.

No primeiro mês foram os 36 (100%) dos hipertensos cadastrados que receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, orientação em relação à prática regular de atividade física, orientação sobre os riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal. No segundo mês foram 72 (100%) e no terceiro mês foram 165 (100%) hipertensos cadastrados que foram orientados sobre alimentação saudável, em relação à prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal. Estas metas foram contempladas nos 100% de cada uma, mês a mês já que estas orientações foram dadas pelo médico durante a consulta e trabalhamos sobre elas nas rondas de salas de espera e durante a realização dos grupos de hipertensos e diabéticos.

Quanto às pessoas com Diabetes Mellitus cadastradas, no primeiro mês foram os 12 (100%) cadastrados que receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, orientação em relação à prática regular de atividade física, orientação sobre os riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal. No segundo mês foram 20 (100%) e no terceiro mês foram os 51 (100%) diabéticos cadastrados que foram orientados sobre alimentação saudável, em relação à prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal.

Estas metas foram contempladas nos 100% de cada uma, mês a mês já que estas orientações foram dadas pelo médico durante a consulta e trabalhamos sobre elas nas rondas de salas de espera e durante a realização dos grupos de hipertensos e diabéticos.

## **4.2 Discussão**

A intervenção na ESF Santo Antão propiciou a melhora da qualificação da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes, a melhoria dos registros, organização do serviço na atenção às pessoas, a qualificação na atenção, destacando o exame dos pés a pessoas diabéticas, solicitação de exames de acordo aos protocolos adotado e classificação de risco cardiovascular, assim como orientações nutricionais, de atividade física e cuidado pessoal como avaliação odontológica.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para buscar alcançar as metas. E seguir as orientações de acordo com os protocolos relativo ao, diagnóstico, rastreamento, monitoramento e sobre o tratamento.

Esta etapa propiciou a participação de toda a equipe, com trabalho em grupo e definição de atribuições a cada membro.

Isto tudo acabou repercutindo em toda nossa rotina de trabalho. Hoje em dia temos o serviço organizado, com as consultas agendadas, isto graças a melhoria dos registros podendo assim monitorar e otimizar a agenda dando a cada membro da equipe uma tarefa a ser realizada, e com um fluxograma de trabalho bem distribuído, onde a pessoa ao chegar a unidade já é acolhida pelo enfermeiro ou pela técnica de enfermagem e assim orientada a como prosseguir em nosso serviço. Isto acontece não só com os hipertensos e diabéticos, mas também com toda a população vinculada à equipe.

Antes da intervenção, geralmente o atendimento das pessoas se centravam no profissional médico e revemos as atribuições de cada membro da equipe.

Para a comunidade esta intervenção é de grande importância e já possibilitou uma melhor organização do serviço e qualificação da atenção. Sabemos que apesar de que nossa cobertura foi ampliada ainda existem pessoas hipertensas

ou diabéticas da área da UBS que ainda não estão cadastradas e que desconhecem o Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

A intervenção poderia ter sido facilitada se tivéssemos maior articulação com a comunidade no começo, mais como esta tarefa não acaba aqui poderemos melhora-la ao transcurso do tempo e assim poderemos aprimorar nossas tarefas. Notamos que os registros antigos estavam desatualizados, e isto prejudicou na busca ativa das pessoas, assim como nos resultados dos indicadores.

Percebemos que a equipe ficou mais integrada, discutindo casos que chamam mais a atenção com a estratificação de risco, e não só a pessoas com hipertensão ou diabetes e sim com outras patologias também.

Com a incorporação da rotina de trabalho na equipe vamos poder conscientizar a população da importância sobre a atenção ao hipertenso e diabético, já que são patologias que afetam grande parte da comunidade e que trazem consigo um impacto na qualidade de vida das pessoas.

Pretendemos para os próximos meses investir na melhoria da atenção ao pré-natal e na puericultura.

Estamos esperando a incorporação de um ACS para poder cobrir uma das micro áreas que está descoberta e também com a chegada de uma recepcionista na UBS poderemos ter uma melhor organização nos registros e arquivos e também poderá ajudar a otimizar o tempo para as consultas do médico e do enfermeiro.

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

Prezado gestor,

Informaremos com este breve relatório a intervenção desenvolvida na ESF Santo Antão no período de 09 de novembro de 2015 a 29 de janeiro de 2016. A Intervenção fez parte dos requisitos formativos do Curso de Especialização em Saúde da Família promovido pela da Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas- UFPEL, e teve como objetivo a qualificação da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes da área de abrangência da Equipe através de ações que possibilitem a prevenção e identificação oportuna e tratamento adequado das duas doenças, e assim diminuir a morbi mortalidade, causada por elas

Nossa UBS tem uma equipe de ESF e está localizada em área rural, e a população a qual atendemos em nosso serviço são em sua maioria, pessoas com baixo poder aquisitivo. Nossa população de abrangência da ESF tem certas características especiais pela qual acreditamos que este foco de intervenção de melhorar a atenção ao hipertenso e diabético traria muitos benefícios para a população da área visto que nela prevalece a população adulta e idosa com grande prevalência destas duas patologias. Temos também o hábito alimentar da população de nossa área com cultura gaúcha de grande consumo de carne gordurosa (churrasco).

