

**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 aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou  
Diabetes Mellitus na UBS Roca Sales, Roca Sales/RS.**

**Eldrys Rodriguez Rubio**

**Pelotas, 2015**

**Eldrys Rodriguez Rubio**

**Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou  
Diabetes Mellitus na UBS Roca Sales, Roca Sales/RS.**

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

Orientadora: Danielle Vasconcellos de Paula Costa

Pelotas, 2015

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

R896m Rubio, Eldrys Rodriguez

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Roca Sales, Roca Sales/RS / Eldrys Rodriguez Rubio; Danielle Vasconcellos de Paula Costa, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

92 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. Costa, Danielle Vasconcellos de Paula, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este Trabalho a minha família, pelo apoio incondicional que no dia a dia recebi deles para assim poder continuar trabalhando pela saúde neste grande país e pela minha superação como profissional.

## **Agradecimentos**

A Deus e a meus anjos da guarda aqui da terra: Família, meus pais e meus pilares.

A todos os bons professores que já tive com os quais continuo a aprender ao longo de minha vida.

A meu orientador pela contribuição na formação de Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família.

Aos meus amigos e colegas que trabalham pelo fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

A todos os que ajudaram de alguma forma, principalmente nos momentos finais, sempre os mais conturbados.

## Resumo

Rodriguez Rubio, Eldrys. **Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Roca Sales, Roca Sales/RS.** Ano. 2015. 91 f Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano 2015.

O presente trabalho de conclusão de curso caracteriza-se como a apresentação de uma intervenção típica em Atenção Primária à Saúde na UBS Roca Sales RS, Brasil. A intervenção se desenvolveu em doze semanas, entre os meses de janeiro e maio do ano de 2015, e teve como objetivo melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, sob orientações das proposições do Ministério da Saúde, apoiados nos Protocolos do Ministério da Saúde sobre Hipertensão e Diabetes e por meio do curso de especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas dentro dos eixos temáticos de qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e avaliação e organização da gestão do serviço. No indicador de cobertura ao hipertenso na intervenção, obteve-se no mês 1 da intervenção 92,3% (72), no mês 2 99,7% (298), no mês 3 99,8% (415) e no mês 4 99,6% (535). No indicador de cobertura do programa de atenção ao diabético no mês 1 desenvolveu-se 100% (52), no mês 2 99,5% (206), no mês 3 94% (202) e no mês 4 99,6% (226). Nas comunidades foram feitas atividades de promoção da saúde relacionadas com a hipertensão e diabetes, inclusive divulgadas pela rádio local. Os resultados mostraram que os usuários antes da intervenção tinham distanciamento sobre o conhecimento da doença de base, o que fragilizava o processo do auto-cuidado. Com a intervenção, percebemos uma melhoria significativa, tanto no nível de conhecimento, incorporação de hábitos saudáveis, cumprimento regular e estável dos tratamentos prescritos, com conseqüente melhoria da qualidade de vida e uma ótima preparação para evitar os riscos e as complicações destas doenças.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico da Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Roca Sales, Roca Sales/RS. 2015.	54
Figura 2	Gráfico da Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Roca Sales, Roca Sales/RS. 2015.	55
Figura 3	Gráfico da Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Roca Sales, Roca Sales/RS. 2015.	56
Figura 4	Gráfico da Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Roca Sales, Roca Sales/RS. 2015.	57
Figura 5	Gráfico da Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Roca Sales, Roca Sales/RS. 2015.	58
Figura 6	Gráfico da Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Roca Sales, Roca Sales/RS. 2015.	59
Figura 7	Gráfico da Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Roca Sales, Roca Sales/RS. 2015.	60
Figura 8	Gráfico da Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Roca Sales, Roca Sales/RS. 2015.	61
Figura 9	Gráfico da Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Roca Sales, Roca Sales/RS. 2015.	62
Figura 10	Gráfico da Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Roca Sales, Roca Sales/RS. 2015.	64
Figura 11	Gráfico da Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Roca Sales, Roca Sales/RS. 2015.	65
Figura 12	Gráfico da Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Roca Sales, Roca Sales/RS. 2015.	66
Figura 13	Gráfico da Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Roca	67

Sales, Roca Sales/RS. 2015.

- |           |  |    |
|-----------|--|----|
| Figura 14 | Gráfico da Proporção de hipertensos como orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Roca Sales, Roca Sales/RS. 2015                | 68 |
| Figura 15 | Gráfico da Proporção de diabéticos como orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Roca Sales, Roca Sales/RS. 2015.                | 69 |
| Figura 16 | Gráfico da Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS Roca Sales, Roca Sales/RS. 2015. | 70 |
| Figura 17 | Gráfico da Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS Roca Sales, Roca Sales/RS. 2015.  | 71 |
| Figura 18 | Gráfico da Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS Roca Sales, Roca Sales/RS. 2015                 | 72 |
| Figura 19 | Gráfico da Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS Roca Sales, Roca Sales/RS. 2015.                 | 73 |
| Figura 20 | Gráfico da Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal na UBS Roca Sales, Roca Sales/RS. 2015.                         | 73 |
| Figura 21 | Gráfico da Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal na UBS Roca Sales, Roca Sales/RS. 2015.                          | 74 |



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

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária a Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
CAP	Caderno Ações Programáticas
CEO	Centro de Especialidades OdontológicasOdontológicas
DCNT	Doença Crônica Não-Transmissível
DM	Diabetes Mellitus
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECG	Electrocardiograma
ESF/APS	Estratégia Saúde da Família /Atenção Primária a Saúde
HGT	Hemoglicoteste
HIPERDIA	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSA/DM	Hipertensão Arterial SistêmicaSistêmica/ Diabetes Mellitus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMIA	Planilha Objetivos, Metas, Indicadores e Ações
RS	Rio Grande do Sul
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

## Sumário

<b>Apresentação</b>	<b>11</b>
<b>1 Análise Situacional</b>	<b>12</b>
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	12
1.2 Relatório da Análise Situacional	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	18
<b>2 Análise Estratégica</b>	<b>20</b>
2.1 Justificativa	20
2.2 Objetivos e metas	22
2.2.1 Objetivo geral	22
2.2.2 Objetivos específicos e metas	22
2.3 Metodologia	24
2.3.1 Detalhamento das Ações	24
2.3.2 Indicadores	39
2.3.3 Logística	46
2.3.4 Cronograma	49
<b>3 Relatório da intervenção</b>	<b>50</b>
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	50
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	52
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	52
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	52
<b>4 Avaliação da Intervenção</b>	<b>54</b>
4.1 Resultados	54
4.2 Discussão	77
<b>5 Relatório da intervenção para gestores</b>	<b>79</b>
<b>6 Relatório da Intervenção para a comunidade</b>	<b>83</b>
<b>7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem</b>	<b>86</b>
<b>Referências</b>	<b>87</b>
<b>Anexos</b>	<b>88</b>
Anexo A - Documento do comitê de ética	89
Anexo B - Planilha de coleta de dados	90
Anexo C - Ficha espelho	91

## **Apresentação**

O presente volume apresenta um trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EaD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel) em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS), apresenta o relato da realização de uma intervenção com objetivo a qualificar a atenção aos Hipertensos e/ou Diabéticos UBS Roca Sales / RS.

O curso fora desenvolvido em cinco unidades de estudo e o Trabalho de Conclusão de Curso ora apresentado fora construído ao longo de todo curso, simultânea e articuladamente às unidades de estudo e é o produto final de todo este processo.

O volume está organizado em sete unidades de trabalho, construídas de maneira independentes entre si, mais sequenciais e interligadas.

Na primeira parte observamos a Análise Situacional desenvolvida na Unidade 1 do curso com o reflexo da situação de saúde da atenção primária e estratégia de saúde da família no município e das principais dificuldades que apresentam nesse serviço, e a relação entre eles.

Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2.

A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso, que oferece os principais aspectos que se implantaram para as ações propostas.

Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção que descreve a análise qualitativa e quantitativa dos resultados obtidos com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4.

A quinta e sexta seções são o relatório aos gestores e o relatório para a comunidade. Na sétima seção realizou-se uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

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

## **1 Análise Situacional**

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

A Unidade Básica de Saúde (UBS) onde estou alocada fica no município Roca Sales, com aproximadamente 10284 habitantes. Na unidade são atendidos usuários da área urbana e da área rural. O município conta apenas com esta UBS para realização do atendimento da população. A infraestrutura da UBS é nova, dividida em dois andares, com rampa de acesso e elevador e tem sala para realização de reuniões. Tem aparelho de ECG, sala para realização de medicações e verificação de pressão, HGT, sala para aplicação de vacinas. A grande maioria das salas tem ar condicionado instalado.

A UBS conta com uma enfermeira, duas técnicas em enfermagem, duas recepcionistas, uma servente de limpeza, dois clínicos geral, um dentista, uma farmacêutica, uma auxiliar de farmácia e dois médicos ESF, uma pediatra, uma ginecologista-obstetra, uma psicóloga e uma nutricionista

As atividades de educação em saúde são: alimentação saudável, atividade física, estilo de vida saudável, DST/AIDS, planejamento familiar, gestação e parto, cuidados com o recém-nascido e com os filhos, desenvolvimento infantil e cuidados com os idosos. Pelo pouco que percebi a população tem um bom vínculo com a equipe. Foi realizada pesquisa de satisfação com os usuários e teve uma resposta positiva em relação ao atendimento prestado na UBS. Alguns usuários realizam consultas com médicos particulares e somente vêm consultar na UBS

para renovação de receitas e troca de pedidos de exames. Respondendo ao questionário com a equipe percebi que é realizado o acolhimento à população.

Não estão sendo realizadas reuniões de equipe até o momento, pois não há horário para expediente interno. O Conselho Municipal da Saúde realiza reuniões mensais, conversei com a enfermeira para avisar sobre a próxima reunião para que possamos fazer parte e identificar os assuntos abordados nas reuniões.

A UBS tem limitações como a grande maioria possui, mas há um grande interesse da equipe em melhorar essas carências. Com boa vontade e empenho acredito que realizaremos um bom trabalho com a população.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O município de Roca Sales foi criado em 1954 e origina-se do município de Estrela, RS. O número de habitantes, segundo dados do IBGE de 2010, é de 10287 habitantes divididos em 3684 habitantes residentes na área rural e 6600 habitantes residentes na área urbana. O município apresenta somente uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em funcionamento. A UBS apresenta o modelo de atenção misto, ou seja, atende de forma tradicional e como Estratégia de Saúde da Família (ESF) composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e cinco agentes de saúde. Na cidade não há o Núcleo de Apoio à Família e nem Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Em nossa UBS realizamos todas as semanas em todos os turnos consultas para usuários hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças e já começamos a trabalhar também com o grupo de adolescentes, muito importante já que também é um grupo de risco.

O Programa Nacional de Imunização funciona em minha UBS de maneira satisfatória, já que são aplicadas todas as vacinas do calendário do Programa Nacional. Também outro ponto que eu considero favorável é a realização dos seguintes exames: teste rápido de gravidez, HIV e HBsAg

Sobre atenção o atendimento à demanda espontânea na unidade, é realizado todos os dias, e em os turnos de manhã e à tarde, todos os usuários em minha

UBS tem suas necessidades acolhidas (escutadas) e só têm que esperar mais o menos de 5 a 10 minutos.

