

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 8**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica  
e/ou diabetes mellitus na UBS Layre Rosado, Mossoró/RN**

**YASSEL DIAZ MARTIN**

**Pelotas, 2015**

**YASSEL DIAZ MARTIN**

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica  
e/ou diabetes mellitus na UBS Layre Rosado, Mossoró/RN**

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

Orientadora: Fernanda dos Reis Souza  
Co-orientadora: Pâmela Ferreira Todendi

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

M379m Martin, Yassel Diaz

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Layre Rosado, Mossoró/RN / Yassel Diaz Martin; Fernanda dos Reis Souza, orientador(a); Pâmela Ferreira Todendi, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

90 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Souza, Fernanda dos Reis, orient. II. Todendi, Pâmela Ferreira, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

## **Agradecimentos**

Agradeço primeiramente a Deus pela força e fidelidade que oferece.

A Neires, pela sua dedicação e apoio constante.

A Bladimir, pela sua ajuda incondicional.

A toda equipe de trabalho da unidade básica de saúde Vereador Layre Rosado.

A minha orientadora Fernanda Dos Reis Souza.

## Resumo

MARTIN, Yassel Diaz. **Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Layre Rosado, Mossoro/RN.** 2015. 88f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. Já a prevalência de Diabetes nos países da América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030. É estimado que o Brasil passe para a 6ª posição, 11,3%, em 2030. A finalidade da ação programática da hipertensão e diabetes é fortalecer e qualificar a atenção aos usuários por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado na Atenção Primária em Saúde. A partir de um relatório de análise situacional desenvolvido no curso de especialização em Saúde da Família da UFPel, foi estabelecido um projeto de intervenção neste foco de ação programática para a UBS Vereador Layre Rosado, Mossoró/RN. O objetivo geral foi melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes Mellitus. Foi desenvolvido no período de 3 meses na área da equipe que trabalho e participaram da intervenção os hipertensos e diabéticos maiores de vinte anos ou mais da Unidade Básica de Saúde. As ações realizadas na intervenção foram baseadas nos Cadernos de Atenção Básica n. 36 e 37 (estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus). Foram definidos seis objetivos e estabelecidos metas e ações para a melhoria do acesso e qualidade em quatro eixos (organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica). Após a intervenção realizada na área de abrangência da equipe, foi possível observar que o indicador de cobertura foram cadastrados um total de 179 usuários: 157 usuários com HAS, que corresponde a uma cobertura de 20,23% e 51 usuários com DM, com cobertura de 43,50%. Em relação aos indicadores de qualidade, a maioria alcançou próximo de 100%. A relação com a comunidade os usuários aumentaram os conhecimentos sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, características, complicações e prevenção, conheceram os direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via. O vínculo entre profissionais – usuários – família foi fortalecido. A UBS teve uma organização mais detalhada dos diferentes arquivos de atendimento dos usuários, assim como maior qualidade do acolhimento e otimização da agenda para a atenção. A intervenção exigiu uma maior preparação e promoveu o trabalho em equipe.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia: Capacitações para a equipe sobre acolhimento de todos os usuários com HAS e DM	35
Figura 2	Fotografia: Capacitações para equipe sobre acolhimento.	35
Figura 3	Fotografia: Médico e ACS na capacitação realizada para a equipe.	35
Figura 4	Fotografia: Equipe da UBS	36
Figura 5	Fotografia: Atividade educativa sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da HAS e DM.	36
Figura 6	Fotografia: Grande número de usuários e demanda espontânea na UBS.	36
Figura 7	Fotografia: Registro mediante sistema informatizado no SAME.	38
Figura 8	Fotografia: Mudança no sistema de trabalho que melhorou a atenção aos usuários.	40
Figura 9	Fotografia: Atividade educativa para os usuários.	41
Figura 10	Fotografia: Vínculo com os membros da comunidade durante a intervenção.	41
Figura 11	Gráfico: Cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão no UBS Layre Rosado, Mossoró/RN.	43
Figura 12	Gráfico: Cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes no UBS Layre Rosado, Mossoró/RN.	44
Figura 13	Gráfico: Proporção de usuários com hipertensão com o exame clínico em dia no UBS Layre Rosado, Mossoró/RN.	45
Figura 14	Gráfico: Proporção de usuários com Diabetes com o exame clínico em dia no UBS Layre Rosado, Mossoró/RN.	47
Figura 15	Gráfico: Proporção de usuários com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico no UBS Layre Rosado, Mossoró/RN.	49
Figura 16	Gráfico: Proporção de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico no UBS Layre Rosado, Mossoró/RN.	50
Figura 17	Gráfico: Proporção de usuários com hipertensão que receberam	56

orientação sobre higiene bucal no UBS Layre Rosado,  
Mossoró/RN.

Figura 18 Gráfico: Proporção de usuários com hipertensão que receberam 57  
orientação sobre higiene bucal no UBS Layre Rosado,  
Mossoró/RN.

## Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CP	Citopatológico
DM	Diabetes Mellitus
EAD	Ensino À Distância
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Grupo de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

## Sumário

Apresentação .....	9
1 Análise Situacional .....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	15
2 Análise Estratégica .....	17
2.1 Justificativa.....	17
2.2 Objetivos e metas.....	18
2.2.1 Objetivo geral.....	18
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	18
2.3 Metodologia.....	20
2.3.1 Detalhamento das ações .....	21
2.3.2 Indicadores .....	35
2.3.3 Logística.....	40
2.3.4 Cronograma .....	45
3 Relatório da Intervenção.....	47
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	47
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	52
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	53
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	55
4 Avaliação da intervenção.....	58
4.1 Resultados .....	58
4.2 Discussão.....	73
5 Relatório da intervenção para gestores .....	76
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	79
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	81
Referências .....	83
Anexos .....	84

## **Apresentação**

O presente volume apresenta o Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade Educação à Distância (Ead), promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS), versa sobre a intervenção cujo objetivo foi melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos, na UBS Vereador Layre Rosado, Mossoró/RN. Nesse sentido, o trabalho está dividido em sete capítulos, complementares entre si, na seguinte ordem:

**Capítulo 1** – Análise Situacional – Relatório no qual está inserida a avaliação da Unidade Básica de Saúde, do serviço oferecido e de seu contexto local. Apresenta-se o município ao qual pertence a UBS em questão, a descrição da unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma.

**Capítulo 2** – Análise estratégica – Onde buscou descrever o planejamento e a definição das ações para a intervenção e melhoria dos trabalhos na UBS Vereador Layre Rosado. Apresentam-se os objetivos, as metas do projeto, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, detalhando os indicadores, metas, logísticas e cronograma.

**Capítulo 3** – Relatório de intervenção – Local onde será apresentado o relatório de intervenção, demonstrando as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados, bem como, uma análise dos resultados e da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina dos serviços.

**Capítulo 4** – Avaliação da intervenção – Apresentando a análise e discussão dos resultados encontrados.

**Capítulos 5 e 6** - Relatórios da intervenção para gestores e comunidade - Apresenta uma análise dos êxitos e dificuldades durante a intervenção.

**Capítulo 7 – Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem –**

Onde é apresentada a visão pessoal da autora sobre todo o processo de aprendizado, tendo como base os trabalhos desenvolvidos, as expectativas iniciais, o significado do curso para a prática profissional e os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso.

## **1 Análise Situacional**

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

Em junho comecei a trabalhar na unidade básica de saúde Layre Rosado que não tinha um médico para cuidar das pessoas. A população é de aproximadamente 15.000 habitantes e agrupados em mais de 4000 famílias. Fui colocado no local junto a outro médico para começar a assistir a esta população. O consultório médico onde recebo os usuários não tem nenhuma maca para realizar o atendimento, especialmente, realizar o exame físico. O município de Mossoró tem clima quente, com temperaturas altas, a sala de consulta não tem ar condicionado. Considero a estrutura física inadequada. A equipe é formada por uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma dentista, dois auxiliares de saúde bucal, nove agentes de saúde, uma técnica de farmácia, uma assistente social e pessoas no SAME.

Uma das principais necessidades encontradas na minha UBS é a criação de outra equipe de saúde. Precisa de mais pessoal como: agentes de saúde e técnica de enfermagem. Geograficamente a área de cobertura é muito ampla para garantir o atendimento. Existe muita demanda de atendimento em minha população porque a UBS precisa cobrir mais território com novas equipes de trabalho. Muitas pessoas especialmente de área descoberta exigem cada dia mais atenção por parte da equipe. Atualmente não se pode satisfazer a demanda total. A necessidade de outra equipe é um problema que afeta a qualidade do atendimento que nós podemos oferecer. A limitação fundamental é a falta de pessoal. É um problema que só pode ser resolvido a partir do ponto de vista governamental. Na secretaria de saúde do meu município deve criar empregos para fortalecer a estratégia de saúde. É necessária outra equipe de trabalho para melhorar a cobertura de saúde. A solução depende da vontade política do meu município. Desde a perspectiva de saúde atual

nos esforçamos a cada dia mais na tentativa de resolver a maioria das situações que surgem. Realmente devido à necessidade de novas equipes o atendimento de forma geral não cobre cem por cento da população, o que dificulta o nosso trabalho. Segundo as informações sobre o preenchimento do CAP a realidade é muito complexa e posso citar o exemplo do atendimento da saúde bucal em usuário com HAS e DM não tem uma estratégia estabelecida pela equipe.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

A capital, Natal está há 285 km do nosso município, Mossoró. O município apresenta 266.758 habitantes, limita ao norte com Tibau e Grossos, ao Sul com Upanema e Governador Dix-Sep Rosado, a este com Serra do Mel, a oeste com Baraúna. Conta com 45 Unidades Básicas de Saúde (UBS), tendo estas 64 equipes de saúde da família (ESF), com 1 Núcleo de apoio à saúde da família (NASF) e um centro de especialização odontológica as quais não estão disponível para todo o território. O município conta com um hospital geral e um hospital da mulher e a casa de saúde para acompanhamento das gestantes. Também tem um hospital psiquiátrico, um hospital para doenças contagiosas e dois centros de pronto atendimento médico.

Minha UBS Vereador Layre Rosado encontra-se localizada na zona urbana, no Bairro Alto de Sumaré, modelo ESF com 2 equipes e uma população de cerca de 5.100 habitantes agrupados em mais de 1.700 famílias. Foram formadas duas equipes, a equipe que faço parte tem uma enfermeira, duas técnicas enfermeiras, um dentista, dois técnicos assistentes de dentista, 4 agentes de saúde, uma técnica de farmácia, uma assistente social e 4 pessoas no SAME. Uma das principais necessidades encontradas é a criação de outras equipes. Geograficamente a área de cobertura é muito ampla para garantir o atendimento. Existe muita demanda de atendimento porque a UBS precisa cobrir mais território.

O perfil demográfico da população na área adstrita não está adequado ao tamanho do serviço (duas equipes). É necessário fazer melhorias nas condições gerais da atenção de forma adequada, com uma reorganização social e da área de saúde para atender às novas demandas emergentes. A estimativa de mulheres em idade fértil (10-49 anos) é 1685; mulheres entre 25 e 64 anos é 1283; mulheres entre 50 e 69 anos é 383; gestantes 76.

Nossa projeção de crescimento da população em um período de 6 meses, permitiu estimar o impacto de modificações demográficas e epidemiológicas. Analisando dados do território, o número de crianças menores de um ano e gestantes é maior com respeito a nossa capacidade e vai exigir um maior trabalho. O número de consultas programadas e demanda espontânea não tem concordância com a lista de denominadores estimados no caderno de atenção básica.