Na área adstrita à UBS existem 1345 pessoas, e a estimativa pelo CAP é que teríamos na área de abrangência da UBS uma estimativa de 901 pessoas com 20 anos ou mais e desta população seriam estimados que tivéssemos na área 301 hipertensos.

A estimativa para pessoas maiores de 20 anos com diabetes era de 86.

Após atualizarmos os dados da população da era de abrangência trabalhamos com a meta de cadastrar e acompanhar 100% hipertensos e 100% diabéticos.

Para o objetivo de ampliar a cobertura da atenção tivemos cadastradas 165 (54,8%) hipertensos e 51 (59,3%) diabéticos. Neste quesito, os esforços realizados pela equipe fizeram que conseguíssemos atingir meta de cobertura para os hipertensos, mas não o conseguimos para os usuários com diabetes. Nossas maiores dificuldades foram relacionadas ao período chuvoso que dificultava não só o acesso dos usuários à nossa UBS com para a equipe realizar Visitas Domiciliares e atividades coletivas. Também no mês de dezembro tivemos as férias da maior parte da equipe onde todos os ACS e o enfermeiro tiraram férias. Além disso a UBS foi vítima de atos de vandalismo onde vândalos entraram, roubaram equipamentos e destruíram boa parte de nossos registros, felizmente isto fez que a população se aproximasse ainda mais da unidade demonstrando solidariedade para que a equipe pudesse continuar trabalhando e que a intervenção pudesse ter continuidade.

Quando realizávamos a consulta clínica para cadastramento realizávamos o exame físico completo e também a avaliação dos pés dos diabéticos e solicitávamos exames complementares. Também era realizada a estratificação de risco cardiovascular. Também verificávamos o uso de medicação prescrita e se estas faziam parte do elenco da Farmácia Básica e se estavam disponíveis para os usuários.

Em cada consulta do hipertenso ou diabético foi avaliado a necessidade de atendimento odontológico, assim como foram fornecidas orientações nutricionais, e sobre o deletério de tabaco Devemos salientar que estas orientações eram também realizadas também pelos ACS nas visitas domiciliares ou nas atividades de “sala de espera” e reunião de grupos.

Tivemos certos imprevistos no transcurso destas 12 semanas já que devido ao período de férias de boa parte dos funcionários, muitas vezes não tivemos carro para realizar a visita domiciliar ou ir até o ponto onde realizávamos nossa reunião de grupo. Devemos ressaltar que nossa área é muito extensa e temos três pontos de reunião dividida por micro áreas. Hoje em dia continuamos com a mesma pratica de trabalho que adotamos durante estas 12 semanas.

Salientamos que as oficinas, sobre processo de Planificação da Atenção Primária em Saúde que está sendo implementado em Santa Maria. Para melhorar a

qualificação da atenção teve grande influência na participação de toda a equipe para que hoje o serviço esteja mais organizado. Ainda falta muito, mas com muito esforço, conseguiremos.

Solicitamos formalmente ao Gestor a inclusão de uma recepcionista na equipe, pois não contamos com tal profissional na unidade e isto iria melhorar na organização bem como otimizaria o atendimento dos demais profissionais da UBS e ajudaria na melhora do acolhimento e da atenção ao público. Também precisamos da contratação de um ACS para a área que está descoberta.

Fica demonstrado a importância de realizarmos um trabalho em conjunto entre as equipes de saúde, gestão e comunidade onde é possível qualificar a assistência na saúde e melhorar a qualidade de vida da população, dessa forma, nós da equipe de saúde esperamos poder ter o permanente apoio da gestão para manter o trabalho já iniciado e também realizar intervenção nas demais ações programáticas para conseguir uma melhor qualidade de vida na população.

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

Prezados usuários da UBS Santo Antônio,

Com este breve relatório queremos mostrar para vocês as ações de intervenção na atenção aos usuários com hipertensão e diabetes que foram desenvolvidas na UBS no período de 09 de novembro de 2015 a 29 de janeiro de 2016.

A melhoria da atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes é importante pois nos dias atuais predominam o sedentarismo, a alimentação rica e abundante em gordura e açúcar livre, bem como a obesidade e o estresse e tabagismo e isto aumenta a probabilidade de aparecimento de hipertensão e diabetes e também para as complicações que podem ocorrer devido a estas doenças.

Toda equipe de saúde da UBS se reuniu e fez um projeto para realizar a intervenção que como objetivo a qualificação da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes da área de abrangência da Equipe. Trabalhamos durante o período da intervenção e continuamos trabalhando para alcançar este objetivo. Foram necessárias algumas modificações que certamente foram notadas por vocês durante estes últimos meses para dar prioridade a este grupo, entre eles citamos: melhora da qualidade das consultas médica e de enfermagem, melhora na marcação de exames laboratoriais, realização de consulta odontológica na unidade, melhora da visita domiciliar com participação ativa dos ACS.