Quanto à organização do atendimento à demanda das ações programáticas saúde da mulher. Na UBS se realiza atendimento pré-natal todos os dias da semana pela manhã exceto terças-feiras. Realizando uma avaliação da cobertura do pré-natal, tendo em conta os indicadores da qualidade da atenção pré-natal. O número estimado de gestantes para minha área é de 44, em relação ao total da população, atualmente são acompanhadas 20 gestantes, o que representa 45% de cobertura, o que parece ser o número total de gestantes e não o estimado. Não existem gestantes fora da área de cobertura de minha UBS. O atendimento pré-natal é realizado por toda nossa equipe: enfermeiro, médico de família, médico ginecologista-obstetra, técnico de enfermagem. Após a consulta de pré-natal a gestante sai com a próxima consulta programada, agendada. Existe um protocolo de atendimento pré-natal produzido pelo Ministério da Saúde publicado em 2012 e todos os profissionais que realizam atendimento pré-natal utilizam este protocolo. A equipe de saúde realiza atividades com grupos de gestantes, mensalmente e 100% das gestantes participam destes grupos, aproveita-se o espaço para incentivar o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses.

Em minha UBS, temos o protocolo de atendimento ao puerpério atualizado produzido pelo Ministério de Saúde e é utilizado por todos os profissionais que participam de atendimento. O número estimado de puérperas na área é de 18, é necessário aprimorar o atendimento a esse público em alguns pontos, principalmente em relação à avaliação do estado psíquico e de intercorrências, em que nenhuma puérpera foi avaliada.

Na Saúde da criança, quanto ao total de crianças menores de um ano residentes na área, é acompanhada na minha UBS o indicador de cobertura de 100% e os indicadores de qualidade estão em 100%. Na UBS se realiza atendimento de puericultura para todos os grupos etários de crianças menores de 12 meses a 72 meses. Este tipo de atendimento é agendado e programado, mas se uma criança é trazida à consulta, atende em qualquer dia da semana e em qualquer turno. Não

temos crianças fora da área de cobertura de nossa UBS. É muito importante que depois da consulta de puericultura, a criança saia da UBS com a próxima consulta programada, agendada. Também existe oferta de atendimento para crianças de até 72 meses de idade com problemas de saúde agudos, mas não contamos com excesso de demanda deste tipo.

São desenvolvidas pelo equipe todo tipo de ações no cuidado às crianças na puericultura como: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, imunizações, prevenção de anemia, violência, promoção do aleitamento materno, teste do pezinho entre outras. É também utilizada a classificação para identificar crianças de alto risco. Sempre é solicitada a caderneta da criança nos atendimentos e orientamos a família sobre temas para um bom desenvolvimento da criança. Realizamos atividades com grupos de mães das crianças na unidade, no mês são realizados 4 grupos de puericultura.

Quanto ao Câncer do colo de útero e Câncer de mama, as ações de prevenção da saúde são estratégias fundamentais, não só para aumentar a frequência e adesão das mulheres aos exames, como para reforçar sinais e sintomas de alerta, que devem ser observados pelas usuárias. Além de abordagens para grupos específicos (por exemplo, gestantes, mães de crianças em puericultura e idosas), é fundamental que os processos educativos ocorram em todos os contatos da usuária com o serviço de saúde, estimulando-a a realizar os exames de acordo com a indicação. A realização do cito patológico ocorre na própria unidade, podendo ser realizado durante a consulta ou em agendamentos específicos para esse fim. Na área de abrangência da unidade, o total de mulheres entre 25 e 64 anos estimado é de 813 e são acompanhadas 756 para a prevenção do câncer de colo de útero, com indicador de cobertura de 93%. Os indicadores de qualidade acima de 70% revelam um acompanhamento satisfatório a essas mulheres, mas sempre é possível melhorar, principalmente considerando a importância da prevenção dessa doença.

Quanto ao Câncer de mama, o total de mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área estimado é de 305 e são acompanhadas na minha UBS para prevenção de



câncer de mama 289 mulheres, com indicador de cobertura de 95%. Pelos indicadores percebe-se qualidade do atendimento, com índices acima de 90% e apenas 7% (20) com mamografia em atraso. São realizadas ações de educação da mulher para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama e são realizadas ações de rastreamento do câncer de mama (exame clínico de mamas e/ou solicitação de mamografia), o rastreamento do câncer de mama é realizado todos os dias da semana e acontece em todos os turnos. Não existem mulheres fora da área de cobertura de minha UBS que realizam rastreamento do câncer de mama. As ações de rastreamento do câncer de mama, são realizados pelo médico e o enfermeiro.

Quanto à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, são doenças crônicas não transmissíveis que são priorizados nas UBS. De acordo com o CAP, o total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na minha área na UBS é 537, para um indicador de cobertura de 100%. O total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na minha área é de 226 para um indicador de cobertura de 100%

Na unidade são realizadas ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis para os portadores de HAS e/ou DM, também são realizadas ações para o controle do peso corporal deles e ações de estímulo à prática regular da atividade física, além disso, orienta-se sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e do tabagismo. O atendimento de adultos com HAS e com DM é feito todos os dias da semana e em todos os turnos, não temos adultos fora da área de cobertura de minha UBS e todos os integrantes de minha equipe de trabalho participam desses atendimentos. Não há na unidade protocolo de atendimento para usuários portadores de HAS e/ou DM.

Muitos usuários que buscam atendimento na unidade são idosos e estes são mais vulneráveis às doenças em função do processo de envelhecimento que ocasiona perdas funcionais como da visão, da capacidade de deambulação, que determinam também diminuição da autonomia. Por isto, o atendimento a esta população, foca intensamente na preservação da funcionalidade, na preservação de sua autonomia, na inclusão social e em cuidados e tratamentos que visam melhorar a qualidade de vida. De acordo com o

CAP o número estimado de idosos é de 403, e desses são acompanhados 352, sendo 87% de cobertura. Os indicadores de qualidade demonstram a necessidade de melhorias no atendimento aos idosos para disponibilização de caderneta de saúde. Em minha UBS, se realiza atendimento de idosos todos os dias da semana e isto acontece em todos os turnos, com participação de toda a equipe, não existem idosos fora da área de cobertura que realizam atendimento em minha UBS, após a consulta, o idoso sai com a próxima consulta programada agendada. Além das consultas programadas, existe demanda de idosos para atendimento de problemas de saúde agudos e em outros casos, não existe excesso de demanda. Temos protocolo de atendimento para idosos produzido pelo Ministério de saúde e atualizado. São desenvolvidas ações no cuidado aos idosos como: Imunizações, promoção da atividade física e de hábitos alimentares saudáveis, promoção de saúde bucal. Estes usuários são atendidos pelo odontólogo, também se faz promoção da saúde mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral e de problemas de saúde bucal, diagnóstico e tratamento do alcoolismo, da obesidade, do sedentarismo e do tabagismo. Em minha UBS os atendimentos dos idosos são registrados no prontuário clínico, no formulário especial, na ficha de atendimento odontológico entre outros. Os profissionais de saúde orientam ao idoso e aos familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência dos idosos, tais como a HAS, DM e Depressão.

Na unidade existe caderneta de saúde da pessoa idosa e é solicitada nos atendimentos . O responsável pelo preenchimento dela é o enfermeiro e o médico. São realizadas mensalmente na UBS atividades com os idosos, com boa adesão também. Todos os profissionais participam destas atividades de grupo e também se realiza cuidado domiciliar aos idosos. Em minha UBS nos reunimos uma vez ao mês para tratar este tema e qualquer dúvida solicitamos apoio da secretaria da saúde.

Quanto aos indicadores de saúde bucal é preciso melhorias já que existe somente uma dentista na UBS que atende no turno da manhã. Ela possui contrato com a Prefeitura da cidade para trabalhar 20 horas semanais. Não há técnico e

nem auxiliar de saúde bucal. Os usuários solicitam consultas para o dentista quando estão com problemas de saúde agudos que precisam ser atendidos no dia e os usuários não tem que esperar mais de 30 minutos para ser atendidos com o dentista, e em caso que exista excesso de demanda, também existem estratégias para solucioná-los. Uma vez ao mês, se fazem ações programadas em escolas para garantir este tipo de atendimento aos estudantes. Também em uma mesma consulta com o usuário se realiza mais de um procedimento, como aplicação de flúor, restauração, profilaxia ou extração. A realização de mais de um procedimento por consulta reduz números de consultas necessárias para concluir os tratamentos. Em nossa unidade, não são oferecidos serviços de prótese dentária e não oferece atendimento odontológico especializado, como por exemplo tratamento de canal, tratamento periodontal, cirurgias e lesões de mucosa.

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

Comparando o texto da situação da ESF/APS em meu serviço da segunda semana de ambientação com o relatório da análise situacional, concluo que neste momento já tenho melhor conhecimento sobre a situação da minha UBS, sobre o processo de trabalho da minha equipe, sobre a saúde dos usuários e suas doenças, melhor conhecimento acerca do funcionamento do sistema de saúde no município.

A análise situacional proporcionou uma reflexão de toda a equipe sobre a estrutura da unidade, sobre as práticas exercidas nas diversas ações programáticas realizadas, sobre o engajamento público e acolhimento dos usuários e com isso, posso dizer que atualmente, em conjunto com as autoridades de saúde, a equipe de saúde tem resolvido algumas das situações que existiam, mas ainda temos que continuar trabalhando intensamente, para melhorar ainda mais a situação da ESF/APS no município. Sabemos que a tarefa não é nada fácil,

mas também que não é impossível, e em conjunto, os problemas e a diversidade de situações que aparecem no caminho podem ser resolvidas.

Enfim, posso dizer que temos outro olhar desde o início do trabalho na UBS até o momento e que este programa de especialização é muito útil, pois nos fornece ferramentas para enfrentar os problemas identificados, para reorganizar o processo de trabalho e melhorar o nosso trabalho na comunidade.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Não há uma causa única para estas doenças, mas vários fatores de risco que aumentam a probabilidade de sua ocorrência. A Hipertensão arterial sistêmica e o Diabetes Mellitus representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário em nível nacional. A hipertensão afeta de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos e cerca de 90% dos pacientes com acidente vascular encefálico e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam hipertensão associada. O diabetes todas as faixas etárias, sem qualquer distinção de raça, sexo ou condições socioeconômicas. Na população adulta, sua prevalência é de 7,6%. Estas doenças levam, com frequência, à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões suas vidas, sua família e a sociedade. Quando diagnosticadas precocemente há grandes chances de evitar complicações, quando não, retardam a progressão das já existentes e as perdas delas resultantes. Investir na prevenção é decisivo não só para garantir a qualidade de vida como também para evitar a hospitalização e os consequentes gastos, principalmente quando se considera o alto grau de sofisticação tecnológica da medicina moderna. Se for possível prevenir e evitar danos à saúde do cidadão, este é o caminho a ser seguido.

Diante desse contexto, do grande número de diabéticos e hipertensos em minha área e da necessidade de melhorar a qualidade do acompanhamento desses usuários é que escolho como foco para a realização da hipertensão trabalhar com a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus.

Para iniciar esta intervenção tenho o apoio de toda a equipe, a mesma conta com dois médicos, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma nutricionista, uma psicóloga, uma fisioterapeuta, dois dentistas, uma recepcionista e quatro motoristas. Além disso, em minha UBS contamos com os espaços necessários para a realização das ações da intervenção, com consultórios, sala de triagem, sala de reuniões, sala de enfermagem, farmácia, além de ter convênios com o laboratório do município que realizam coletas de alguns exames.