O processo de acolhimento na minha UBS é levado por vários membros da equipe e feito com a qualidade requerida e realizado todos os dias de atendimento. Nosso trabalho depende do número de usuários, demanda e da necessidade específica individual. Colocamos os diferentes critérios de urgência instituídos por programas mediante um trabalho educativo com os usuários.

Todo usuário com problema de saúde agudo é recebido na recepção pelo recepcionista ou técnico de enfermagem, que por meio da conversar realizam a classificação da necessidade de atenção. Os casos que não podem ser tratados são encaminhados para os serviços de urgência do município. Todo o processo de acolhimento na UBS é a porta de entrada ao serviço de saúde.

A equipe tem realizado atividades na atenção à saúde da criança e tais ações contribuem para a redução da mortalidade infantil. A estimativa do caderno de ações programáticas é de 74 crianças menores de um ano residentes na área de abrangência, mas, apenas 54 (73%) são acompanhadas. Há 45 consultas em dia de acordo com o protocolo do ministério da saúde, 32 crianças com atraso da consulta agendada em mais de sete dias, 30 realizaram o teste do pezinho em até sete dias, nenhuma realizou a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias, nenhuma realizou a triagem auditiva, 54 realizaram o monitoramento do crescimento e desenvolvimento na última consulta. Estes indicadores mostram que a equipe precisa melhorar as ações do programa de atenção à saúde da criança. Não realizamos ações coletivas para educação em saúde, e não há um profissional responsável pelo planejamento das ações deste programa.

Os indicadores de qualidade são o ponto de atenção estratégico para um melhor acompanhamento longitudinal e continuado. Mesmo antes que a gestante acesse a nossa UBS ofertamos ações em saúde referentes à linha de cuidado materno infantil. Assim cada usuária vai seguindo orientações conforme o protocolo. Atualmente tem registrado uma redução na mortalidade materna e gravidez em mulheres adolescentes. As situações de morbidade e mortalidade materna e

neonatal, em boa parte acontecem na primeira semana após o parto. De acordo com o caderno de ações programáticas há 76 gestantes residentes na área de abrangência, mas, apenas 45 (59%) são acompanhadas. 36 realizaram o pré-natal no primeiro trimestre, há 41 consultas em dia de acordo com o calendário do ministério da saúde. O número estimado de parto nos últimos 12 meses é 74, mas, apenas 54 (73%) mulheres fizeram consulta de puerpério nos últimos 12 meses, todas consultaram antes de 42 dias pós-parto, todas tiveram a consulta puerperal registrada, receberam orientações sobre os cuidados básicos com os recém-nascidos, orientações sobre aleitamento materno exclusivo, planejamento familiar, tiveram as mamas e abdome examinados, fizeram avaliação do estado psíquico, mas, apenas 6 realizaram exame ginecológico.

A cobertura de controle de câncer uterino está inserida como uma opção para apoiar a equipe na atenção básica. É um método de qualificação do cuidado e articulação em geral e uma ferramenta que somada a capacidade da equipe ajuda a organizar todo o processo de trabalho de educação em saúde. A cobertura de controle de câncer de mama está inserida como uma opção para apoiar a equipe na atenção básica. É um método de qualificação do cuidado e articulação em geral e uma ferramenta que somada a capacidade da equipe ajuda a organizar todo o processo de trabalho de educação em saúde que ocorrem nas mulheres. Nós podemos qualificar as equipes, propor ações de rastreamento e a organização da gestão, desenvolver ações de educação permanente em saúde e garantir mamografia para mulheres maiores de 50 anos. Realização de exames em laboratórios e difundir mensagens sobre detecção. Melhorar o diagnóstico precoce do câncer de mama e fortalecer o comitê de mobilização social. Garantir boas práticas de atenção, embasadas em evidências científicas e nos princípios de humanização desde os primeiros momentos de nossa atenção médica. Desenvolver ações de educação permanente em saúde, garantir o acesso imediato das mulheres a investigação diagnóstica e fortalecer o comitê de mobilização social para propor ações articuladas junto a equipe e às instâncias de controle social no SUS. Desenvolver, disponibilizar e implementar ações médicas com a finalidade identificar mecanismos e monitoramento com vistas à melhoria da qualidade dos serviços. De acordo com o CAP o número estimado de mulheres entre 25 e 64 anos é 1283, mas, 973 (76%) são acompanhadas; 756 estão com exame citopatológico do colo de

útero em dia, 217 estão com exame com exame citopatológico do colo de útero alterado.

O controle e à promoção da saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) com um modelo de educação permanente, assim como as medidas gerais do controle de fatores de risco podem proporcionar a melhoria dos indicadores de saúde da UBS. A estimativa de pessoas com 20 anos ou mais residentes, com diabetes, é 302, mas, apenas 49 (16%) são acompanhadas. Ao analisar o gênero, apesar do aumento de casos, os homens tem uma maior proporção da doença da área. As ocorrências são mais comuns em pessoas com baixa escolaridade. A estimativa de pessoas com hipertensão residentes na área é 1057, mas, apenas 151 (14%) são acompanhados. Dessa forma, observa-se que a ação programática com foco na hipertensão e diabetes necessita de melhor organização a fim de aumentar a cobertura da atenção.

A estimativa de idosos residentes na área é 551, mas, apenas 427 (77%) são acompanhados. Tem cerca de 5% de crescimento por ano na faixa etária de 60 anos. Dentro do grupo das pessoas idosas, os denominados "mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada" (idade igual ou maior que 80 anos), também vêm aumentando proporcionalmente e de forma muito mais acelerada, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos anos da população total. A projeção de crescimento de população em um período de 6 meses, permitiu estimar o impacto dessas modificações demográficas e epidemiológicas.

Muitos aspectos do processo do trabalho podem ser melhorados na atenção à saúde. As ações têm como objetivo da UBS orientar o atendimento de acordo com as evidências mais atuais, objetivando a realização de uma prática humanizada, integral e garantindo um padrão de acesso e equidade. Representa para a nossa equipe um desafio os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados com o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade.

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

Ao comparar o primeiro texto escrito na semana de ambientação, percebo que antes da análise situacional a equipe não conhecia em profundidade o processo de trabalho, estrutura física, e como as ações programáticas estavam quanto à

cobertura e qualidade. Após a análise situacional foi possível conhecer estes aspectos e perceber quais ações precisam de mais melhorias no momento.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) acomete um percentual significativo da população brasileira. Segundo os dados da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio (PNAD, 2008) 14% da população geral referiu hipertensão e 3,6% Diabetes. Em 2009, no Brasil, a DM e a HAS constituíram a primeira causa de hospitalizações no sistema público de saúde (BRASIL, 2009). Cerca de 60% dos usuários com acidente vascular encefálico (AVE) e 20% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam hipertensão associada. A diabetes e a hipertensão atingem todas as faixas etárias, sem qualquer distinção de raça, sexo ou condições socioeconômicas. A abordagem conjunta pela equipe justifica-se pela apresentação dos fatores comuns às duas patologias, tais como: etiopatogenia, fatores de risco, cronicidade, necessidade de controle permanente, entre outros. Assim sendo, detectar, estabelecer diagnóstico, identificar lesões em órgãos-alvo e/ou complicações crônicas e efetuar tratamento adequado para a HAS e o DM caracteriza-se como um verdadeiro desafio, pois exige uma equipe capacitada e sensibilizada para a implementação de ações e a organização dos serviços de saúde para prestar uma atenção de qualidade e de acordo com as necessidades de cada usuário (Brasil, 2013a, Brasil, 2013b).

O município de Mossoró, localizado no Estado do Rio Grande do Norte, tem uma população de 266.758 habitantes, com 64 unidades básicas de saúde, destas 45 tem implantado a Estratégia de Saúde da Família- ESF, e 19 com modelo de atenção tradicional. Atualmente conta com 12 Núcleos de Atenção à Saúde da Família – NASF, 2 unidades com CEO, 02 centros de atenção especializada, um hospital. A população da área de abrangência da UBS Layre Rosado é de cerca de 5.100 habitantes, com mais ou menos 1.700 famílias. A equipe está formada por uma enfermeira de ESF, duas técnicas enfermeiras, um dentista, dois técnicos assistentes de dentista, 04 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), técnica de farmácia, assistente social, um médico e pessoal administrativo no SAME.

Em relação à estrutura física detectou-se que: a sala de espera é pequena e não tem como acomodar as pessoas, a sala de esterilização não tem estrutura adequada para o atendimento, os banheiros são inadequados, não tem uma cozinha, não tem maca para fazer o exame físico e não tem sala de nebulização.

Uma Das principais necessidades para melhorar o atendimento está na implementação de mais uma equipe de saúde, assim como capacitação dos profissionais da equipe de saúde como os agentes de saúde e técnica de enfermagem.

Atualmente, a UBS Layre Rosado tem cadastrado uma população em torno de 5100 pessoas. Em relação à cobertura de hipertensos e diabéticos apresenta 151 hipertensos e 49 diabéticos cadastrados, representando 14% e 16% da cobertura estimada para esta população. Em vista do exposto, consideramos de fundamental importância implementar o projeto de intervenção para a melhoria da atenção a hipertensão arterial e Diabetes na UBS Layre Rosado no município de Mossoró. Além da necessidade de melhorar a cobertura, a equipe precisa investir em ações de educação em saúde. A realidade é que a equipe não tem uma estratégia adequada em relação aos usuários com HAS e DM e o trabalho se torna deficiente em relação ao atendimento bucal e manejo adequado dos fatores de risco associado a essas doenças. A UBS pelo tamanho da área de abrangência e a demanda espontânea é preciso alcançar como meta de cobertura uns sessenta por cento dos usuários com HAS e DM.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Layre Rosado, Mossoró/RN.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade Básica de Saúde (UBS) Layre Rosado, em Mossoró/RN. Participarão da intervenção pessoas na faixa etária com 20 anos ou mais residentes na área com hipertensão e/ou diabetes mellitus. O cadastro será realizado durante os atendimentos clínicos. Será utilizado o protocolo do Ministério da Saúde de Diabetes mellitus e Hipertensão arterial (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

### 2.3.1 Detalhamento das ações

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

Metas:

- 1.1. Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- 1.2. Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

A equipe de enfermagem da UBS deverá acompanhar os dados previamente colhidos e fazer os registros dos usuários para observar o número de usuários cadastrados. A partir de qualquer dado inadequado, deverá comunicar a equipe de saúde em reunião para tomar as devidas providências.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.
- Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes.
- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. Deve-se capacitar a equipe de saúde para que, a partir da detecção de um novo usuário hipertenso e/ou diabético, todos saibam como funciona o cadastramento do usuário. A enfermagem será informada do usuário recentemente diagnosticado e fará o cadastramento do usuário. A equipe de saúde deverá estar capacitada para realizar o acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos, que ocorrerá na primeira semana da intervenção tendo como responsável o médico. O uso dos medicamentos, exames e acompanhamento pode ser revisado durante os

acolhimentos. Os esfigmomanômetros da unidade deverão ser calibrados pelo INMETRO, semestralmente, para garantir um bom acompanhamento clínico.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Após discussão com a equipe da UBS, será programada uma atividade com a comunidade para orientações sobre a ação programática ao início da intervenção, com a responsabilidade do médico e enfermeira da equipe. Além disso, será realizada as orientações durante as consultas clínicas de rotina para toda a população.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Realizar capacitações durante as reuniões semanais com toda a equipe de saúde para realização de cadastramento e exame clínico, além do primeiro encontro de capacitação na primeira semana de intervenção. Ação que terá a coordenação da médica e da enfermeira.