Queremos ressaltar que nossa equipe de trabalho foi capacitada para tal situação e sempre que for preciso estará à inteira disposição de vocês tanto no



acolhimento para sanar dúvidas assim como também nos atendimentos de enfermagem ou médicos na Unidade que são realizados de segunda a Sexta-feira. Estão sendo realizadas buscas ativas dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos nos agendamentos. Temos grupos formados de pessoas hipertensas e/ou diabéticas que se realizam uma vez ao mês, em diversos lugares das nosso micro áreas onde convidamos a todos a participar já que é um espaço para realizar promoção de saúde e prevenção de doenças. Hoje na nossa UBS temos um melhor controle de nossos registros.

Desde o início da intervenção foi feito o recadastramento e na nossa área além do aumento do número de atendimentos que estamos tendo melhorando a qualidade e quantidade dos atendimentos. Fizemos reuniões com vocês sobre o funcionamento da unidade e temas de interesse da comunidade. Antes não eram desenvolvidas estas atividades e pretendemos melhorar esta parte educativa para que todos possam ter acesso a ela. Para que continuemos com as ações realizadas durante a intervenção é necessário que a equipe continue com suas reuniões semanais todas as quartas-feiras no turno da tarde para ver os pontos em que estamos falhando e como podemos solucioná-los para melhorar a saúde de todos e oferecer um serviço de qualidade para todos é nosso objetivo.

Sua opinião, e divulgação desta ação são de suma importância para toda a equipe e esperamos desenvolver mais projetos em conjunto com vocês em outras áreas, como melhorar o atendimento de puericultura, gestantes e idosos e a marcação de consultas para todas as faixas etárias mantendo também o atendimento de livre demanda. Qualquer sugestão, favor depositar o papel na urna em frente à recepção. Nós da equipe da ESF Santo Antônio, contamos com sua compreensão no desenvolvimento desta ação e pedimos desculpas caso tenha lhe causado algum transtorno.

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

Nunca tinha feito um estudo à distância, foi algo totalmente novo para mim. Chegar a um país que não era o meu e me adaptar a metodologia de estudo à distância com outra cultura, outra visão, outra língua foi algo muito interessante. O projeto de intervenção me levou muitas horas de trabalho, dedicação e esforço. Pesquisa e estudo frente ao computador e na prática na unidade. Reconheço que a capacitação que a especialização proporciona é de muita utilidade na prática diária. Ela é completa e semana a semana tarefa a tarefa relacionando um amadurecimento progressivo do aluno em cada unidade. Se bem que tinha alguma experiência de trabalhar em atenção primária reconheço que com o curso adquiri uma visão muito mais ampla da situação. Troquei experiências com colegas nos fóruns e observei diversas realidades diferentes que me serviu muito na visão de saúde coletiva. Testei meu conhecimento e revi diversos conceitos mediante os TQC, os casos clínicos e estudo de prática clínica. Ampliei meus conceitos com o manual Caderno de Atenção básica. É gratificante presenciar a melhora da qualidade na unidade, observar o quanto a ação proporcionou satisfação à população e a união da equipe como grupo que se deu. Nestas horas finais de conclusão de curso agradeço à minha equipe de trabalho que me acolheu desde o primeiro dia que cheguei à unidade e a minha orientadora que tive, pois sem o apoio dela não teria chegado até aqui.

## Referências

ANS-Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). **Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar** / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). – 3. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: ANS, 2009.244 p. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/ProdEditorialANS\\_Manual\\_Tecnico\\_de\\_Promocao\\_da\\_saude\\_no\\_setor\\_de\\_SS.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_Manual_Tecnico_de_Promocao_da_saude_no_setor_de_SS.pdf)> Acesso em 05/02/2015.

ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. **Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde** (Projeto ICSAP – Brasil). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 2009. .

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. –Brasília: Ministério da Saúde, 2011.160 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel-Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, 2012.

BRASIL 2013 a. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il.

BRASIL 2013 b. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il.

## **Anexos**



## Anexo B Planilha de Coleta de Dados Hipertensos E Diabéticos Aba Dados da UBS.

Número total de <b>hipertensos</b> com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)		→	Considere o total de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao hipertenso na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SISF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.
Número total de <b>diabéticos</b> com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)		→	Considere o total de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao diabético na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SISF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.

HIPERTENSOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	→	OBSERVAÇÕES
Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção						
DIABÉTICOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	→	OBSERVAÇÕES
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada						

*Estimativa no território		
População total	→	Digite a <b>população total</b> nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da população)	0	
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22,7%)(VIGITEL, 2011)	0	→ Este seria o número total estimado de <b>hipertensos</b> com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digi-lo na célula C5.
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (5,6%)(VIGITEL, 2011)	0	→ Este seria o número total estimado de <b>diabéticos</b> com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digi-lo na célula C6.



**Anexo D** Documento do comitê de ética

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

---

OF. 15/12  
Ilma Sr<sup>a</sup>  
Prof<sup>a</sup> Ana Cláudia Gastal Fassa

Polotas, 08 de março 2012.

*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 E Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

\_\_\_\_\_