Para a realização da intervenção o público alvo é de 535 hipertensos e 226 diabéticos (mas, em um primeiro momento trabalhará com uma meta reduzida para cada patologia uma vez que não existia nenhum programa ou alguma base de dados dessa população que possa nortear minhas ações. Nesse sentido, iremos ampliar a cobertura de HAS 100% e DM 100%. Como ainda este programa está na fase de organização e planejamento não posso inferir qual o grau de aceitação da população alvo. Esses usuários geralmente procuram atendimento na unidade quando apresentam algum sintoma agudo ou para renovar receitas, motivo pelo qual desejamos inserir esta intervenção para que a população não continue com essa rotina, além disso, queremos oferecer um bom acompanhamento para assim conseguirmos que esta população alcance uma melhor qualidade de vida. Hoje em dia estes usuários têm acesso a medicamentos, consultas, exames, e em cada encontro dos grupos trabalharam na reeducação alimentar, prática de exercícios sendo os hipertensos e diabéticos o foco dessas atividades.

Desde o início da proposta de realizar uma intervenção na UBS com a equipe, todos estão muito entusiasmados e bem-dispostos para desenvolvê-la e fortalecer essas ações aqui na unidade, junto com as agentes comunitárias de saúde, todos já se comprometeram a participar. Todos acreditam que ao iniciar a intervenção vamos encontrar dificuldades em relação a resistências de alguns

usuários em mudar seus hábitos de vida, porém acredito que com a união da equipe e o comprometimento, além do apoio da administração e da população, vamos conseguir alcançar nossos objetivos nesta intervenção, esperando bons resultados na saúde destas pessoas e que um futuro próximo essas ações sejam amplificadas para toda a população da área de abrangência e do município.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e dos diabéticos na UBS Roca Sales/RS

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

**Objetivo 1** Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

**Meta 1.1** Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Meta 1.2** Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a 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 de farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

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

**Meta 3.1** Buscar 100% do hipertenso faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Meta 3.2** Buscar 100% do diabético faltoso 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 usuários 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 a prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

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

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

O projeto de intervenção para melhoria da atenção à saúde aos hipertensos e aos diabéticos envolverá a utilização dos protocolos do Ministério da Saúde referenciados, dos Cadernos de Atenção Básica número 37 de Hipertensão Arterial e número 36 de Diabetes Mellitus, ambos do ano 2013 (BRASIL, 2013a; 2013b relacionados a HAS e a DM. São protocolos organizados pelo Brasil que colaboram para uma prática em Atenção Primária à Saúde (APS) mais segura e baseada em evidências. Participarão da intervenção todos os usuários adultos portadores HAS e/ou DM residentes na área de abrangência da unidade.

### **2.3.1 Detalhamento das Ações**

A construção da intervenção se deu a partir da Análise Situacional do curso, em que foi possível conhecer melhor a realidade do serviço da UBS Roca Sales, assim, elencar prioridades e definir o foco da intervenção nesta interface em APS.

Utilizando como critério de seleção os hipertensos e os diabéticos pertencentes à área adstrita da UBS, realizamos reuniões com a equipe, fomentando a apropriação do conhecimento sobre as metas. Também,

procuramos desenvolver planejamentos das ações e distribuição das atribuições dos diversos profissionais. É uma intervenção que está envolvendo duas enfermidades crônicas não-transmissíveis, que muitas vezes acometem conjuntamente aos usuários. Isto repercute no envolvimento da equipe para transpor as dificuldades e as exigências das metas aqui estipuladas.

As visitas domiciliares serão realizadas e registradas por meio das fichas-espelho individuais (Anexo "A"), incluindo as Cadernetas de Saúde (Anexo "C"), de forma a serem anexadas aos respectivos prontuários na UBS Roca Sales

Conforme o decorrer dos atendimentos, as informações obtidas serão desenvolvidas na planilha de monitoramento do curso, em formato Microsoft Excel. Ela permite a organização de um registro mensal, com fomentação dos dados semanalmente, totalizando 16 semanas de intervenção junto ao curso, sempre com a perspectiva da continuidade da intervenção junto ao serviço. Ela é uma planilha automatizada e os registros são repetidos automaticamente a cada mês. Dessa forma, os dados já cadastrados, permitem uma efetiva análise e monitoramento da intervenção e da ação programática como um todo.

As ações são apresentadas para cada meta seguindo a disposição dos quatro eixos temáticos do curso, que contemplam monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica e engajamento público.

A população da UBS é de 3917 pessoas. Delas temos 535 usuários com HAS e 226 usuários com DM cadastrados. Nesta direção, a cobertura atual do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde é de 99,6 % e a cobertura de atenção atual do programa de atenção ao diabético na UBS é de 96,6%.

Os objetivos abordados nesta ação programática Saúde do Adulto, Atenção a HAS e DM, serão envolvidos nas interfaces da cobertura; adesão, qualidade, registro, mapeamento de risco da população-alvo e promoção de saúde da ação programática. Assim, destacam-se as metas e indicadores nesses objetivos. As ações estão construídas dentro das orientações dos quatro eixos temáticos que o curso desenvolve, sendo eles: Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão

do Serviço, Engajamento Público, Qualificação da Prática Clínica. Com isto, explanamos as ações baseadas nas respectivas metas.

**OBJETIVO 1.** Ampliar a Cobertura dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

META 1.1 Cadastrar 100% dos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade básica de saúde.

META 1.1 Cadastrar 100% dos usuários 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 e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade básica de saúde.
- Revisar semanalmente o fichário que contém os cadastros de hipertensos e diabéticos, para acompanhar a cobertura desses usuários.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados da UBS: será elaborada uma ficha clínica individual (ficha específica do hipertenso ou diabético) com todos os dados dos pacientes e ações realizadas. Também será elaborada planilha eletrônica para facilitar o monitoramento e avaliação da saúde do usuário e ações desenvolvidas. Contaremos com ajuda de todos os profissionais da equipe, inclusive dos ACS.

Designar um integrante da equipe de saúde que realizará a revisão semanal junto o médico, dos novos cadastros de hipertensos e diabéticos, e monitorar a cobertura de acordo com a meta.

- Melhorar o acolhimento dos usuários com hipertensão e diabetes na UBS: cada usuário que chegar a unidade vai ser recebido, acolhido, cadastrado. A agenda

será organizada de forma a acolher esses pacientes. Combinar com a equipe para que todo usuário hipertenso ou diabético que procure a unidade com o quadro agudo seja atendido no mesmo dia (mesmo que exceda as vagas do dia); casos que podem ser agendados para outra data serão discutidos com os médicos e disponibilizadas vagas para esses atendimentos.

- Garantir o material adequado para o atendimento dos hipertensos e diabéticos na UBS (esfigmomanômetros de diferentes tamanhos, fita métrica, balança e hemoglicoteste). Serão solicitados ao gestor para fornecimento e manutenção do material necessário para desenvolver essas ações.

#### 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 Pressão Arterial uma vez ao ano depois dos 18 anos de idade.

- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para Diabetes Mellitus em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

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

Neste caso realizaremos as orientações em sala de espera, nos atendimentos de enfermagem, durante a consulta com o paciente, nas visitas domiciliares, nas atividades de educação em saúde do dia a dia na UBS, na rádio e na comunidade, também em palestras orientadas a aumentar o conhecimento da população quanto às doenças crônicas.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar aos ACS e equipe de ESF para cadastrar todos os hipertensos e diabéticos da área de abrangência, com os dados completos dos pacientes.

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

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg, nas reuniões da equipe de trabalho.

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

META 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos pacientes hipertensos.

META 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos pacientes diabéticos.

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a realizar o exame clínico adequado aos usuários hipertensos e diabéticos. O monitoramento será realizado semanalmente e a avaliação será realizada mensalmente, por um dos membros da equipe de saúde, designado para isto.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Definir atribuições dos profissionais no exame clínico dos pacientes hipertensos e diabéticos, seguindo o protocolo de hipertensão arterial do Ministério de saúde. Para fazer uso adequado do método clínico- epidemiológico, as consultas serão realizadas em conjunto com enfermeiro da UBS, para detecção de possíveis complicações da doença, ou prever futuras complicações.

- Dispor de protocolos adequados na UBS. Imprimir os protocolos no gabinete da secretaria da saúde que tem disponibilidade de impressora.

- Organização das capacitações dos profissionais e estabelecer periodicidade das mesmas, sob a responsabilidade dos enfermeiros e os médicos da UBS.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar a comunidade sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da Hipertensão arterial e diabetes mellitus e a importância de ter o exame clínico periódico apropriado. Essa ação será realizada

nas atividades de educação em saúde, seja nas consultas individuais, nas visitas domiciliares ou nas atividades de grupos.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe de saúde para a realização do exame clínico apropriado aos pacientes hipertensos e diabéticos. Neste caso a atividade será feita pela técnica de enfermagem ou médico da equipe de saúde, direcionada aos ACS e auxiliar de enfermagem, para detecção de futuras complicações.

META 2.3 Garantir a 100% dos pacientes hipertensos a realização de exame complementar em dia de acordo com o protocolo.

META 2.4 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exame complementar em dia de acordo com o protocolo.

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar o número de hipertensos com exame laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade básica de saúde.

- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exame laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

- Revisar semanalmente todas as fichas de pacientes hipertensos e diabéticos, para suprimir eventuais falhas ou registros inadequados.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Garantir a solicitação de exame complementar. A solicitação desses exames será garantida nas consultas de Hiperdia agendadas, e quando a situação do paciente requeira o exame, mesmo sem o paciente estar agendado.

- Tentar garantir com o gestor municipal agilidade para a realização do exame complementar definido no protocolo.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar aos pacientes sobre a importância de realização do exame complementar e sua periodicidade. A orientação ocorrerá nas consultas individuais na UBS, nas visitas domiciliares, e nas atividades de grupos.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe de saúde para seguir o protocolo adotado na unidade básica de saúde para solicitação de exame complementar. A capacitação ocorrerá no período das reuniões de equipe, sendo coordenada pelo médico ou técnico da enfermagem.

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

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar o acesso aos medicamentos da farmácia popular/hiperdia:  
Monitoraremos semanalmente a ficha específica dos pacientes hipertensos e diabéticos assim como o cartão de medicamentos dos pacientes nas consultas de hiperdia e nas visitas domiciliares pelo ACS.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Realizar controle de estoque dos medicamentos. Realizaremos essa ação em conjunto com o responsável de farmácia, segundo as fichas específicas dos pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS e que usam estes medicamentos da farmácia da UBS.
- Realizar o registro das necessidades de medicamentos dos pacientes hipertensos e diabéticos da UBS segundo a quantidade de pacientes cadastrados em atendimento na UBS.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar aos pacientes hipertensos e diabéticos sobre os direitos de ter acesso a farmácia popular como usuários. As orientações serão realizadas nas consultas, nas atividades de educação em saúde, atividades de grupos e visitas domiciliares.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Realizar atualização dos profissionais em reunião de trabalho da equipe, sobre tratamento da hipertensão arterial e diabetes mellitus.

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

META 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos pacientes diabéticos

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitem atendimento odontológico nas consultas de Hiperdia. Semanalmente a ficha específica serão revisadas e monitoradas quando a avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Organizar agenda de saúde bucal para pacientes hipertensos e diabéticos em conjunto com a equipe de odontologia e a coordenadora da unidade básica de saúde.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar a comunidade sobre a importância da saúde bucal nas diferentes atividades de educação em saúde, nas consultas, visitas domiciliares e atividades de grupos específicos.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe para identificar pacientes hipertensos com necessidade de atendimento odontológico, com ajuda da equipe odontológico.