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

#### Metas

- 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
- 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.
- 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.
- 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

O monitoramento da realização de exame clínico apropriado dos hipertensos e diabéticos será realizado a partir preenchimento do registro específico, por qualquer membro da equipe, sinalizando com sistema de alerta aqueles com exames em atraso ao enfermeira para tomar as devidas providencias de acompanhamento.

O monitoramento dos usuários com exames laboratoriais será realizado mediante adoção da ficha espelho para todos os usuários cadastrados na UBS, utilizando sistema de alerta, sinalizando exames em atraso e terá como responsável pela coordenação a enfermeira semanalmente.

Haverá prescrição preferencial de medicamentos incluídos na Farmácia Popular/Hiperdia, o registro adequado do tratamento no prontuário e na ficha espelho.

O monitoramento dos diabéticos/hipertensos que necessitam de atendimento odontológico será realizado ao preencher a ficha espelho do usuário. Caso haja necessidade de avaliação odontológica de acordo com a periodicidade preconizada pelo protocolo, nas reuniões de equipe semanais a enfermeira irá sinalizar a necessidade para a equipe de odontologia.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor da versão atualizada do protocolo de forma impressa na unidade de saúde.
- Definir atribuições a cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor de versão atualizada do protocolo na forma impressa na unidade de saúde.
- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.
- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Organizar cada ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.
- organizar a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.
- Organizar a agenda de saúde bucal para a realização da consulta odontológica dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

As discussões e orientações sobre o protocolo será realizada na primeira semana de intervenção sob a responsabilidade do médico, além disto, serão discutidas nas reuniões de equipe semanais. A impressão do protocolo atualizado de acompanhamento de hipertensos e diabéticos será realizada pelo gestor em reunião para abordar sobre a intervenção, garantir o protocolo impresso disponível, a agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Será realizada na primeira semana da intervenção pelo médico.

Responsabilizar um profissional da equipe de saúde (Farmacêutico) para o controle de estoque, validade e necessidade de medicamentos da farmácia popular pelos usuários com frequência semanal. Para a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, ao fazer o registro específico (ficha-espelho) e observar a necessidade a partir da última consulta com o odontólogo, será discutido em reunião a equipe de forma que seja acolhido. Esta ação será feita por todos os que farão o acolhimento e a médica no atendimento clínico. Na primeira semana será organizada a partir da reunião com a equipe para a capacitação do protocolo, atendimentos em saúde bucal para esta ação programática, tendo como responsabilidade o médico.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

As orientações acima serão fornecidas rotineiramente durante as consultas clínicas, reuniões com a comunidade que será realizada mensalmente pelo médico e pela enfermeira.

## QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

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

A capacitação da equipe com os seguintes temas: para a realização de exame clínico apropriado, para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares, realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes, orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos será realizada durante as reuniões semanais da equipe de saúde e no primeiro encontro para capacitação do protocolo, que será realizado na primeira semana da intervenção pelo médico.

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

Metas

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

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

## MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

A partir da adoção do registro específico proposto pelo curso (ficha-espelho), acomodadas em arquivo próprio, as consultas de hipertensos e diabéticos serão monitoradas pela enfermeira semanalmente. Se identificado atraso nas consultas seja pelo monitoramento da periodicidade ou pela identificação nas visitas domiciliares, será discutido na reunião de equipe.

## ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Na reunião de equipe semanal o médico e a enfermeira irão organizar a agenda para acolhimento dos usuários provenientes das buscas domiciliares deixando horários disponíveis com as ACS para atendimento clínico ou acolhimento com a enfermagem.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Essas orientações serão fornecidas durante as consultas clínicas, banners na UBS e o responsável será a enfermeira durante a primeira semana, reuniões de comunidade mensais realizadas pelo médico e enfermeira e demais atividades que envolvam a população.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

O treinamento dos ACS para orientação quanto à periodicidade da realização de consultas dos hipertensos e diabéticos será realizado durante as reuniões semanais da equipe de saúde pelo médico e enfermeira, além da capacitação promovida pelo médico na primeira semana da intervenção.

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

METAS

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

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Através de revisão mensal das fichas-espelho pela equipe de enfermagem da UBS será monitorada a qualidade dos registros do programa

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Manter as informações do SIAB 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 exames complementares, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

As informações no SIAB serão registradas por todos os ACS sob supervisão da enfermeira mensalmente. A implantação do registro específico será realizada pela equipe de enfermagem e pelo médico em cada contato com os usuários. O monitoramento dos registros será feito pela enfermeira mensalmente, inclusive organizar, sinalizar situações de alerta no intuito de sinalizar quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, atraso na realização de exames complementares, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Essas orientações serão fornecidas durante as consultas clínicas, grupos de educação em saúde que serão realizados uma vez por mês com a enfermeira e o médico, reuniões de comunidade mensal com a enfermeira e o médico e demais atividades que envolvam a população.

## QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.
- Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. A capacitação e o preenchimento e registro adequado da ficha espelho de todos os registros dos hipertensos e diabéticos será realizado durante as reuniões semanais da equipe de saúde pela médica e enfermeira, além da capacitação promovida pela médica na primeira semana da intervenção.

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

Metas:

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

## MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

O monitoramento será realizado pela enfermeira mensalmente junto com as fichas espelhos e sinais de alerta quanto à periodicidade das ações de acompanhamento preconizadas pelo protocolo.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Pela estratificação de risco dos usuários a partir do preenchimento adequado da ficha espelho, sabem-se quais os que são de alto risco. Para esses usuários, será reservado um horário prioritário na agenda para atendimento clínico.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

As orientações serão fornecidas durante as consultas clínicas, grupos de educação em saúde que serão realizados uma vez por mês com a enfermeira e o médico, reuniões na comunidade mensal com a enfermeira e o médico e demais atividades que envolvam a população.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

A capacitação das ações acima será realizada durante as reuniões semanais da equipe de saúde pelo médico e enfermeira, além da capacitação promovida pelo médico na primeira semana da intervenção.

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

**METAS:**

- 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.
- 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.
- 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.
- 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.
- 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.
- 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.
- 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.
- 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Essas orientações serão fornecidas durante as consultas clínicas, grupos de educação em saúde que serão realizados uma vez por mês com a enfermeira e o médico, reuniões com a comunidade mensal a ser feita com a enfermeira e o médico e demais atividades que envolvam a população.

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

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

A enfermeira irá monitorar a realização de orientação nutricional, atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal por meio de registros adequados na ficha-espelho e prontuário clínico mensalmente.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Serão realizados grupos de educação em saúde mensais para a alimentação saudável e orientação da prática física sob responsabilidade da equipe de enfermagem de forma a fornecer orientações quanto à prática de atividade física e alimentação saudável. Haverá uma reunião do médico com o gestor na primeira semana de intervenção para demandar parcerias institucionais para envolver nutricionistas e educadores físicos nesta atividade, para a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo". A organização do tempo médio de consultas será realizado pelo médico junto ao gestor neste encontro.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Essas orientações serão fornecidas durante as consultas clínicas, grupos de educação em saúde que serão realizados uma vez por mês com a enfermeira e o médico, reuniões com a comunidade mensal a ser feito pela enfermeira e o médico e demais atividades que envolvam a população.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

A capacitação das ações acima será realizada durante as reuniões semanais da equipe de saúde pelo médico e enfermeira, além da capacitação promovido pelo médico na primeira semana da intervenção.

### 2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a usuários hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos com risco para doenças cardiovasculares.

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

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

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

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

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

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde dos hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção no programa de atenção à hipertensão e diabetes vamos adotar, o Caderno de Atenção Básica n. 36 e 37: hipertensos diabéticos, Ministério da Saúde, 2013. Iremos utilizar a ficha do usuário/prontuário e a ficha espelho disponíveis no serviço de saúde do município. A ficha prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal, exame do risco cardiovascular e laboratoriais dos usuários e dados relativos a classificação de risco cardiovascular de todos os diabéticos e hipertensos na área da equipe. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e o enfermeiro irão elaborar uma ficha complementar. Estimamos alcançar

com a intervenção 60% de cobertura. Faremos contato com o gestor municipal para dispor de aproximadamente 500 fichas espelho para o registro dos usuários, e conseqüentemente, monitoramento da intervenção.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os usuários com HAS e DM que vieram ao serviço para à consulta nos últimos 3 meses. A profissional localizará os prontuários dos usuários realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso e avaliação cardiovascular em atraso.

Quanto às ações de capacitação da equipe para a utilização do protocolo do Ministério da Saúde de 2013 faremos as seguintes:

1-Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde com atividades de capacitação semanal sobre o manejo, pesquisas ativa, controle frequente e sintomas principais.

2-Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito para melhorar o diagnóstico mediante atividades educativas encaminhadas a melhorar o conhecimento de enfermagem, técnicos de enfermagem e ACS.

3-Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos e hipertensos de toda na área de abrangência da unidade de saúde para alcançar 60% de cadastramento durante um prazo breve de tempo (meses).

4-Realizar capacitação de atualização mensal do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes pelo protocolo no Brasil.

5-Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde e ministério da saúde uma vez quinzenal.

6-Estabelecer periodicidade para atualização científica dos profissionais uma vez por mês mediante uma atividade informativa.

7-Dispor de versão atualizada do protocolo impressa para todos os membros da equipe na unidade e do Ministério da Saúde e fazer uma discussão pelo equipe para melhorar o trabalho durante o acolhimento.

8-Garantir o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetros, manguitos, fitas métricas, etc.) na unidade de saúde e também garantir material adequado para realização do hemoglicoteste com uma solicitação por parte nosso gerente a secretaria municipal de saúde e Informar a

comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus mediante uma tabela informativa na estrada da UBS.

Para cumprir as ações de capacitar a equipe pelo protocolo do Ministério da Saúde durante a intervenção os responsáveis serão o médico e a enfermeira. Com uma frequência semanal a equipe irá fazer reuniões. A análise situacional e a definição do foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o protocolo de hipertensão e diabetes para que toda a equipe utilize esta referência na atenção dos usuários. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto serão reservadas duas horas por semana, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do protocolo e irá explorar o conteúdo aos outros membros da equipe. Mas para isso a equipe terá que usar o computador da UBS, utilizando como método fundamental o seminário, na sala de reunião.

Para realizar o acolhimento faremos as seguintes ações:

1-Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa mediante um sistema informatizado com o computador. Atualmente a UBS não tem nada parecido para cumprir o registro de atendimento de todos os usuários de forma informatizada.

2-Melhorar o acolhimento para os usuários com HAS e DM desde o primeiro momento que eles solicitem assistência como usuário na UBS mediante uma melhor organização operacional e melhor atenção integral com a realização de capacitações semanais.

3-Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo durante a marcação do SAME em secretaria municipal de saúde porque atualmente é um problema muito emergente a resolver na UBS.

4-Garantir a solicitação dos exames complementares para usuários com diabetes e hipertensão arterial de acordo o protocolo estabelecido pela equipe e ministério da saúde todos os dias.

5-Realizar controle e registro quinzenal de estoque (incluindo validade) de medicamentos existentes na farmácia de forma automatizada na UBS mediante um programa informático.

6-Organizar a ações para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos pertencentes na UBS mediante uma estratégia ativa e continua com respeito ao número de atendimentos realizado pelo dentista que atualmente é um problema grave devido a excesso de demanda de assistência.