**OBJETIVO 3.** Melhorar a adesão de pacientes com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus ao programa

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

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

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:**

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) dos pacientes hipertensos através da revisão semanal das fichas específica dos pacientes hipertensos e diabéticos.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:**

- Organizar visitas domiciliares para buscar pacientes hipertensos faltosos nas consultas em conjunto com as ACS.
- Agendar consultas aos pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus faltosos em conjunto com o enfermeiro da UBS.

Após a revisão e monitoramento das fichas específicas, a técnica de enfermagem e os médicos, avisarão os ACS sobre os pacientes faltosos de suas micro-áreas, sendo que vão informar a nova data da consulta.

**ENGAJAMENTO PÚBLICO:**

- Informar aos pacientes hipertensos e diabéticos na comunidade sobre a importância da realização das consultas e a periodicidade da mesma, preconizada pelo Ministério da Saúde. Essa informação será dada nas diferentes atividades de educação em saúde feitas nas consultas individuais, nas visitas domiciliares e atividades de grupos.

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:**

- Capacitar os ACS para a orientação dos usuários hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade, utilizando o espaço das reuniões da equipe.

**OBJETIVO 4.** Melhorar o registro das informações na UBS dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

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

META 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos pacientes com diabetes mellitus cadastrados na unidade básica de saúde.

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar a qualidade do registro de pacientes hipertensos e diabéticos da UBS, em conjunto com a técnica de enfermagem da UBS. Esse monitoramento será feito semanalmente com a revisão da ficha específicas desses pacientes. Os dados contidos nas fichas serão transcritos semanalmente para uma planilha eletrônica do Excel, que calcula automaticamente os indicadores. A avaliação desses indicadores será realizada mensalmente.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Manter as informações do SIAB atualizadas. A ação ficará sob a responsabilidade da técnica de enfermagem, auxiliar de enfermagem e ACS da equipe de saúde.
- Fazer ficha de acompanhamento. Utilizaremos um modelo de ficha específica, disponibilizado pelo curso de Especialização em Saúde da Família da UFPel, contendo todas as informações pessoais do paciente, situação de saúde, exames realizados e ações realizadas com os pacientes atendidas.
- Pactuar com a equipe de saúde o registro das informações, onde todos os profissionais utilizem a ficha específica do paciente e registrem todas as ações que foram realizadas durante o atendimento.

- Definir um responsável pelo monitoramento das informações, neste caso pelo médico.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto tem atraso na realização da consulta de acompanhamento, na realização de exame complementar e não tinha realização de estratificação de risco e avaliação de comprometimento de órgãos alvos e ao estado de compensação da doença. Quando esses problemas acontecerem, sinalizaremos com a colocação de um lembrete (seguro por um clipe ao grampo), na ficha específica do paciente.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar os pacientes sobre seus direitos em a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Assim como orientar ter seus documentos em dia, neste caso o cartão do SUS. Realizaremos essas orientações durante as consultas individuais, nas visitas domiciliares e nas reuniões de grupo.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe para o preenchimento dos registros e no acompanhamento clínico dos pacientes hipertensos e diabéticos, essa capacitação será feita nas reuniões de trabalho da equipe, tendo como responsáveis os médicos e a técnica de enfermagem da UBS.

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

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

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar o número de pacientes hipertensos com realização de pelo menos uma estratificação de risco cardiovascular por ano. O monitoramento será feito através da revisão semanal das fichas específicas dos pacientes.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Organizar a agenda para atendimento desta demanda. Essa organização será realizada pelo médico e técnica de enfermagem da UBS. Durante as consultas de Hiperdia, o médico e as técnicas de enfermagem farão o registro da estratificação de risco na ficha específica do paciente.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

- Orientar aos pacientes e a comunidade da importância do controle de fatores de risco modificáveis, como alimentação, prática de exercícios físicos, hábito de fumar, ingestão de bebidas alcoólicas. .

Essas orientações serão realizadas nas atividades de educação em saúde, nas consultas, visitas domiciliares e atividades nos grupos de hipertensos e diabéticos.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe de saúde para realizar estratificação do risco segundo escala de Framingham ou de lesões em órgãos alvos.

- Capacitar à equipe na importância de fazer o registro da avaliação.

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

Nas reuniões da equipe serão feitas atividades de capacitação das doenças hipertensiva e diabetes mellitus.

**OBJETIVO 6.** Promover a saúde de pacientes 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.

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos pacientes hipertensos e diabéticos, através da revisão semanal das fichas específicas. A avaliação será realizada mensalmente.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS:

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável nas atividades de educação em saúde aos pacientes, família e na comunidade
- Envolver as nutricionistas nas atividades nas comunidades.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar aos pacientes hipertensos e seus familiares na importância da alimentação saudável nas diferentes atividades de educação em saúde da UBS, nas consultas individuais, visitas domiciliares e atividades de grupos específicos, tendo como responsáveis toda a ESF e também as nutricionistas de apoio da UBS.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe de saúde na prática de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe na metodologia de educação em saúde.

As capacitações serão realizadas nas reuniões da equipe e com ajuda da equipe de apoio do Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB) da UBS.

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

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

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:**

- Monitorar a orientação de realização de atividades físicas regular aos pacientes hipertensos e diabéticos, através da revisão semanal dos registros contidos nas fichas específicas.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:**

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividades físicas em conjunto com toda a equipe da UBS.

- Demandar junto à secretaria de saúde parceiras institucionais para envolver educadores físicos nestas atividades.

**ENGAJAMENTO PÚBLICO:**

- Orientar a pacientes hipertensos e diabéticos na importância de realizar atividade física regular, será feita nas atividades de educação em saúde nas consultas individuais, nas visitas domiciliares, nas atividades de grupos específicos e nas comunidades.

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:**

- Capacitar à equipe de saúde na promoção de praticar atividade física regular na população e capacitar a equipe de saúde na metodologia de educação em saúde, utilizando os espaços das reuniões de trabalho da equipe.

META 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

META 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:**

- Monitorar a orientação sobre o risco do tabagismo aos pacientes hipertensos nas consultas de Hipertensão, na revisão das fichas específicas tendo como responsáveis o médico e o enfermeiro.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento de abandono ao tabagismo em pacientes fumantes.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar aos pacientes sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e orientar sobre os danos do tabagismo na saúde de forma geral.

As orientações se darão nas atividades de educação em saúde, com a participação de toda a equipe de saúde.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe de saúde no tratamento de pacientes tabagista e na metodologia de educação em saúde. Utilizaremos o espaço das reuniões de trabalho da equipe para executar essa ação.

META 6.7 Garantir orientação na higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

META 6.8 Garantir orientação na higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos, através da revisão semanal dos registros contidos nas fichas específicas desses pacientes.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

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

- Envolver a equipe de odontologia nesta atividade em conjunto com a secretaria de saúde.

- Garantir em conjunto com a secretaria de saúde o material de odontologia para o atendimento destes pacientes sendo responsável por essa atividade o dentista da UBS.

**ENGAJAMENTO PÚBLICO:**

- Orientar aos pacientes hipertensos, diabéticos e seus familiares na importância da higiene bucal nas consultas individuais e nas outras atividades de educação em saúde.

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:**

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal em conjunto com a equipe de odontologia da UBS. Realizaremos a capacitação durante o período reservado para a reunião de trabalho da equipe de saúde.

**2.3.2 Indicadores**

Os indicadores desenvolvidos para a intervenção estão em comum acordo com a Planilha de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações (OMIA) e também com a planilha de coleta de dados que o nosso curso disponibilizou em parceria com a UFPel e a UNASUS.

**Objetivo 1** Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

Meta 1.1 Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a 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 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.



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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia

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

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

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

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

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

**Meta 2.5** Priorizar a prescrição de medicamentos de 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 de 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 adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa HIPERDIA.

**Meta 3.1** Buscar 100% do hipertenso faltoso 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% do diabético faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Meta 5.2** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários 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 de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.3** Garantir orientação em relação a 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 a 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 orientações 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 orientações 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 orientações 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 orientações 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 a Hipertensão e Diabetes Mellitus vamos adotar os Cadernos da Atenção Básica. Estratégias para os cuidados das pessoas com doenças crônicas: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Utilizaremos o prontuário clínico destes usuários existente na unidade, mas como ele não contém as informações necessárias sobre o acompanhamento da saúde destes usuários assim como os indicadores necessários para o monitoramento da intervenção a equipe elaborou uma ficha complementando (ficha-espelho disponibilizada pelo curso) todos estes dados como a classificação do risco, exames clínico e laboratoriais, avaliação bucal, vacinas, orientações sobre promoção de saúde, tratamento médico, além do retorno à próxima consulta. Nos propomos alcançar com a intervenção um 100% de índice de cobertura pelo que precisamos de um livro ata onde serão anexadas estas informações, para o preenchimento dos dados do acompanhamento, também serão utilizados os prontuários e fichas de cadastramento da população total da área de abrangência, a equipe fará contato com a associação do bairro e a comunidade onde informaremos sobre a existência das ações da intervenção. Explicaremos a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos pelo menos anualmente.

Para organizar o registro específico da intervenção, um membro da equipe capacitado e eleito revisará o livro de registro semanal disponibilizado na unidade, e os prontuários clínicos destes usuários, identificando todos hipertensos e diabéticos que vieram ao serviço nos últimos três meses, e transcreverá todas as informações disponíveis para o livro criado pelo enfermeiro e o médico e que serão discutidas nas reuniões da equipe uma vez ao mês, ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas, vacinas, exames clínicos e laboratoriais em atraso

Após discutir e fazer definição do foco de intervenção com a equipe iniciaremos a intervenção com a capacitação de acordo com os protocolos

adotados pela unidade de saúde, para que a equipe toda utilize esta referência na atenção aos usuários portadores destas doenças quanto ao manejo e acompanhamento dos mesmos, verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, assim como a realização do hemoglicoteste, e como deve orientar ao usuário sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular\Hiperdia. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservado uma hora ao final da reunião semanal da equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

Para aumentar o cadastro e adesão à consulta dos usuários com hipertensão e diabetes é preciso aumentar as atividades educativas com a população e as frequências das visitas domiciliares, para isto contaremos com o apoio dos Agentes Comunitários orientarão em cada visita domiciliar sobre a importância de uma alimentação saudável, assim como prática de exercícios físicos regular, sobre os malefícios do tabagismo e a existência de tratamentos para abandonar o mesmo, importância da higiene e avaliação frequente da cavidade bucal, além da consulta de acompanhamento e realização frequente de exames complementares, sobre a existência da intervenção, além da frequência e horário das consultas de atendimento semanais.

O acolhimento destes usuários que buscarem o serviço será realizado pelas enfermeiras com as técnicas de enfermagem, priorizando sempre aqueles com atrasos na consulta programada, os avaliados como de alto risco, com problemas agudos de saúde e os que buscam agendamento para a consulta de acompanhamento. Os usuários sairão da unidade com a próxima consulta agendada.

Dentre as ações realizadas nas consultas de acompanhamento destes usuários, está um exame físico, incluindo a verificação de pressão arterial, dados antropométricos (peso, altura e circunferência abdominal) para o cálculo do IMC, a avaliação do risco cardiovascular e também a avaliação da saúde bucal. Nas consultas feitas, a necessidade de atendimento odontológico é grande, apesar de contarmos com dois dentistas na unidade de saúde o tipo de atendimento



odontológico que se oferece é por demanda espontânea. Para organizar a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico a equipe em conjunto com a equipe de saúde bucal tem planejado como estratégia dar atendimento a 8 pacientes com hipertensão semanal e 4 com diabetes, os quais serão agendados previamente pela equipe de saúde.

Faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade na igreja da área de abrangência e apresentaremos a proposta da intervenção, esclarecendo primeiramente sobre a existência do programa na UBS, a importância da consulta de acompanhamento regular, e sobre a atenção prioritária a estes usuários, assim como solicitaremos o apoio da comunidade para a identificação dos que estão atrasados na consulta programada. Também, todos os meses compartilharemos nas reuniões com a comunidade os indicadores de qualidade, os faltosos ao retorno programado, e estado do programa.

É importante a pesquisa de sinais e sintomas das complicações destes usuários pelo qual o enfermeiro e o médico capacitarão os ACS na avaliação de risco para ambas as doenças, a importância do registro desta avaliação, assim como conhecimento das medidas de controle dos fatores de risco passíveis de modificação, para isto, cada 15 dias nas reuniões da equipe disponibilizaremos uma hora onde o enfermeiro e a médica abordarão o tema. A equipe nas ações de saúde realizadas na comunidade duas vezes ao mês abordará estes temas para facilitar a identificação dos usuários com maior risco e assim estabelecer um acompanhamento diferenciado dos mesmos, realizaremos registro no livro ata os quais serão monitorizados duas vezes ao mês nas reuniões da equipe, dos usuários que recebam estas orientações.

A equipe em conjunto com os gestores da unidade temos proposto manter todas as condições necessárias para atender às necessidades da população da nossa área adstrita, contamos com os materiais e recursos necessários e suficientes para o desenvolvimento destas ações. Contamos com o apoio dos representantes da comunidade.



### **3 Relatório da intervenção**

A intervenção que visou qualificar a atenção aos hipertensos e/ou diabéticos na UBS Roca Sales-RS, aconteceu entre os meses de janeiro e maio do ano de 2015, foi organizada para ser realizada em 16 semanas, no entanto, foi realizada em 12 semanas por orientação da Coordenação do Curso com o objetivo de se adequar e ajustar ao Calendário da Turma 8, já que houve a realização do período de férias previstas no Programa Mais Médicos para o Brasil. As metas estabelecidas para a intervenção também previam a realização da intervenção em 16 semanas.

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

Para realizar a intervenção sobre HAS e DM na UBS foi adotado o Caderno de Atenção Básica do Ministério de Saúde número 37 de Hipertensão Arterial e número 36 de Diabetes Mellitus, ambos do ano 2013 (BRASIL, 2013a; 2013b). Com isso, foram impressos estes documentos e orientados para estudos da equipe da UBS. Também, foram realizadas capacitações (palestras de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus nas reuniões de trabalho da equipe) e atualizações dos profissionais da equipe de saúde nos cadastros de usuários e sobre os dados da intervenção em geral.

A qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde foi monitorada, assim como avaliada no decorrer da intervenção. No entanto, na organização e gestão do serviço foram propostas cinco ações e cumpridas, mantendo as informações do SIAB atualizadas, implantada as fichas de acompanhamento do curso e pactuada com a equipe de saúde o registro das informações. Toda a equipe foi responsável pelo monitoramento dos registros de usuários hipertensos e diabéticos. Neste sentido, foi criado um sistema de registro que viabilizou situações quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, na realização de exames complementares e na realização de estratificação de risco cardiovascular.

Foram atualizados os prontuários eletrônicos e as fichas espelho disponíveis para cada um dos usuários hipertensos e diabéticos. Em cada reunião da equipe foi feito o monitoramento das ações realizadas e os dados contidos nas fichas foram sendo digitados na planilha eletrônica de coleta de dados pelo médico da equipe de saúde da UBS, cadastrando 535 usuários com hipertensão arterial e 226 diabéticos com mais de 20 anos de idade que sofrem destas doenças.

Todo usuário hipertenso ou diabético que procurou a UBS com queixa de quadro agudo foi atendido no mesmo dia e disponibilizado vagas para esses atendimentos em forma de acompanhamento. Os usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus foram acolhidos na UBS pela recepcionista de Saúde e encaminhados para o consultório da técnica de enfermagem. Ela, como rotina, verificava os sinais vitais, realizava hemoglicoteste e/ou antropometria. Assim, foram registrados nos prontuários eletrônicos dos usuários hipertensos ou diabéticos. Os dados da avaliação de risco cardiovascular, exame clínico (exame físico completo, peso, altura, avaliação da cavidade oral, ausculta cardíaca e pulmonar, pele e pés), foram registrados pelo médico nas consultas. Os exames complementares foram solicitados e avaliados pelos médicos da UBS.

Os ACS identificaram os usuários acamados que não conseguiram se deslocar até a UBS e informaram nas reuniões da equipe feitas. Nesta direção, foi feito um cronograma e avaliados nas visitas domiciliares pela enfermeira e médico

da equipe de saúde, em concordância com a coordenadora da Unidade Básica de Saúde.

Nas comunidades foram feitas atividades de promoção da saúde relacionadas com as doenças crônicas não-transmissíveis, como a HAS e DM, inclusive divulgadas pela rádio local.

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

Durante a intervenção houve fragilidade na comunicação à comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, particularmente para o maior alcance dos usuários com dificuldade de locomoção e/ou acesso dificultado ao Serviço.

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

As principais dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativas à intervenção foram usuários que não foram cadastrados nos registros da UBS e dados incompletos nos prontuários individuais. Apesar disso, foi feito o fechamento com sucesso das planilhas de coletas de dados a partir dos preenchimentos adequados das fichas espelho.

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

As ações realizadas na intervenção serão incorporadas à rotina do serviço na unidade. Assim, serão revisados os prontuários individuais dos usuários hipertensos e diabéticos de forma sistemática para avaliação clínica segundo o que recomenda os protocolos de MS, solicitando exames complementares semestralmente dos usuários hipertensos e diabéticos, realizando busca ativa de indivíduos acamados para visita domiciliar, desenvolvendo avaliação clínica em

cada consulta, assim como atividades de promoção e orientação de saúde pela equipe nas comunidades aos usuários hipertensos e diabéticos. Todos os profissionais concordam com a incorporação dessas ações e estão satisfeitos com a continuidade.

Se fosse realizar a intervenção neste momento faria diferente, realizaria reuniões com a equipe e os gestores, também mais reuniões com toda a comunidade nos diferentes bairros da área de abrangência da UBS. Assim todos saberiam melhor sobre a intervenção e poderia contar com ajuda deles na incorporação desta atividade no Serviço, sendo mais pacientes com as atividades da intervenção.

## **4 Avaliação da Intervenção**

A avaliação da intervenção é o primeiro momento da Unidade 4 do Curso e contribuiu para analisar os aspectos pertinentes da Atenção Básica contextualizada na intervenção e os enfrentamentos oportunizados durante a execução das atividades durante a intervenção.

### **4.1 Resultados**

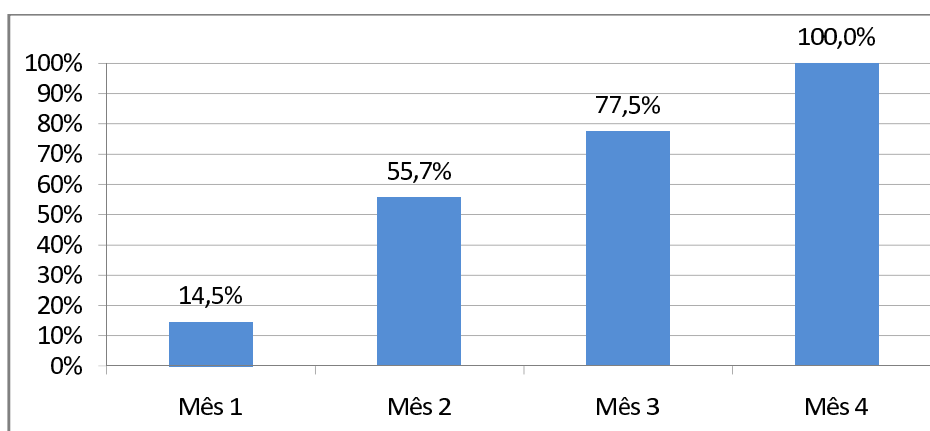
A nossa intervenção em Atenção Primária à Saúde visou à qualificação da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos na UBS Roca Sales RS. Na qual atendem duas equipes de ESF, mas a intervenção foi desenvolvida apenas para a população da área da abrangência do ESF2. Assim sendo, o público alvo da intervenção foram 535 hipertensos com 20 anos ou mais e 226 usuários com Diabetes Mellitus na faixa etária de 20 anos ou mais.

**Objetivo 1** Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

Meta 1.1 Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

O objetivo específico de ampliar a cobertura de atenção a hipertensos e/ou diabéticos teve como metas ampliar a cobertura de atenção a 100% de hipertensos e 100% de diabéticos. Assim, com o indicador Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde, conforme a Figura 1, obteve-se no mês 1 da intervenção 14,5% (78), no mês 2 55,7% (299), no mês 3 77,5% (416) e no mês 4 100% (535). Independente que o indicador cobertura de atenção foi acrescentando o número de pessoas hipertensas.



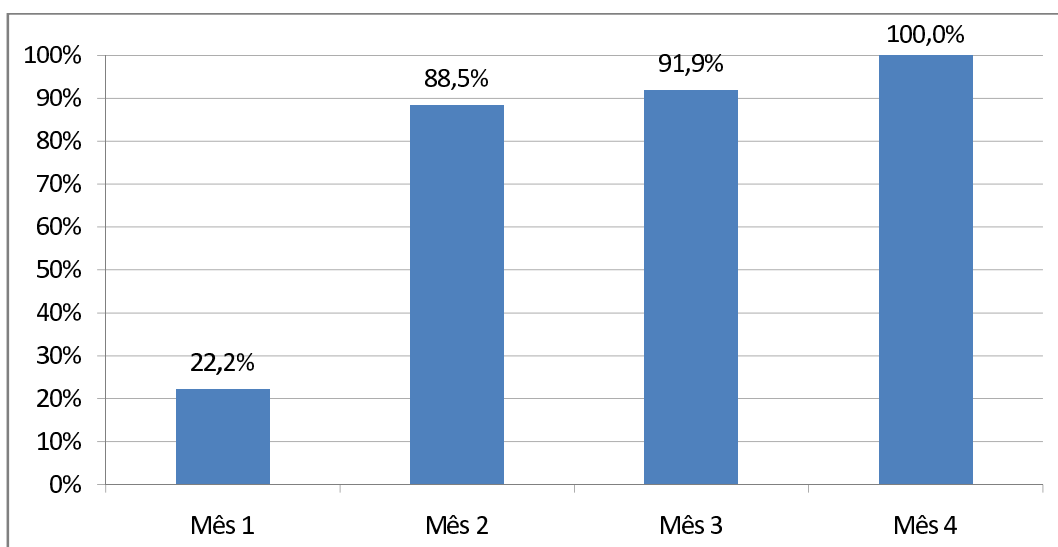
**Figura 1** Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Roca Sales, Roca Sales/RS. 2015.

**Meta 1.2** Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Tendo o indicador de cobertura do programa de atenção ao diabético, conforme a Figura 2, no mês 1 desenvolveu-se 22,2 % (52), no mês 2 88,5% (207), no mês 3 91,9% (215) e no mês 4 100% (226). Este resultado evidencia que a intervenção conseguiu ter uma cobertura de um 100 % de usuários diabéticos dos 100% propostos na meta.