O acolhimento aos usuários com hipertensão e diabetes que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem. Usuários com atraso nas consultas e realização de exames serão atendidas no mesmo turno para ampliar o acolhimento deles. Usuários com problemas agudos serão atendidas no mesmo turno para agilizar o tratamento de intercorrências. Para acolher a demanda de intercorrências agudas na hipertensão e diabetes não há necessidade de alterar a organização da agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar os usuários proveniente de busca ativa serão reservadas 5 consultas por semana. Hipertensos e diabéticos que buscam consulta de rotina terão prioridade no agendamento, sendo que demora deverá ser menor do que 3 dias. Os usuários que vierem a consulta sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

Quanto às ações para sensibilizar a comunidade serão realizadas:

1-Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente mediante um grupo de atividades organizadas com os ACS e durante a visita domiciliar.

2-Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg mediante trabalho educativo na comunidade e ações médicas.

3-Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes mediante labor educativa, com uma programação semanal com inserção de novos grupos na UBS.

4-Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes. Educar a população sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente mediante atividades educativas semanal na comunidade.

5-Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários pela lei do Brasil de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis

alternativas para obter este acesso na comunidade mediante a colocação de uma cartela informativa na recepção da UBS.

6-Orientar hipertensos e diabéticos sobre a importância da alimentação saudável, atividade física regular e evitar o uso de tabagismo mediante atividades educativas quinzenais com grupos na UBS.

7-Definir atribuições de cada membro da equipe durante o acolhimento aos usuários hipertensos e diabéticos para o controle das doenças

Faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância do controle das doenças. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de usuários com hipertensão e diabetes esclarecendo sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional. Semanalmente a enfermeira examinará a ficha espelho avaliando: os que estão com consultas, exames clínicos, laboratoriais ou vacinas em atraso. Os agentes comunitários de saúde farão busca ativa de todos os usuários em atraso, estima-se 6 por semana totalizando 24 por mês. Ao fazer a busca já agendará o usuário para um horário de sua conveniência. Ao final de cada mês, as informações coletadas na fichas espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.





### **3 Relatório da Intervenção**

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

As primeiras atividades de cada segunda-feira pela manhã ocorreram no salão de reuniões, fazendo uso de vídeo, projetor e computador para a capacitação dos ACS sobre HAS e DM, cadastramento dos usuários e conhecimento sobre o protocolo de HAS e DM (2013) do Ministério da Saúde. Nessas primeiras reuniões foi muito bom esclarecer todas as dúvidas em relação aos procedimentos atuais dos usuários HAS e DM. Também durante nossa intervenção aconteceu um evento sobre HAS e DM feito por nossos ACS dirigidos para as famílias da comunidade. Nas terças-feiras a equipe visitou os usuários que faltaram as consultas.

Todas as terças-feiras geralmente à tarde com a duração de duas horas foram feitas capacitações para equipe sobre acolhimento de todos os usuários que pertenciam ao grupo de HAS e DM (Figuras 1, 2, 3, 4). Com todo este trabalho melhorou de imediato o atendimento clínico, organização dos grupos e melhor adequação do controle do registo de estoque de medicação na farmácia, avaliação, atendimento odontológico e busca ativa dos faltosos.

Durante todo o processo do trabalho sempre tivemos o apoio da outra equipe. O fato de colocar na prática a intervenção tivemos como resultado uma melhoria entre os membros das duas equipes de trabalho, sendo um processo único que nunca

tinha acontecido. O diálogo na comunidade através de novos espaços nos permitiu fazer reflexões direta de nosso trabalho e qualificar o curso da intervenção. As primeiras quatro semanas além das dificuldades e o afastamento do dentista no primeiro mês, o médico e a enfermeira assumiram atividades de avaliação da necessidade do atendimento odontológico.



Figura 1. Capacitações para a equipe sobre acolhimento de todos os usuários com HAS e DM.



Figura 2. Capacitações para equipe sobre acolhimento.



Figura 3. Médico e ACS na capacitação realizada para a equipe.



Figura 4. Equipe da UBS.

Foram planejadas ações educativas sobre os fatores de risco (Figura 5) para o desenvolvimento de HAS e DM. As ações educativas tiveram uma programação semanal com incorporação de novos usuários aos grupos na UBS.



Figura 5. Atividade educativa sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da HAS e DM.

As visitas domiciliares pelo médico aconteceram nas segundas-feiras à tarde conforme solicitação das ACS. Nossas atividades na área incluíram também outras visitas domiciliares como parte das atividades profissionais.

Em diversas semanas trabalhamos muito com os membros da equipe e sobretudo com os ACS. Durante cada atividade de educação em saúde foi resolvido discutir sobre o protocolo e sobre nosso trabalho, pois gerou muitas dúvidas durante os primeiros encontros, que posteriormente foram sanadas. Monitoramos às ações que estavam sendo executadas corretamente e incorretamente, durante o controle e tratamento de usuários com HAS e DM. Por meio dos ACS foi esclarecido aos usuários sobre as causas e complicações das doenças e as novas consultas ou visitas. Todas as quintas de manhã foram discutidas entre a equipe os melhores métodos referentes aos cadastros.

Além das atividades no diário, também realizaram um grupo de orientações para cessação do

tabagismo. Esse grupo ocorreu no estacionamento da UBS com 24 participantes. A equipe trabalhou duramente, ultrapassando muitas vezes o horário de atendimento. As ações de saúde foram muito boas favorecendo o comparecimento dos usuários com HAS e DM na UBS.

Os ACS visitaram todas as igrejas evangélicas da comunidade. Em diversos momentos muitos usuários se ofereceram para ajudar. A comunidade teve um respeito muito grande por nossa intervenção e as pessoas gostaram e disseram que era um trabalho muito importante (Figura 6).



Figura 6. Usuários em demanda espontânea na UBS.

Durante todas estas semanas o trabalho da intervenção foi muito positivo, uma vez que foi possível darmos cumprimento total ao cronograma. O

balanço de todas as semanas em relação ao cronograma foi perfeito, apesar de que eu fiquei temeroso, porém o trabalho deu certo e com boas expectativas. Por meio de ações conjuntas foram imensas as alegrias ver a melhoria da verificação de pressão arterial com maior qualidade durante o acolhimento. Disponibilizamos todo o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial e realização do hemoglicoteste. As ACS informaram a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos. Um grupo de atividades educativas foi organizado com uma frequência semanal e durante as visitas domiciliares. Os membros da equipe no início ficaram ansiosos para desenvolverem as ações na comunidade, mas tudo deu certo.

As ACS conseguiram identificar corretamente durante as visitas os usuários com maior risco pra ter HAS e DM. O trabalho delas ficou muito bom. Confeccionaram cartazes que ficaram na unidade, no bar, na igreja e o tema foi sobre a prática de atividades físicas. As reflexões realizadas na UBS com os usuários tiveram um resultado positivo que permitiu melhorar o trabalho durante a intervenção. O dentista infelizmente nas primeiras semanas da intervenção não pôde confirmar sua presença na maioria das vezes. Teve uma auxiliar de enfermagem que faltou uma semana completa durante a intervenção.

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

Tivemos bastante dificuldade com a marcação dos exames porque a secretaria municipal tinha

problemas econômicos para o agendamento dos exames laboratoriais mensalmente, devido ao número de vagas disponível pelo município ser insuficiente.

Não foram feitas duas dinâmicas de grupos, a primeira não pôde ser realizada, pois o número de usuários era insuficiente. A segunda não foi feita por que tivemos problemas climáticos, choveu muito e não foi possível que os usuários viessem até a unidade.

Tivemos também muita dificuldade de acesso à residência dos idosos por que muitos moram sozinhos e tínhamos pouco acesso a estas residências, então teve muita falta nas consultas. A realização dos encontros com os grupos de usuários faltosos não foram programados, pois os grupos faziam tempo que não tinham atividades. Uma das maiores que apresentou nossa UBS era não possuir uma estratégia sobre o trabalho dos grupos de usuários faltosos durante a intervenção, com a colocação em prática do cronograma alcançamos a formação de novos grupos em saúde que não existiam antes da intervenção. As ações feitas nesse sentido nos permitiu melhorar o atendimento dos usuários com HAS e DM.

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

O registro começou mediante um sistema informatizado no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) com o computador, este atualmente novo na UBS (Figura 7).



Figura 7. Registro mediante sistema informatizado no SAME.

Foram atendidas e preenchidas as fichas de acompanhamento individual de 160 usuários durante toda a intervenção. Da mesma forma, foram atendidos usuários de outros municípios em nossa unidade, porém estes não foram incluídos na intervenção.

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

O trabalho realizado para orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento do DM e HAS em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, através dos trabalhos educativos na comunidade e ações médicas, foi significativo. O cadastramento de HAS e DM de toda área de abrangência da unidade de saúde foram realizadas através de atividades de pesquisas ativas e controles frequentes dos sintomas principais. Também foi facilitado as medicações e as orientações com ajuda da enfermeira.

Nossa intervenção foi realizada com êxito, apesar das dificuldades. No princípio foi cada vez mais difícil cumprir o cronograma, mas não foi impossível. Na realidade, nossa intervenção se tornou a rotina dos serviços através de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde de usuários com HAS e DM (Figura 8).



Figura 8. Mudança no sistema de trabalho que melhorou a atenção aos usuários.

Foram desenvolvidas ações educativas, por meio de rodas democráticas e participativas com a comunidade (Figura 9). Utilizou-se o trabalho em equipe e atividade educativas para melhorar a qualidade de vida dos usuários com HAS e DM.



Figura 9. Atividade educativa para os usuários.

O trabalho foi orientado pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da humanização, da equidade e da participação social propiciando uma maior viabilidade para a realização futura de ações programáticas na UBS (Figura10), como: saúde do idoso, atenção ao pré-natal e puerpério.



Figura 10. Reunião com os membros da comunidade durante a intervenção.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção ocorreu no período de Março a Junho de 2015 com a população do programa de atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM residentes na área correspondente a UBS Vereador Layre Rosado. Para a avaliação dos resultados analisaremos a intervenção realizada em 3 meses e não em quatro, conforme previsto inicialmente no cronograma da intervenção, pois o período de realização foi diminuído devido as férias do médico que coincidiram com o período da intervenção.

Na área adstrita que corresponde à equipe de saúde, ao final da intervenção foram cadastrados um total de 179 usuários: 157 usuários com HAS para uma cobertura de 20,23% e 51 usuários com DM para uma cobertura de 43,50% cadastrados no programa. As evoluções dos indicadores de qualidade foram bastante positivas, onde melhoramos consideravelmente a qualidade dos serviços prestados a esta população. Todos os indicadores foram coletados adequadamente. Quanto aos resultados obtidos destacam-se aspectos significativos no alcance dos objetivos e metas demonstradas nos indicadores a seguir:

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

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

Indicador 1.1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso.

Este objetivo tinha como meta cadastrar 60% dos usuários com hipertensão que pertenciam à área de abrangência. Ao final da intervenção foram cadastrados 157 usuários com hipertensão para uma cobertura de 20,23%: 1º mês 82 (10,60%), 2º mês 133 (17,10%) e 3º mês 157 (20,20%). O baixo índice de cadastro se deu pela área muito extensa e número muito elevado de usuários da UBS, pela pouca procura do usuário ao serviço, também pela migração, pouca adesão, dias de feriado foram fatores que afetaram no atendimento destes usuários, apesar dos esforços das visitas realizadas pelas quatro ACS. Além disso, muitos deles moram longe da UBS ou até mesmo por esquecimento. Também houve vários dias de chuva e de excesso de demanda espontânea por imprevistos de afastamento da enfermeira e férias dos outros colegas da UBS dificultando nosso trabalho, entretanto a evolução do indicador foi positiva para nossos serviços. Na realidade ficaram abaixo da meta proposta pela equipe, mas é necessário destacar que a evolução destes indicadores foi muito boa do ponto de vista da comparação no atendimento a cada mês (Figura 11).