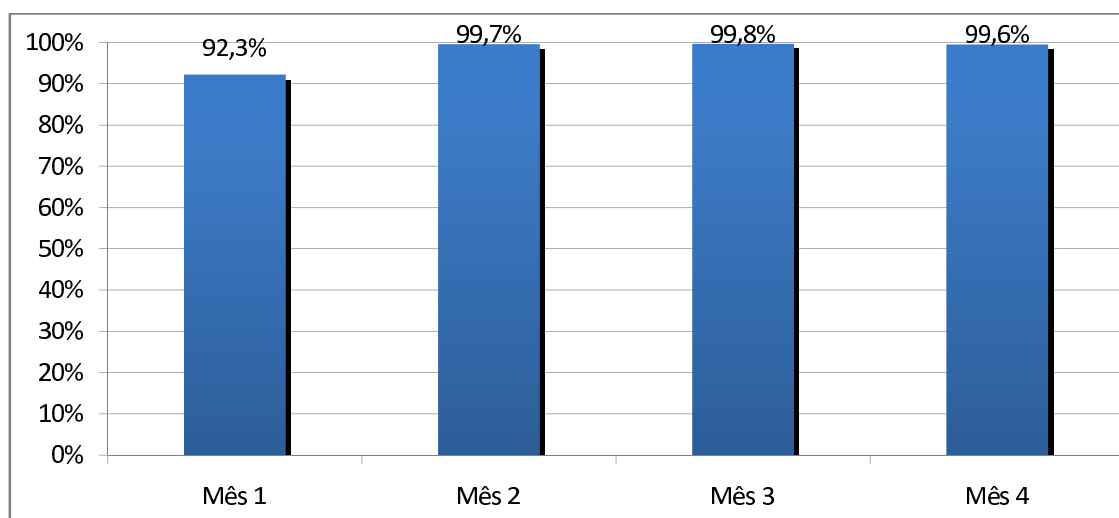
**Figura 2** Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Roca Sales, Roca Sales/RS. 2015.

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

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

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

Os resultados do objetivo específico conhecido como Melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e/ou diabéticos são apresentados como forma de desenvolver o começo da interface dos indicadores de qualidade da intervenção. Assim, destaca-se que nas metas relativas ao objetivo de qualidade elas foram estipuladas em 100%. O indicador Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, conforme ilustra a Figura 3, no mês 1 obteve-se 92,3% (72), no mês 2 99,7% (298), no mês 3 99,8% (136) e no mês 4 99,6% (535). O exame clínico em dia nos usuários hipertensos, durante a intervenção em certa medida se manteve estável o acompanhamento, já que a Equipe do Serviço esteve no apoio das ações.

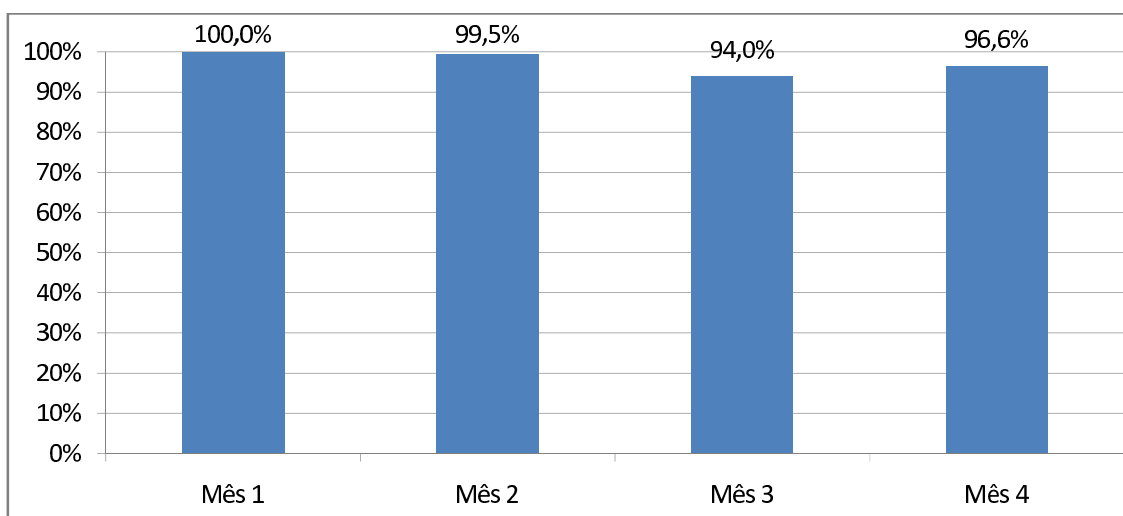


**Figura 3** Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Roca Sales, Roca Sales/RS. 2015.

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

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

Dentro do foco da mesma meta anterior, ao se pretender realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos, tendo como Indicador a Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, observou-se, em acordo com a Figura 4, que no mês 1, obteve-se 100% (52), no mês 2 99,5% (206), no mês 3 94% (202) e no mês 4 foram 96,6% (226). O exame clínico nestes usuários é muito importante devendo se fazer com todos os usuários com objetivo de procurar complicações da doença.



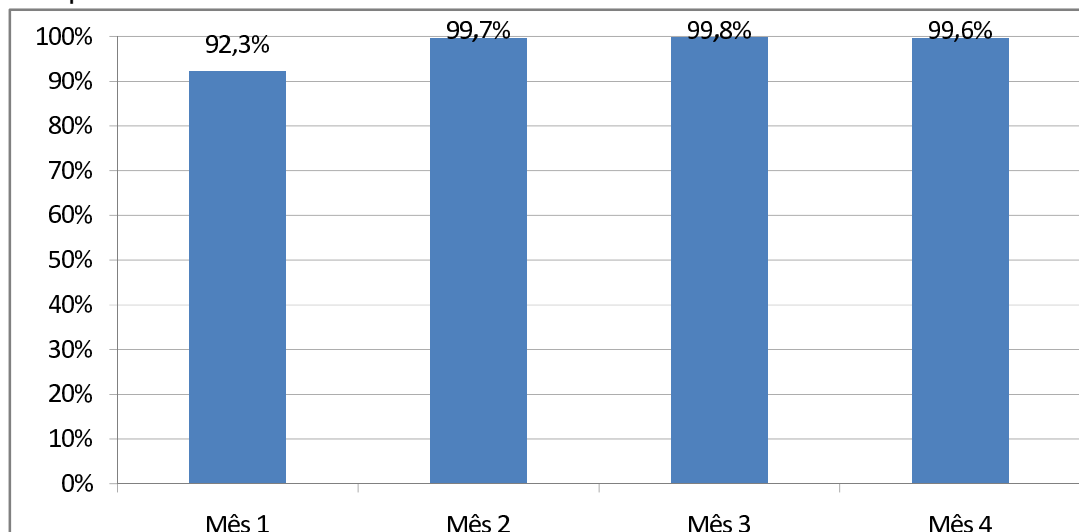
**Figura 4** Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Roca Sales, Roca Sales/RS. 2015.

**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.

Na meta de garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, tendo como indicador apresentado na Figura 5 referente à proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, no primeiro mês obteve-se 92,3% (72), no mês 2 99,7% (298), no mês 3 99,8% (415) e no mês 4 99,6% (535). No caso deste indicador com 100% de usuários hipertensos com exames

complementares em dia.



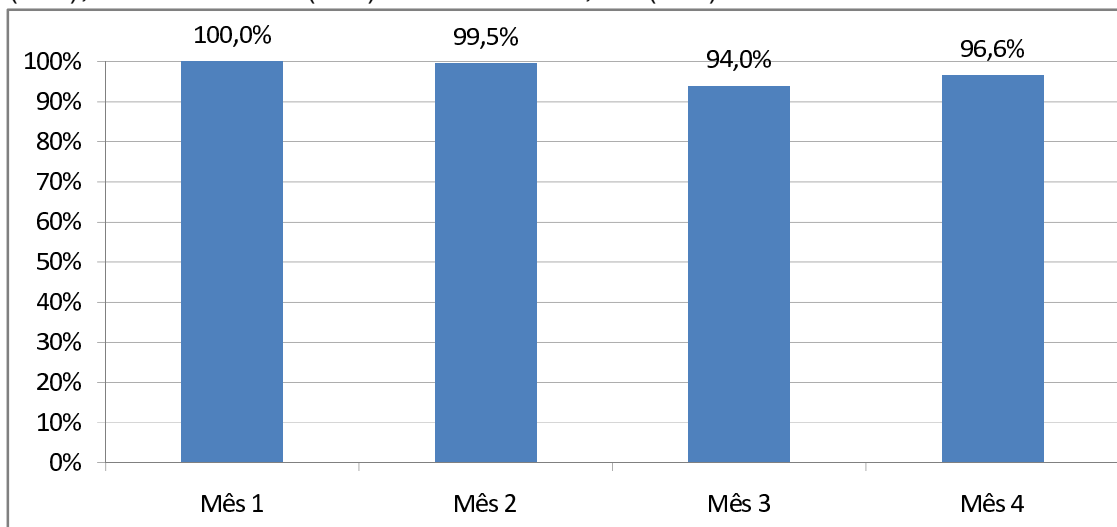
**Figura 5** Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Roca Sales, Roca Sales/RS. 2015.

**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.

Quanto à meta que visa garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, com mostra a Figura 6 com o indicador de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, observou-se, respectivamente no 1 mês 100% (52), no mês 2 99,5%

(206), no mês 3 94% (202) e no mês 4 96,6% (226).

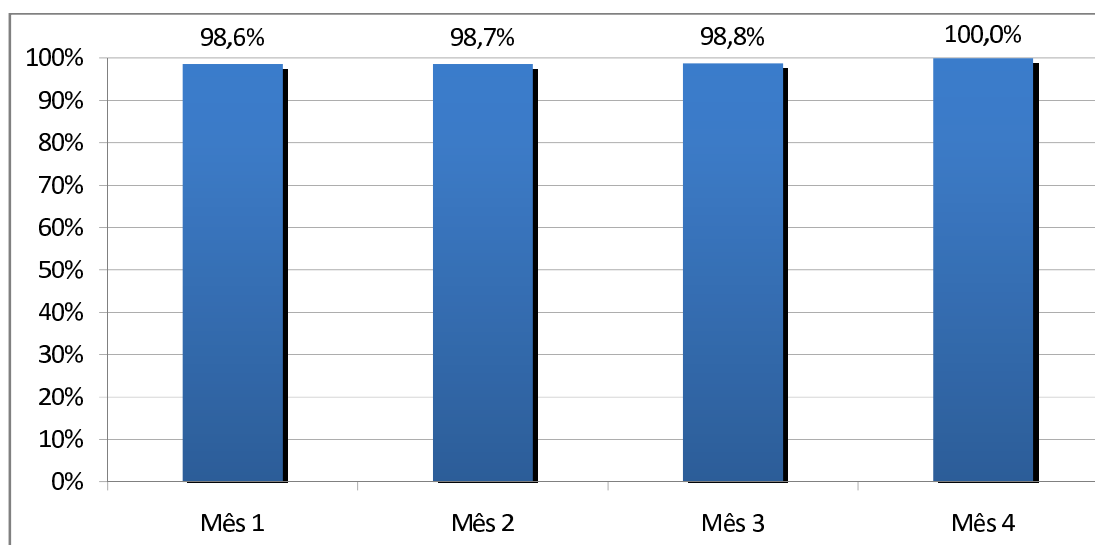


**Figura 6** Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Roca Sales, Roca Sales/RS. 2015.

**Meta 2.5** Priorizar a prescrição de medicamentos de 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.

Nas metas que visam priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, como se mostra nas Figura 7, percebeu-se que nos usuários hipertensos, respectivamente nos meses 1, 2, 3 e 4 obteve-se 98,6% (71), 98,7% (295), 98,8% (411) e 100% (85).



**Figura 7** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Roca Sales, Roca Sales/RS. 2015.

**Meta 2.6** Priorizar a prescrição de medicamentos de 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.

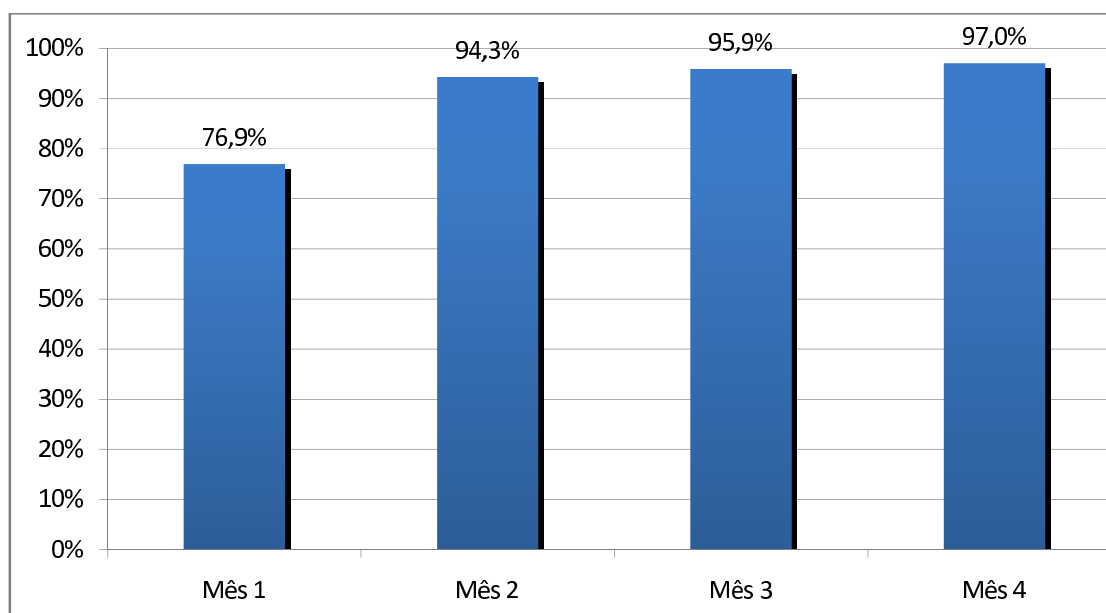
Já, em relação aos usuários e/ou usuárias diabéticas, consolidou-se 100% de prescrições priorizadas. A proporção de usuários hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia de 100 % e diabéticos em 100%, sendo que foi considerada uma amplitude bem alta, pois nos permitiu realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**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.

Na meta que dispõe a realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos, sendo o indicador proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, conforme a Figura 8 no mês 1 desenvolveu-se 76,9% (60), no mês 2 94,3% (282), no mês 3 95,9% (399) e no mês 4 foi 97% (521).

Este indicador foi crescendo no acompanhamento dos usuários, procurando neste momento de implementação, adequar à nova demanda que surgiu no serviço. Este momento permitiu orientar sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal.

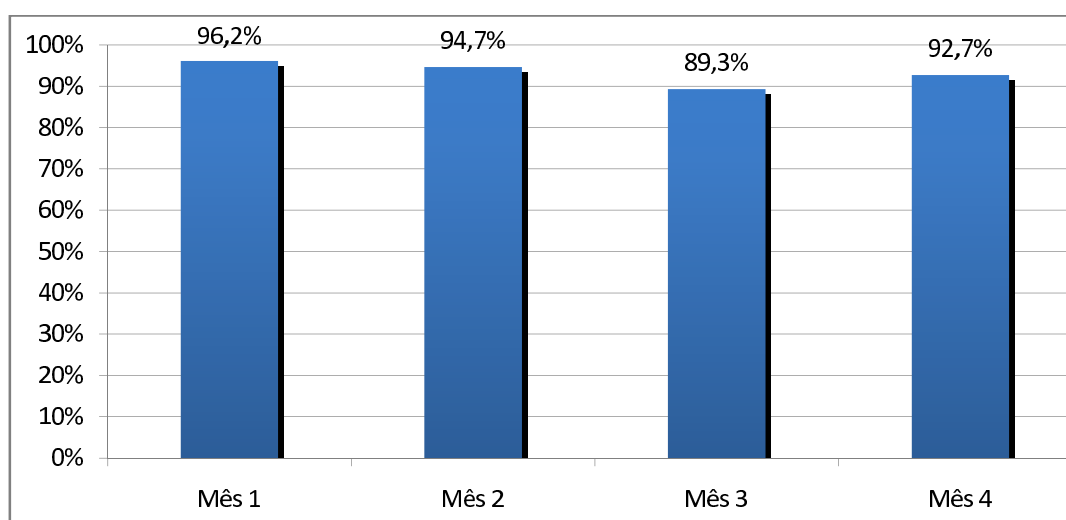


**Figura 8** Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Roca Sales, Roca Sales/RS. 2015.

**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.

A meta que preconiza realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos, tendo como indicador a proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, consolidou-se no mês 1 em 96,2 (50), no mês 2 94,7% (196), no mês 3 89,3% (192) e no mês 4 92,7% (217), como destaca a Figura 9. Isto nos permitiu monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico e organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.



**Figura 9** Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Roca Sales, Roca Sales/RS. 2015.

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

**Meta 3.1** Buscar 100% do hipertenso faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

Dentro do objetivo específico 3 de melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa, as metas visam buscar 100% dos hipertensos e dos



diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada. Assim sendo, o indicador proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa, observou-se, que no mês 1 foram 100% (5), no mês 2 100% (96), no mês 3 100% (97) e no mês 4 100% (95).

**Meta 3.2** Buscar 100% do diabético faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

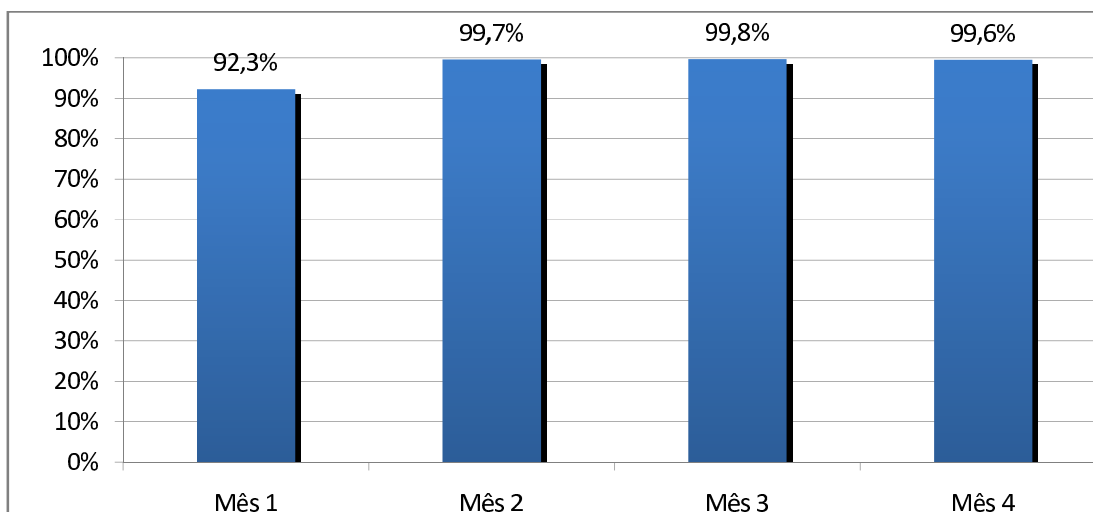
Dentro do objetivo da Adesão, na meta de buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada, com o indicador de proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa nos três meses de intervenção todos os faltosos foram buscados. Obteve-se, durante os quatro meses de intervenção resultado em 100% neste indicador. No mês 1 100% (5), no mês 2 100 (81), no mês 3 100% (82), no mês 4 100% (72). Neste indicador de usuários diabéticos faltosos às consultas com a busca ativa permitiu organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

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

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

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

O objetivo específico 4 que visa melhorar registros das informações as metas relativas ao objetivo dos registros são 100%. Então, a meta de manter a ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, tendo o indicador de proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento, teve um acompanhamento muito bom, como mostra a Figura 10. No mês 1 obteve-se 92,3% (72), no mês 2 99,7% (298), no mês 3 99,8% (415) e no mês 4 99,6% (535). A proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento foi conseguida, indicador que melhora a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde

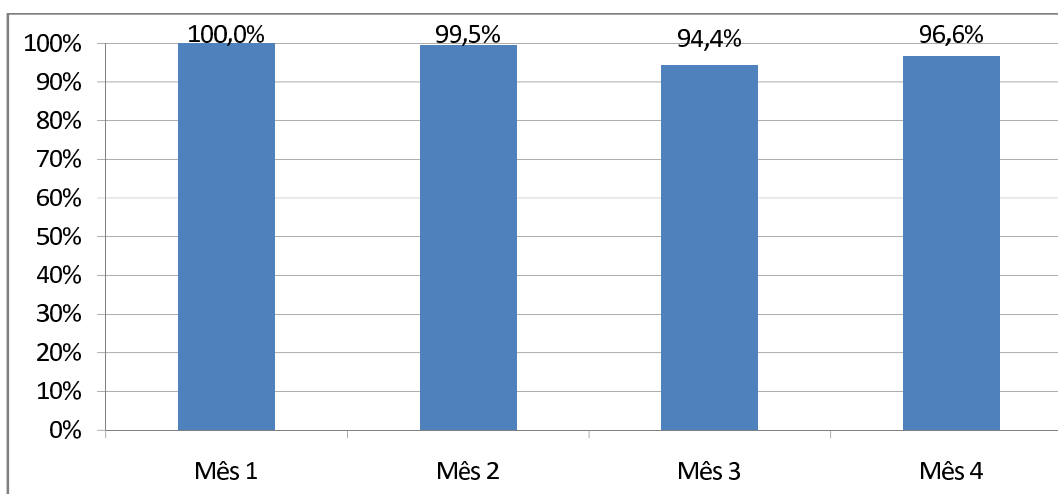


**Figura 10** Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Roca Sales, Roca Sales/RS. 2015.

**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.

Na meta de manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, tendo como indicador a proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, conseguiu-se, como indica a Figura 11, no mês 1 100%(52), no mês 2 99,5% (206), no mês 3 94,4% (203) e no mês 4 96,6% (226). Este também foi considerado um indicador que melhora a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.