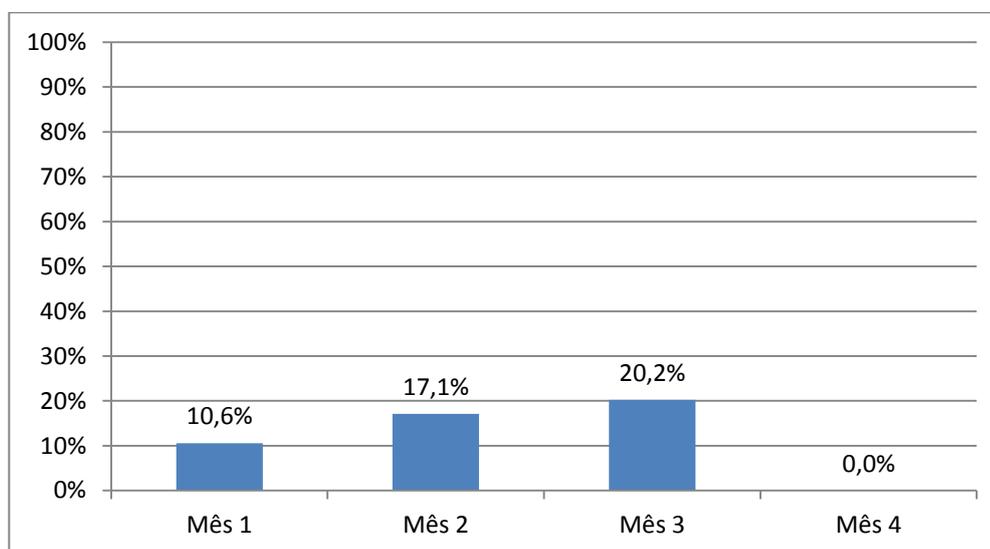


Figura 11 - Cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão no UBS Layre Rosado, Mossoró/RN.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

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

Indicador 1.2 Cobertura do programa de atenção ao diabético.

Para os usuários com diabetes a meta era cadastrar 60% dos usuários que pertenciam à área de abrangência de nossa UBS. Ao final da intervenção foram cadastrados 83 usuários com DM chegando a uma cobertura de 43,50%: no 1º mês 38 (19,90%), no 2º mês 61 (31,90%) e no 3º mês 83 (43,50%). Este baixo índice de cadastro se deu pelas mesmas dificuldades apresentadas com os usuários com hipertensão. O percentual para esta cobertura foi melhor. Para atrair os usuários à UBS, houve troca de horários, em virtude dos horários de trabalho. Salienta-se que ao longo da intervenção buscaram-se estratégias para superar esta dificuldade. Na realidade ficaram abaixo da meta proposta pela equipe, mas é necessário destacar que a evolução destes indicadores foi muito boa do ponto de vista da comparação no atendimento a cada mês (Figura 12).

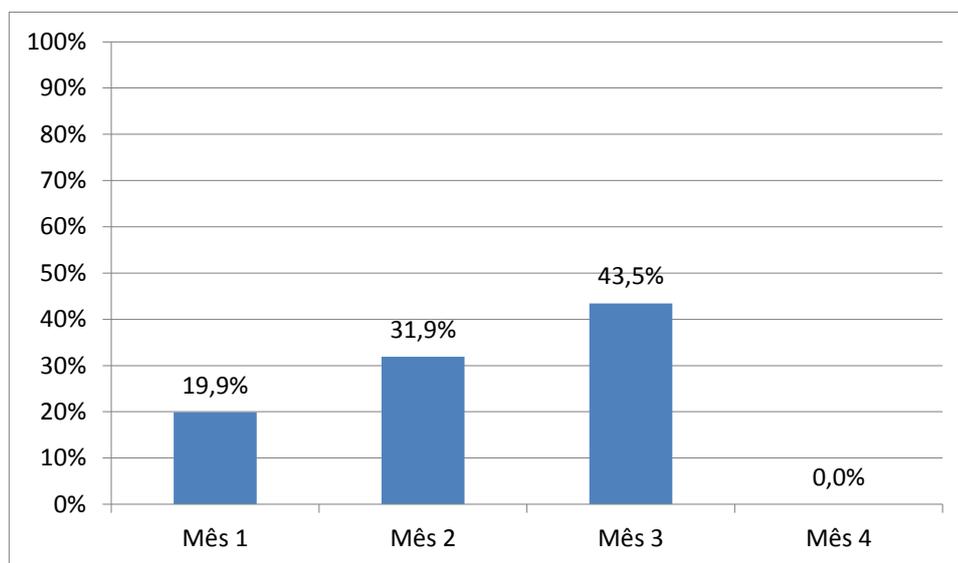


Figura 12- Cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes no UBS Layre Rosado, Mossoró/RN.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

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

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

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

Em relação ao objetivo, melhorar a qualidade da atenção dos usuários com exame clínico em dias a meta era realizar o exame clínico apropriado em 100% dos

usuários com hipertensão. Ao final da intervenção se realizaram exame clínico em 18 usuários: no 1º mês 12 (14,60%), no 2º mês 15 (11,30%) e no 3º mês 18 (11,50%) usuários realizaram exame clínico. Caracterizando que nossa estratégia não deu certo, não atingimos o percentual esperado. Nossa área corresponde a uma zona rural com características muito próprias pelo entorno social enquanto ao pensamento, preconceitos, mitos, percepção e atitudes. Foi muito difícil alcançar a meta proposta por todos eles que afetaram a realização de exames destes usuários, apesar dos esforços, as visitas realizadas pela equipe e educação em saúde. Por exemplo muitos usuários tinham como conhecimento chegar na UBS para pegar receita e não tinham o hábito de passar periodicamente pela consulta do médico como está estabelecido pelo Ministério da Saúde. A equipe enfrentou um problema por que a maioria dos usuários tem um preconceito por deixar-se ser examinado pelo médico através do exame clínico completo, estavam acostumados a fazer só medição da pressão e ocasionalmente o hemoglicoteste. Nossa intervenção foi um primeiro passo para mudar nossa realidade. Caracterizando que a estratégia não deu certo, realmente não atingimos o percentual esperado (Figura 13).

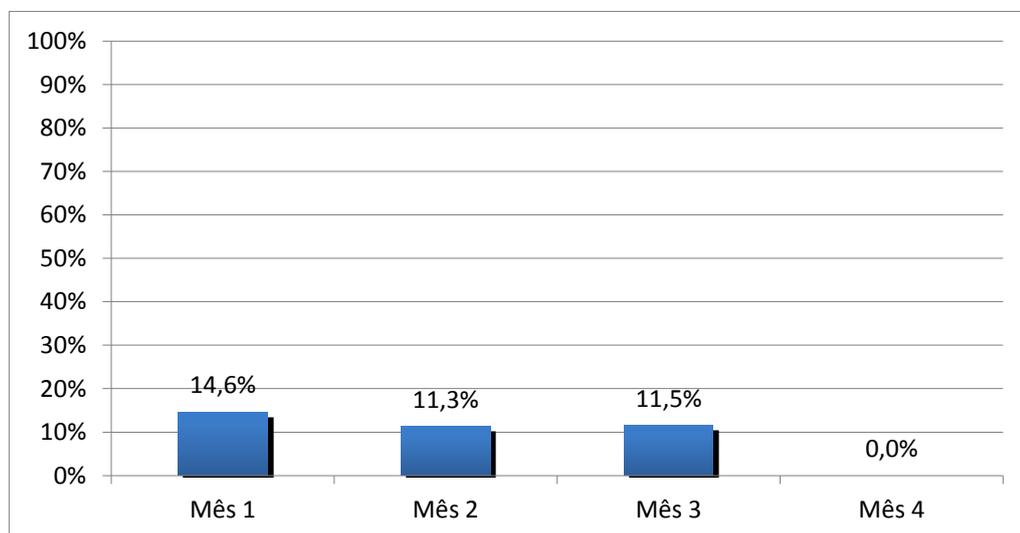


Figura 13 - Proporção de usuários com hipertensão com o exame clínico em dia no UBS Layre Rosado, Mossoró/RN.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

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

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

Em relação ao objetivo, melhorar a qualidade da atenção dos usuários com exame clínico a meta era realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos. Ao final da intervenção se realizaram exame clínico em 18 usuários: no 1º mês 10 (26,60%), no 2º mês 15 (24,60%) e no 3º mês 18 (21,70%) usuários realizaram exame clínico. Este baixo índice de cadastro se deu pelas mesmas dificuldades apresentadas para os usuários com hipertensão. Os usuários enfrentaram dificuldades para marcar e conseguir fazer os exames que solicitamos e o tempo que leva para entregar os resultados muitas vezes é demorado e leva até 100 dias, impossibilitando o trabalho e agilidade da equipe de saúde. Por este motivo este indicador foi o que ficou com menor percentual do que era esperado. (Figura 14).

As consultas enfrentaram dificuldades para marcar e conseguir fazer os exames que solicitamos e o tempo que leva para entregar os resultados muitas vezes é demorado e leva até 60 dias, impossibilitando o trabalho e agilidade da equipe de saúde. Por este motivo este indicador foi o que ficou com menor percentual do que era esperado.

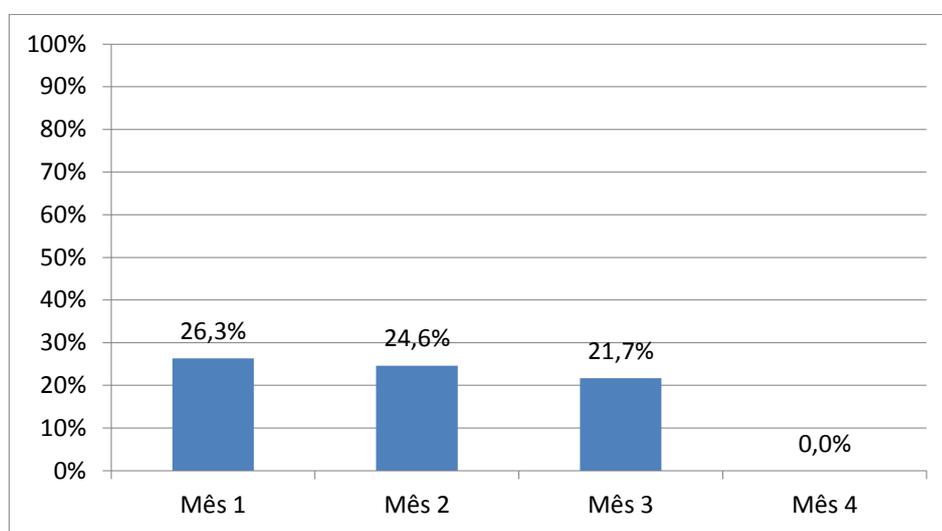


Figura 14 - Proporção de usuários com Diabetes com o exame clínico em dia no UBS Layre Rosado, Mossoró/RN.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

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

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dias de acordo com protocolo.

Em relação ao objetivo melhorar a qualidade da atenção dos usuários com HAS a meta era garantir 100% dos usuários com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Ao final da intervenção realizaram-se exames complementares em 157 usuários com HAS: 1º mês 45 (100,0%), no 2º mês 133 (100,00%) e no 3º mês 157 (100,0%) usuários realizaram seus exames. Este indicador também foi resultado do trabalho feito pela equipe. Houve uma melhoria muito considerável do número de usuários com hipertensão que receberam os exames complementares chegando a 100% nos três meses.

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

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

Em relação ao objetivo melhorar a qualidade da atenção dos usuários com DM a meta era garantir 100% dos usuários com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Ao final da intervenção realizaram-se exames complementares em 83 usuários com DM: 1º mês 38 (100%), no 2º mês 61 (100%) e no 3º mês 83 (100%) usuários realizaram seus exames.

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

Indicador 2.5 Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular.

Em relação ao objetivo melhorar a qualidade da atenção dos usuários com HAS a meta era priorizar a prescrição de medicamentos do Programa da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde, realizamos orientações para todos os usuários com HAS da unidade, onde ao final da intervenção atingimos 100% da meta. Para priorizar a prescrição de medicamentos do Programa da farmácia popular para 100% dos usuários com HAS cadastrados, ao final da intervenção priorizamos a prescrição de medicamentos: no 1º mês 10 (100%), no 2º mês 15 (100%) e no 3º mês 18 (100%) usuários foram orientados a utilizar estes medicamentos. Com o andamento da intervenção e com o apoio da gestão do serviço em nossa unidade foi possível conseguir medicamento

na farmácia da UBS e no Programa Farmácia Popular, onde 100% dos usuários confirmam que retiram seus medicamentos nestes lugares.

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

Indicador 2.6 Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular.

Em relação ao objetivo melhorar a qualidade da atenção dos usuários com diabetes a meta era priorizar a prescrição de medicamentos do Programa da farmácia popular para 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde, realizamos orientações para todos os usuários com DM da unidade, onde ao final da intervenção atingimos 100% da meta. Para priorizar a prescrição de medicamentos do Programa da farmácia popular para 100% dos usuários com DM cadastrados, ao final da intervenção priorizamos a prescrição de medicamentos: no 1º mês 10 (100,0%), no 2º mês 15 (100,0%) e no 3º mês 18 (100,0%) usuários foram orientados a utilizar estes medicamentos.

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

Indicador 2.7 Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico Para o objetivo, melhorar a qualidade da atenção dos usuários com HAS a meta era realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão. Ao final da intervenção foram avaliados: no 1º mês 30 (36,60%), no 2º mês 133 (100,0%) e no 3º mês 157 (100,0%) com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. O dentista ficou afastado no 1º mês de nossas atividades, então solicitamos colaboração da enfermeira da nossa unidade de saúde, mas esta somente realizava os atendimentos duas vezes por semana, ficando assim, muitas vezes sem avaliação os usuários com hipertensão durante o 1º mês devido à demanda espontânea. A evolução do indicador foi bastante positiva. (Figura 15).

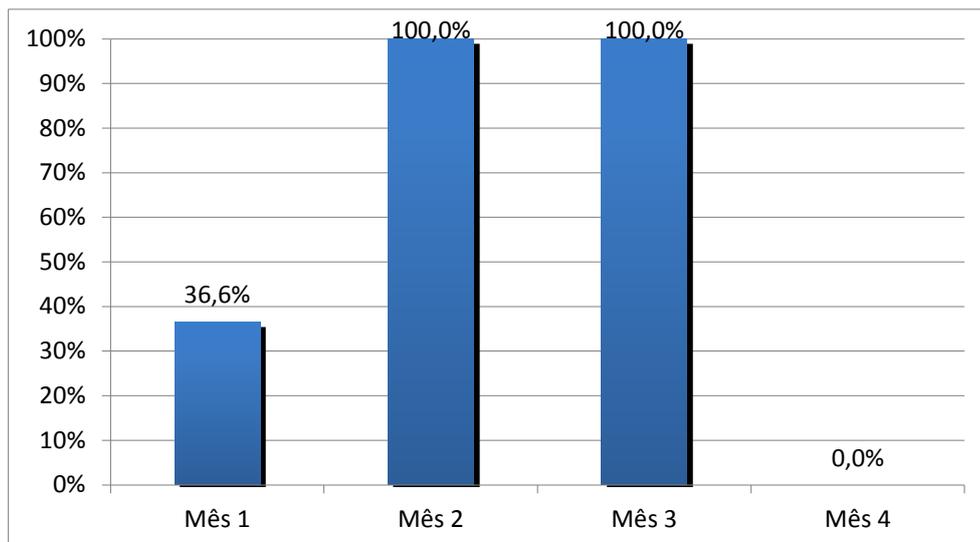


Figura 15 - Proporção de usuários com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico no UBS Layre Rosado, Mossoró/RN.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

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

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

Em relação ao usuário com DM a meta era realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com DM. Ao final da intervenção foram avaliados todos os usuários com diabetes atingindo-se 100% da meta estabelecida: no 1º mês 13 (34,20%) usuários foram atendidos pelas mesmas causas já conhecida (falta de odontólogo), no 2º mês 61 (100%) e no 3º mês 83 (100,0%) usuários foram avaliados pela odontologista (Figura 16).

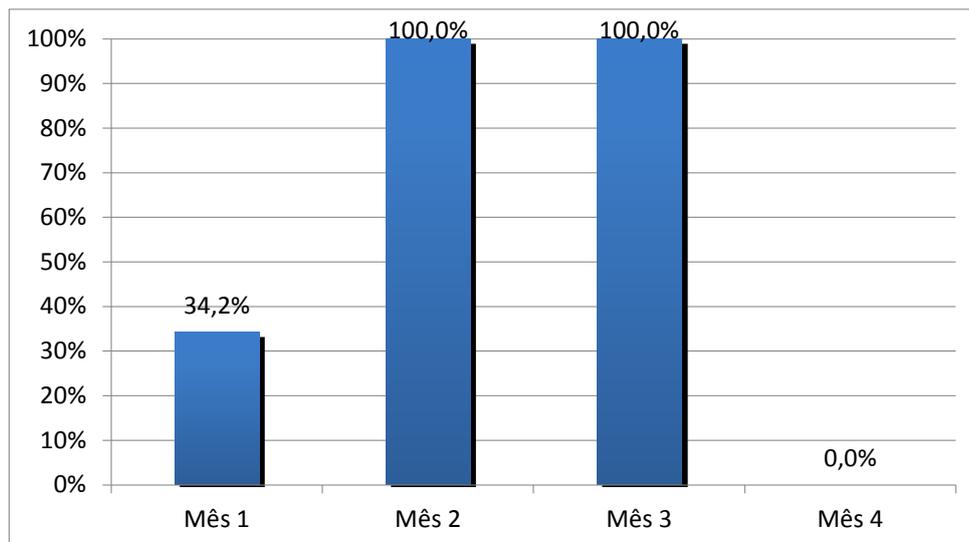


Figura 16- Proporção de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico no UBS Layre Rosado, Mossoró/RN.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

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

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

Indicador 3.1 Proporção de hipertensos faltosos as consultas com busca ativa.

Em relação ao objetivo, melhorar a adesão dos usuários com HAS ao programa a meta era buscar 100% dos usuários com diabetes faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada. Ao final da intervenção tivemos somente 6 usuários faltosos às consultas: no 1º mês 2 (100%), no 2º mês 2(100%) usuário e no 3º mês 2 (100%). Para estes usuários foram realizadas buscas ativas pelos ACS, onde a cobertura ficou em 100%, ou seja, estes faltosos foram buscados e vieram até a unidade de saúde. Esta meta foi alcançada sem dificuldades graças ao esforço contínuo dos ACS e da equipe. Os ACS percorreram os domicílios solicitando para comparecerem ao serviço, para sanar suas dúvidas sobre a doença ou para fazer uma revisão. A evolução do indicador foi bastante positiva e não havia este tipo de busca na UBS antes da intervenção.

Meta 3.2 Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de

saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2 Proporção de hipertensos faltosos as consultas com busca ativa.

Com o objetivo, melhorar a adesão dos usuários com DM ao programa a meta era buscar 100% dos usuários com hipertensão faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada. Ao final da intervenção somente 3 usuários estiveram faltosos às consultas: no 1º mês 1 (100%) e no 2º mês 2 (100%) usuários, foram feitas as buscas ativas pelos ACS, onde a cobertura ficou em 100%, pois estes faltosos foram buscados pelos ACS e vieram até a unidade de saúde. No terceiro mês não tivemos usuários faltosos às consultas. Alguns usuários têm dificuldades em compreender o aspecto preventivo em relação às complicações de sua doença, se estão sentindo-se bem, entendem que não há necessidade de consultar. Para tentar mudar esta realidade, pretende-se reforçar a ideia aos ACS através de capacitações e também encorajar a equipe a melhorar ainda mais o contato com os usuários.

#### **Objetivo 4 Melhoria do registro das informações.**

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

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

Em relação ao objetivo, melhorar o registro das informações dos usuários com HAS em nossa UBS foi mediante o computador sendo a meta manter a ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade, utilizando-se a ficha de acompanhamento geral dos usuários fornecida pelo Ministério da Saúde e a ficha espelho. Ao final da intervenção atingiu-se 100% da meta, pois para todos os usuários cadastrados, os registros foram realizados e atualizados em todas as consultas. Esta meta contou com a ajuda dos ACS. Para os usuários com HAS a meta era manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários cadastrados na unidade de saúde. Ao final da intervenção mantivemos as ficha de acompanhamento os usuários com hipertensão alcançando se cobertura de 100,0 %: no 1º mês 82 (100,0%), no 2º mês 133 (100,0%) e no 3º mês 157 (100,0%). Houve um salto considerável neste indicador, pois antes da intervenção não tínhamos ficha e nem o computador para registro dos usuários. Com a

continuidade deste serviço pretendemos atingir sempre 100% dos usuários de nossa área de abrangência da UBS.

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

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

Em relação ao objetivo, melhorar o registro das informações dos usuários com DM em nossa UBS foi mediante o computador sendo a meta manter a ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade, utilizando-se a ficha de acompanhamento geral dos usuários fornecida pelo Ministério da Saúde e a ficha espelho. Ao final da intervenção atingiu-se 100% da meta. Ao final da intervenção mantivemos as ficha de acompanhamento os usuários com hipertensão alcançando se cobertura de 100,0 %: no 1º mês 82 (100,0%), no 2º mês 133 (100,0%) e no 3º mês 157 (100,0%). Houve um salto considerável neste indicador, pois antes da intervenção não tínhamos ficha e nem computador. Com a continuidade deste serviço pretendemos atingir sempre 100% dos usuários de nossa área de abrangência da UBS.

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

Meta 5.1 Estratificação do risco cardiovascular dos hipertensos cadastrados.

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Para o objetivo mapear usuários com HAS de risco para doença cardiovascular a meta era realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde, no 01º mês 82 (100,0%), no 02º mês 51 (100,0%), e no 03º mês 24 (100,0%). Ao final dos 3 meses de intervenção foram cadastrados 157 usuários com HAS (100%), onde se manteve em 100% para todos os meses em relação à estratificação de risco cardiovascular. Os resultados obtidos destacam-se aspectos significativos no alcance dos objetivos e metas demonstradas. Neste indicador realizamos estratificação de risco para todos os usuários cadastrados no programa e mais aqueles que consultaram na UBS.

Meta 5.2. Estratificação do risco cardiovascular dos diabéticos cadastrados.

Indicador 5.2 Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Para os usuários com diabetes a meta era realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos cadastrados, no 01º mês 22 (100,0%), no 02º mês 38 (100,0%), e no 03º mês 23(100,0%). Ao final da intervenção realizaram-se estratificação de risco cardiovascular para 83 usuários. Esta meta foi alcançada sem dificuldades graças ao esforço contínuo dos ACS e da equipe. A evolução do indicador foi bastante positiva.

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

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

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

Em relação ao objetivo promover à saúde dos usuários com HAS a meta era garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável aos usuários com diabetes, no 01º mês 82 (100,0%), no 02º mês 24 (100,0%), e no 03º mês 51 (100,0%). Durante os 3 meses de intervenção atingiu-se 100% da meta.

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

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

Durante as reuniões de grupos os usuários com diabetes foram orientados sobre estes temas. Para os usuários com hipertensão ao final da intervenção foram orientados 83 usuários. Foi garantida orientação nutricional sobre alimentação saudável, no 01º mês 38 (100,0%), no 02º mês 33 (100,0%), e no 03º mês 22 (100,0%). Durante os 3 meses de intervenção atingiu-se 100% da meta. A evolução do indicador foi positiva.

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

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

Para alcançar as metas propostas criamos o grupo de usuários com hipertensão os quais aconteceram mensalmente na segunda semana de cada mês. Em cada reunião foram convidados os integrantes do NASF (educador físico) entendemos que ao integrarmos, torna-se mais rico e dinâmico a troca de informações, que beneficiam a todos, principalmente os usuários. As orientações foram de forma coletiva para o grupo de usuários com HAS, no 01º mês 82 (100,0%), no 02º mês 24 (100,0%), e no 03º mês 51 (100,0%). Em relação ao objetivo a meta era garantir aos usuários com hipertensão. Durante os 3 meses de intervenção atingiu-se 100% da meta.

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

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

Realizamos atividades educativas em todos os turnos pela equipe e com auxílio dos profissionais do NASF. Durante a realização das atividades os usuários demonstraram interesse e participavam ativamente das discussões realizadas durante e após a explanação dos temas. Ao início da intervenção percebi que tinham muitas dúvidas em relação aos tipos de atividades físicas regulares. Conseguimos orientar todos os usuários cadastrados no programa diante atividades com troca de experiências durante as reuniões de grupo e nas consultas, no 01º mês 38 (100,0%), no 02º mês 33 (100,0%), e no 03º mês 22 (100,0%). Em relação ao objetivo a meta era garantir aos usuários com diabetes. Durante os 3 meses de intervenção atingiu-se 100% da meta.

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

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

Alguns usuários com hipertensão relataram ter dificuldades em relação ao conhecimento do risco do tabagismo, assim como, no tratamento. Pudemos

perceber também a dificuldade dos usuários com hipertensão no controle do tabagismo, no 01º mês 82 (100,0%), no 02º mês 24 (100,0%), e no 03º mês 51 (100,0%). Em relação ao objetivo a meta era garantir aos usuários com diabetes. Durante os 3 meses de intervenção atingiu-se 100% da meta.

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

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

Notamos a falta de conhecimento dos usuários diabéticos a respeito dos riscos do tabagismo, felizmente eles se conscientizaram que eventualmente, é melhor não fumar do que correr o risco, no 01º mês 38 (100,0%), no 02º mês 33 (100,0%), e no 03º mês 22 (100,0%) Em relação ao objetivo a meta era garantir aos usuários com diabetes. Ao final da reunião fizemos confraternização com frutas e sucos promovendo hábitos e estilos de alimentação saudável. Em relação ao objetivo a meta era garantir aos usuários com diabetes. Durante os 3 meses de intervenção atingiu-se 100% da meta.

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

Indicador: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Durante as reuniões de grupo e com auxílio da técnica da odontologia foram essenciais para promover qualidade de vida e promoção da saúde para esta população que receberam orientações sobre a higiene bucal. Com ajuda do odontólogo, conseguimos ensinar e orientar aos usuários a fazer as técnicas adequadas de higiene bucal. Para garantir orientação, realizou-se atividades pelas ACS e a auxiliar de enfermagem sobre o assunto, aberta a toda comunidade diante as reuniões de grupo e nas consultas, no 1º mês 82 (100,0%), no 2º mês 133 (100,0%), e no 3º mês 157 (100,0%). O dentista ficou afastado no 1º mês de nossas atividades, então solicitamos colaboração da enfermeira da nossa unidade de saúde, mas no final da intervenção todos os usuários receberam orientações (Figura 17).

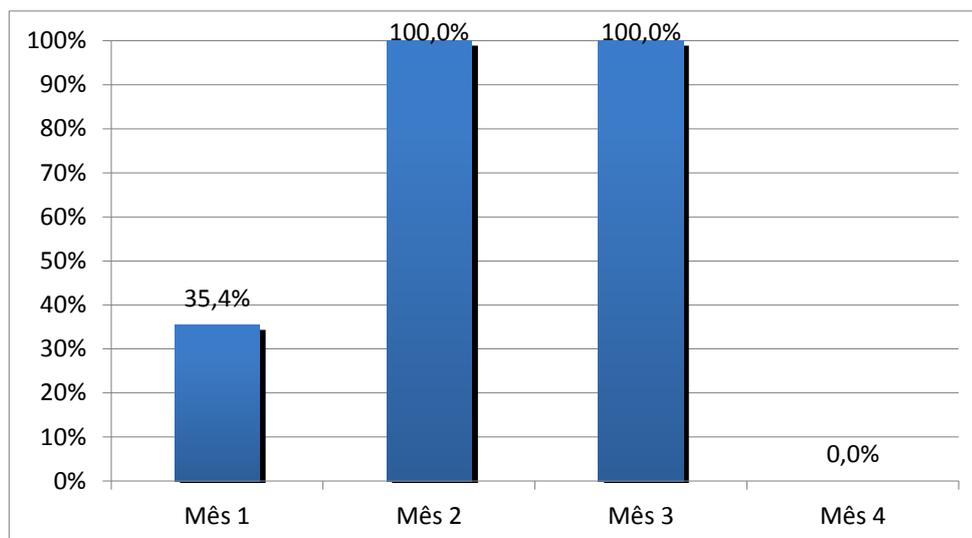


Figura 17 - Proporção de usuários com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal no UBS Layre Rosado, Mossoró/RN.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

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

Indicador 6.8 Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

A auxiliar em saúde bucal da equipe durante a reunião do grupo e o acolhimento dos usuários na consulta de avaliação odontológica realizou atividades sobre a prevenção de manter a higiene bucal através da escovação; uso do fio dental, flúor e atividade sobre alimentação saudável referindo-se aos temas sobre alimentos com alto risco de cárie (importância de reduzir a ingestão de açúcares), alimentos com baixo risco de cárie, assim como a importância de visitar o cirurgião-dentista periodicamente. No 1º mês 13 usuários foram avaliados (34,2%), no 2º mês 61 (100,0%), e no 3º mês 83 (100,0%). (Figura 18).

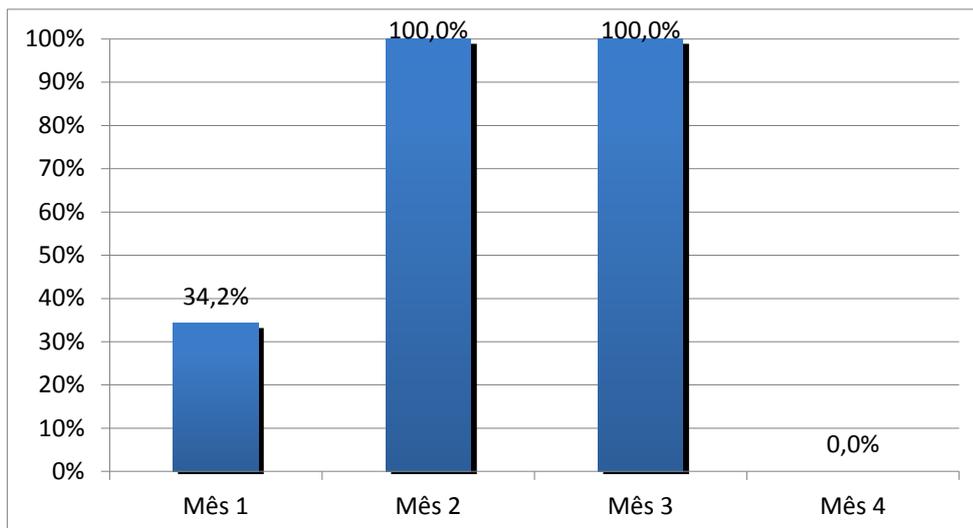


Figura 18 - Proporção de usuários com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal no UBS Layre Rosado, Mossoró/RN.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Os resultados alcançados com este trabalho foram muito importantes para a gestão, comunidade e principalmente para os usuários, pois com certeza melhorou a qualidade de vida e a expectativa de vida da população, onde aumentou a conscientização dos usuários sobre a prevenção e importância de hábitos de vida saudáveis.

## 4.2 Discussão

A intervenção na Unidade Básica de Saúde Vereador Layre Rosado buscou ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos, melhorou a qualidade da atenção dos usuários em relação a exame clínico, exames complementares, prescrição de medicamentos e necessidade de atendimento odontológico. Melhorou a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa. O registro das informações ficou mais organizado mediante computador e melhorou o mapeamento de hipertensos e diabéticos com risco para doença cardiovascular e promoveu a saúde de hipertensos e diabéticos, incluindo temas como: alimentação saudável, prática regular de atividade física, tabagismo e higiene bucal.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde no Manual Técnico de Atenção para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde 2012 e 2013,

relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e/ou Diabetes. Esta intervenção promoveu o trabalho em equipe integrada pelo médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, 4 agentes comunitárias de saúde, um odontólogo, 1 técnica em saúde bucal, 1 técnica em farmácia e funcionários da recepção (SAME).

Foram feitas ações direcionadas à prevenção e a promoção da saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, no trabalho de identificação de usuários doentes na área, grupos e famílias expostos a riscos, estimulação ao autocuidado, reuniões e encontros com os usuários. Além disso, a detecção e estabelecimento de diagnósticos, identificação de lesões em órgãos-alvo ou complicações crônicas e efetuar tratamento adequado. Isto acabou tendo um bom impacto também nas outras atividades no serviço, que felizmente ajudaram ao desenvolvimento com qualidade da atenção como: hemoglicoteste na unidade básica de saúde, a implementação do novo horário na unidade para a atenção dos usuários de alto risco e organização do trabalho.

Antes da intervenção as atividades de atenção à hipertensão e diabetes eram concentradas no médico, enfermeira e ACS, com a intervenção isso mudou: toda a equipe teve responsabilidade no acompanhamento dos usuários de acordo às exigências dos protocolos adotados. A UBS teve uma organização mais detalhada dos diferentes arquivos de atendimento dos usuários, assim como maior qualidade do acolhimento e otimização da agenda para a atenção. Além disso, houve uma maior busca de alternativas para o tratamento dos usuários hipertensos e diabéticos e um maior uso de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Aumento da interação da unidade básica de saúde com redes sociais e Secretaria Municipal de Saúde.

A comunidade começou a perceber o impacto da intervenção. Muitos puderam ter e/ou aprimoraram os conhecimentos sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, características, complicações e prevenção das duas doenças. Conheceram os direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via. O vínculo entre profissionais – usuários – família foi maior. Geralmente demonstraram satisfação com a qualidade do atendimento, mas ainda temos muitos hipertensos sem cobertura.

A intervenção poderia ter sido facilitada se toda a equipe contasse com um diagnóstico recente da população alvo, com identificação dos principais problemas,

assim com as fortalezas e debilidades para enfrentar a intervenção. Faltou uma união constante com a Secretaria de Saúde para dar solução aos problemas como a marcação de exames dos usuários. Existiu no princípio pouca articulação com a comunidade e depois de começar a intervenção o detalhamento da atividade e priorização da atenção virou com uma melhor maneira de implementação.

Atualmente a incorporação do novo processo de trabalho na rotina do serviço vai melhorar o trabalho da equipe, pois a importância tanto do diagnóstico da população, quanto da articulação com a comunidade facilita muito o processo de trabalho e a maior adesão dos usuários durante os acompanhamentos programáticos.

A intervenção está incorporada a rotina do serviço, mas ainda assim vamos aumentar o trabalho de conscientização da equipe, da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos. Notamos que a falta de algumas informações em nossos registros acabaram prejudicando a coleta de informação e avaliação de indicadores do atendimento. A partir dos próximos meses pretendemos ampliar a cobertura dos hipertensos e diabéticos, aumentar as consultas com o odontólogo da equipe, incrementar as atividades com o grupo de hipertensos, diabéticos e familiares.

A partir desta intervenção pretendemos investir na ampliação da cobertura das demais ações programáticas que se desenvolvem atualmente na UBS, continuar com o desenvolvimento das atividades diárias e envolver mais profissionais da saúde nestes temas para assim alcançar uma melhor qualidade de vida na população e ao final diminuir a incidência das doenças crônicas não transmissíveis na comunidade.

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

Ao Gestor municipal de saúde,

Foi realizada na UBS Vereador Layre Rosado, Mossoró/RN uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes vinculada ao curso de especialização em saúde da família UNASUS – realizado pela UFPel e ao Programa Mais Médicos. A intervenção ocorreu entre os meses março a junho de 2015.

A motivação para a intervenção com esse tema resultou após a análise das estatísticas da equipe, consultas de atendimentos e doenças mais frequentes diagnosticadas. Constituiu um desafio para equipe diminuir o número de consultas em atraso e exames periódicos, relacionado com o inadequado acompanhamento dos usuários, e também com a melhoria no trabalho na UBS em relação ao engajamento público da população portadora dessas doenças crônicas. Na área adstrita que corresponde à equipe de saúde, ao final da intervenção foram cadastrados um total de 179 usuários: 157 usuários com HAS, que corresponde a uma cobertura de 20,23% e 51 usuários com DM, com uma cobertura de 43,50% cadastrados no programa. A evolução dos indicadores de qualidade foram bastante positivas, onde melhoramos consideravelmente a qualidade dos serviços prestados a esta população. Todos os indicadores foram coletados adequadamente e significativos para a conclusão de nosso trabalho em relação à cobertura.

Dentre os aspectos do processo de trabalho que foram melhorados que mostram a qualificação da atenção à saúde e melhorar a qualidade da atenção aos usuários com HAS estão o rastreamento da HAS em indivíduos com mais de 18 anos, pelo menos, uma vez ao ano, organização dos registros de controle dos usuários hipertensos, desenvolvimento de atividades educativas de promoção de

saúde com todas as pessoas da comunidade, divulgação da necessidade das consultas de controle periódico, sensibilizar para o tratamento não farmacológico (controle de peso, adoção de hábitos alimentares saudáveis, prática de atividade física regular, abandono do tabagismo e redução do consumo de bebidas alcoólicas), avaliação do risco cardiovascular nos hipertensos, agendamento de consultas.

Ao avaliar os usuários DM, entre as ações que qualificaram o cuidado e que contribuíram para ampliar a cobertura, destacam-se as relacionadas à informação a comunidade sobre como prevenir a doença e promover estilos de vida saudáveis (prática de atividade física regular, alimentação saudável), identificação de grupos de risco (sedentarismo, obesidade e hábitos alimentares não saudáveis), realização do diagnóstico precoce e a abordagem terapêutica nos indivíduos de alto risco para diabetes, garantir e monitorar o controle da glicemia, avaliação do risco cardiovascular na prevenção das complicações vasculares, desenvolvimento do autocuidado dos usuários e suas famílias, sensibilizar os mesmos e a família sobre as sinais e sintomas da hipoglicemia e a necessidade de detecção e tratamento precoce, realizar rastreamento de DM em adultos assintomáticos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, organização dos registros de controle dos diabéticos, exame e estímulo ao autocuidado dos pés, promover a educação permanente sobre diabetes na equipe de saúde.

Dentre os aspectos dependentes da gestão que foram importantes para viabilizar e/ou melhorar a intervenção realizada encontram-se o apoio logístico dos recursos materiais utilizados (fichas espelho, esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica, glicômetro).

Os aspectos da gestão que poderiam ajudar a qualificar ainda mais o serviço e viabilizariam a qualidade da atenção estão: melhorar a marcação dos exames para melhorar a cobertura, avaliação e cuidado da saúde. Maior disponibilidade de ofertas para a luta contra o tabagismo nas farmácias populares e aumentar a variabilidade de medicamentos nas farmácias da Unidade Básica de saúde.

Após a realização da análise da situação de saúde de nossa comunidade e identificação dos principais problemas de saúde de nossa população, notamos que as doenças crônicas não transmissíveis especificamente a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus tinham uma alta incidência na nossa população.

A equipe decidiu fazer um projeto de intervenção com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes. Foram estipuladas metas e planejadas ações que foram desenvolvidas de acordo com o cronograma definido previamente pela equipe para ser cumprido em um período de três meses e contando sempre com a ajuda da gestão. Finalmente obtivemos resultados muito favoráveis tanto para a comunidade como para a unidade de saúde e a equipe em geral, que ganhou em conhecimento e a unidade avançou bastante na organização do trabalho. Nossa equipe que vai continuar trabalhando em cada um dos programas de saúde da população. Os agentes de saúde tiveram um papel fundamental na pesquisa dos usuários faltosos na consulta. Outro resultado favorável foi que 100% dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados receberam orientação de sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, higiene bucal e riscos do tabagismo. Antes da intervenção a equipe tinha muita deficiência do serviço e durante nosso trabalho fomos capazes de fazer um atendimento humanizado de acordo com o que foi estabelecido pelo MS. Os resultados positivos foram consequência da organização do trabalho e esforço de toda equipe.

Nossa equipe está muito satisfeita com os resultados de nosso projeto de intervenção, já que garantimos principalmente que nossos usuários tivessem mais conhecimento sobre suas doenças, que entendessem como é conviver com elas e o que fazer para mantê-las controladas. Acho que este projeto é a porta a outros projetos e novas ideias de trabalho para melhorar a qualidade de vida de nossa população, que é o mais importante e nosso maior propósito.

Atenciosamente,

Dr. Yassel Díaz Martin

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

A comunidade:

O relatório a seguir apresenta como ocorreu a intervenção realizada na UBS Vereador Layre Rosado no período de março a junho de 2015 com a população do programa de atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM. A equipe resolveu buscar melhorias no atendimento às pessoas com hipertensão e diabetes porque o número de pessoas atendidas estava muito baixo. Com o objetivo de melhorar os problemas encontrados foram planejadas e desenvolvidas ações.

As ações desenvolvidas permitiram à comunidade conhecer sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS, a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, uma vez ao ano, e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão e o diabetes assim como dos agravos cardiovasculares ligadas a ditas doenças. Outras das vantagens da intervenção para a comunidade foram à realização do exame clínico apropriado dos hipertensos e diabéticos, conhecer quanto à necessidade de realização e o período em que devem ser realizados exames complementares, sobre o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, orientação sobre a importância da manutenção da saúde bucal nos hipertensos e diabéticos, sobre a realização das consultas, orientação nutricional sobre alimentação saudável, em relação à prática regular de atividade física, sobre riscos do tabagismo e sobre higiene bucal.

Solicitamos a continuidade e fortalecimento da participação de vocês no acompanhamento da UBS tanto nos atendimentos clínicos, quanto nos grupos e nas reuniões que realizamos para dialogarmos sobre nosso serviço. Organizamos um cronograma com todas as ações para desenvolver durante o período de trabalho.

Todas estas ações foram desenvolvidas de acordo com o cronograma previamente definido pela equipe de trabalho.

Os resultados obtidos ao final foram muito favoráveis tanto para a comunidade, como para a equipe e a unidade de saúde em geral. Ao final foram cadastrados 179 usuários: 157 usuários com HAS, que corresponde a uma cobertura de 20,23% e 51 usuários com DM, com uma cobertura de 43,50%. Esta intervenção foi muito importante para a comunidade já que proporcionou mudanças nos estilos de vida não saudáveis por estilos de vidas saudáveis e com ele melhoramos a qualidade de vida. Também garantimos que a comunidade tivesse um maior conhecimento das doenças crônicas não transmissíveis especificamente Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, já que estas doenças são o principal problema de saúde de nossa população. Realizamos atividades de promoção e prevenção de saúde não só com as pessoas que tem hipertensão e diabetes, mas com toda a comunidade explicando quais são os principais fatores de risco e como prevenir, para desta forma evitar a aparição de casos novos.

Também garantimos o registro adequado nas fichas de acompanhamento de. Realizamos sempre orientação em saúde, falando sobre nutrição, tabagismo, prática regular de atividades físicas, controle do peso corporal e sobre higiene bucal.

A comunidade pode continuar apoiando a equipe participando nos grupos de hipertensos e diabéticos e das atividades de educação em saúde desenvolvidas pela equipe assim como se responsabilizando em quanto a boa assistência as consultas programadas e a melhoria de seus estilos de vida já aprendidos na intervenção.

Atenciosamente,

Dr. Yassel Diaz Martin.

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

O desenvolvimento do trabalho no curso mudou as expectativas iniciais, já que permitiu um maior crescimento de aprendizagem, em diferentes pontos da vida profissional, o relacionamento com outros colegas foi ótimo ao interagir cada semana nos fóruns com orientadores e especializandos, compartilhar diferentes temas com os membros da equipe. Também permitiu oferecer uma capacitação dos profissionais da equipe com maior qualidade, com a incorporação na rotina do trabalho.

O significado do curso para a prática profissional foi ótimo através do curso de Especialização em Saúde da Família tive a oportunidade de investigar e estudar numerosos temas em saúde e levar a prática profissional com intervenção no serviço para melhorar a atenção à saúde. Foi muito importante conhecer e desenvolver os princípios e diretrizes do SUS e as atribuições de cada membro da equipe, o que favoreceu mudanças no processo de trabalho, com maior vínculo entre usuários e profissionais.

Dentre dos aprendizados mais relevantes decorrentes do curso estão o Engajamento Público na consolidação do SUS, conhecimento fundamental devido às ações que fortalecem o Controle Social como a apropriação pela população da política de saúde pública em termos de participação nas escolhas e decisões, o

controle do planejamento e execução das ações de saúde e a responsabilização pela própria saúde individual e também pela saúde coletiva em seu sentido mais amplo. Outro importante assunto aprendido foi o acolhimento, termo muito importante para a atenção dos usuários, onde todos devemos ficar abertos para perceber as peculiaridades de cada situação que se apresenta, buscando agenciar os tipos de recursos e tecnologias que ajudem a: aliviar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida, evitar ou reduzir danos, construir a autonomia, melhorar as condições de vida e outras situações onde podemos planejar ações e organização do processo de trabalho. Felizmente conheci os protocolos disponibilizados pelo MS relativos à atenção das ações programáticas mais comuns, facilitando a sistematização desconhecimentos e levar um caminho organizado em conjunto com todos os membros da equipe.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil 2011:VIGITEL. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas. Ministério da saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)- Brasília; Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Abordagem nutricional em *diabetes mellitus*. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus*. Brasília (DF): Secretaria de Políticas de Saúde; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diabetes mellitus*: Guia básico para diagnóstico e tratamento. 2.ed, Brasília, 1997.

BRASIL.Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008*. Rio de Janeiro: IBGE; 2009.

## **Anexos**

## Anexo A - Documento do comitê de ética



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

---

OF. 15/12  
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Prof<sup>a</sup> Ana Cláudia Gestal Fassa

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

Prezada Pesquisadora;

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

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







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

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

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

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

\_\_\_\_\_

Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

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

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

\_\_\_\_\_

Assinatura do declarante