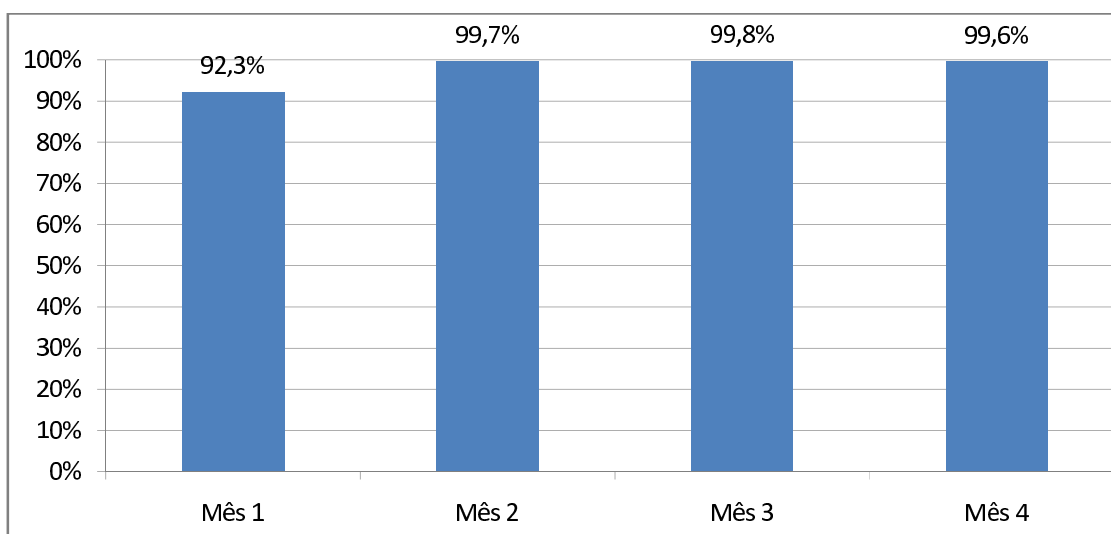
**Figura 11** Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Roca Sales, Roca Sales/RS. 2015.

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

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

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

O objetivo de mapeamento de hipertensos e de diabéticos em risco para doença cardiovascular teve as metas relativas à avaliação de risco em 100%. Com a meta de realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, tendo o indicador referente à proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular, desenvolveu-se, como destaca a Figura 12, no mês 1 92,3% (72), no mês 2 99,7% (298), no mês 3 99,8% (415) e no mês 4 99,6% (535). O número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano permite priorizar o atendimento dos cidadãos avaliados como de alto risco cardiovascular.

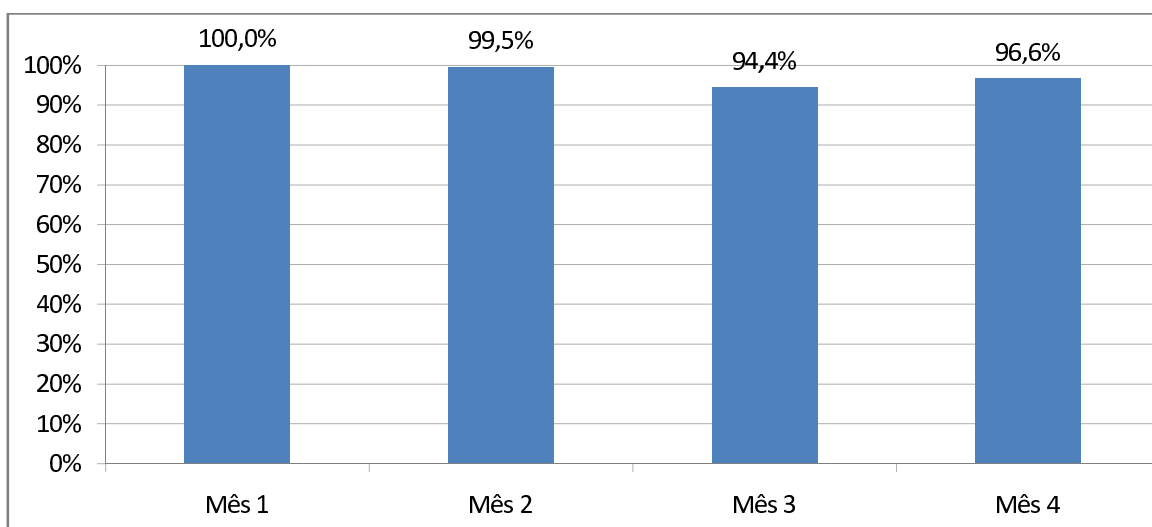


**Figura 12** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Roca Sales, Roca Sales/RS. 2015.

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

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

Na meta de realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, tendo o indicador proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular, obteve-se, conforme ilustra a Figura 13, no mês 1 100 (52), no mês 2 99,5% (206), no mês 3 94,4% (203) e no mês 4 96,6% (226). O número de usuários diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano permite também priorizar o atendimento das pessoas avaliadas como de alto risco cardiovascular e esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.



**Figura 13** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Roca Sales, Roca Sales/RS. 2015.

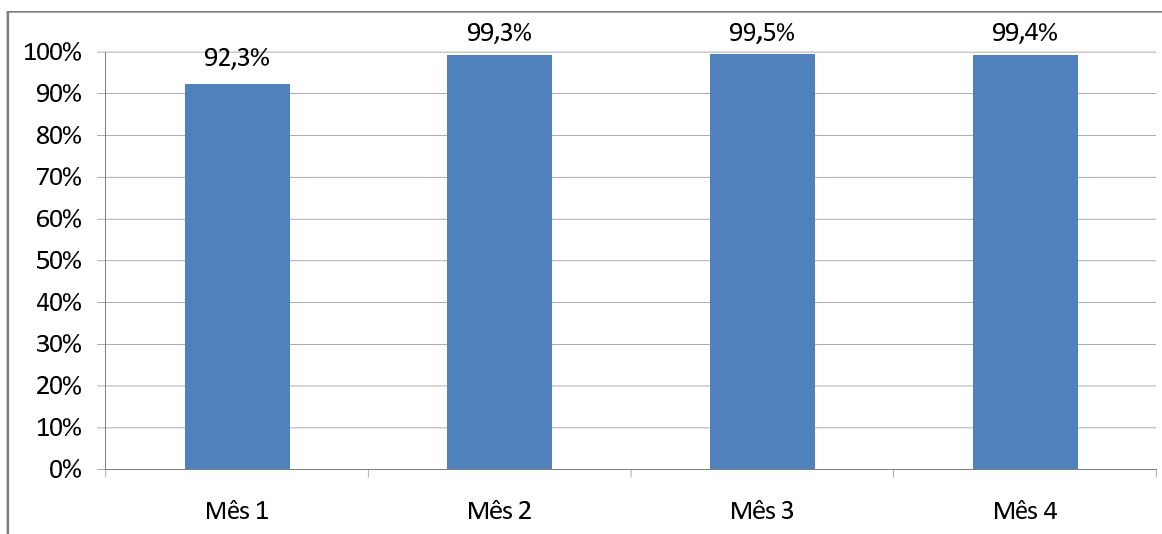
**Objetivo 6** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

No objetivo específico que preconiza promover a saúde de hipertensos e diabéticos, as metas foram desenvolvidas em 100%. As ações de promoção em saúde foram feitas à população-alvo da intervenção e contemplaram orientações nutricionais sobre alimentação saudável, atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal.

Na ação em orientação nutricional sobre alimentação saudável o indicador proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, em acordo com a Figura 14, obteve-se no mês 1 92,3% (72), no mês 2 99,3% (297), no mês 3 99,5% (414) e no mês 4 99,4% (534). Este indicador ficou bem perto da meta proposta, e permitindo orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável

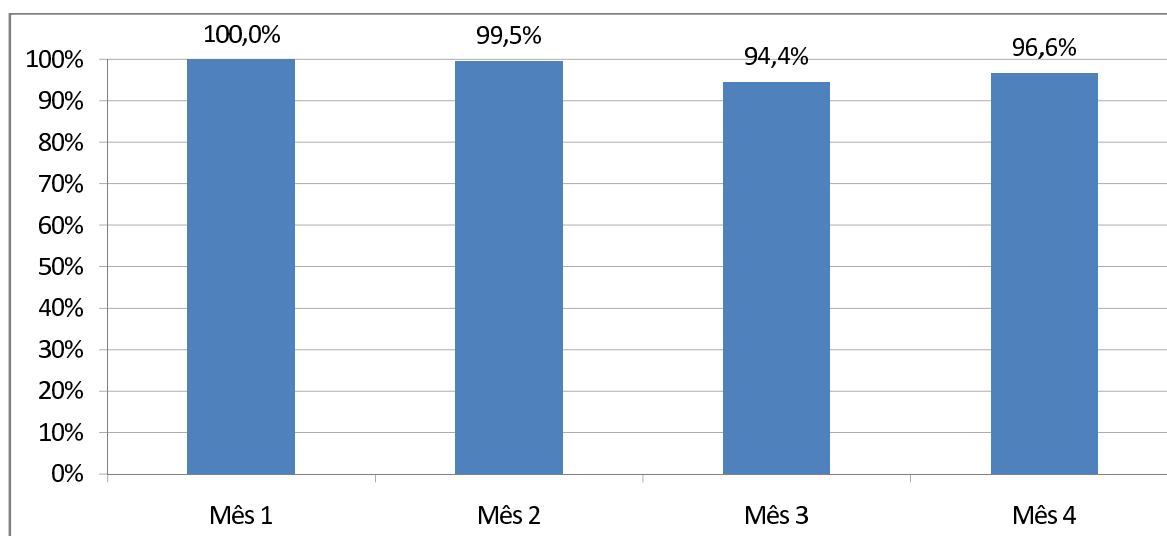


**Figura 14** Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Roca Sales, Roca Sales/RS. 2015.

**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.

A proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, em acordo com a Figura 15, conseguiu-se no mês 1 100% (52), no mês 2 99,5% (206), no mês 3 94,4% (203) e no mês 4 99,6% (226).

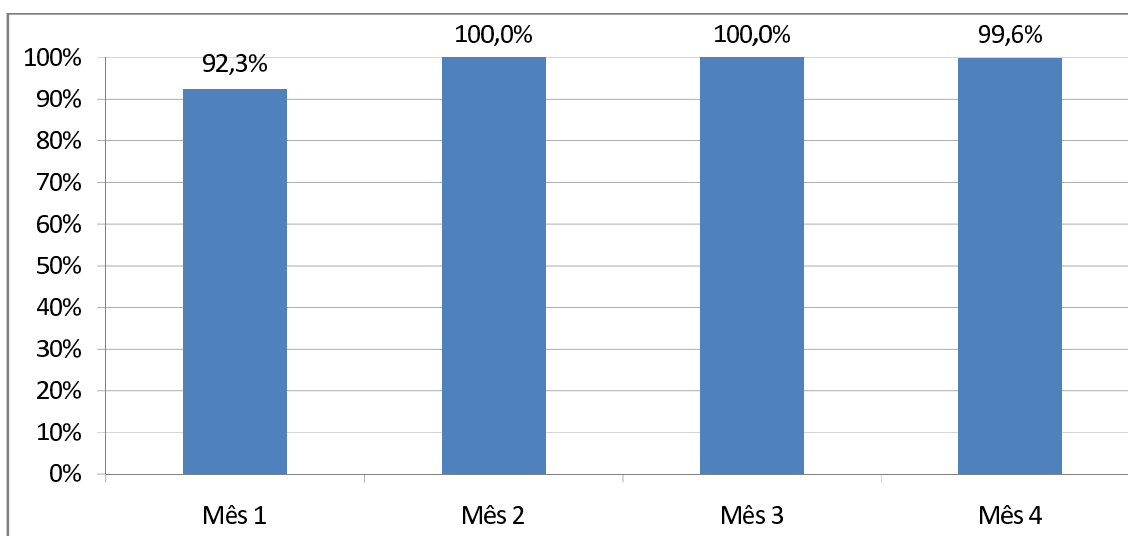


**Figura 15** Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Roca Sales, Roca Sales/RS. 2015.

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

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

Na ação em orientação sobre a prática de atividade física regular, o indicador proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física, em consonância com a Figura 16, obteve-se no mês 1 92,3% (72), no mês 2 100% (299), no mês 3 100% (416) e no mês 4 99,6% (535).



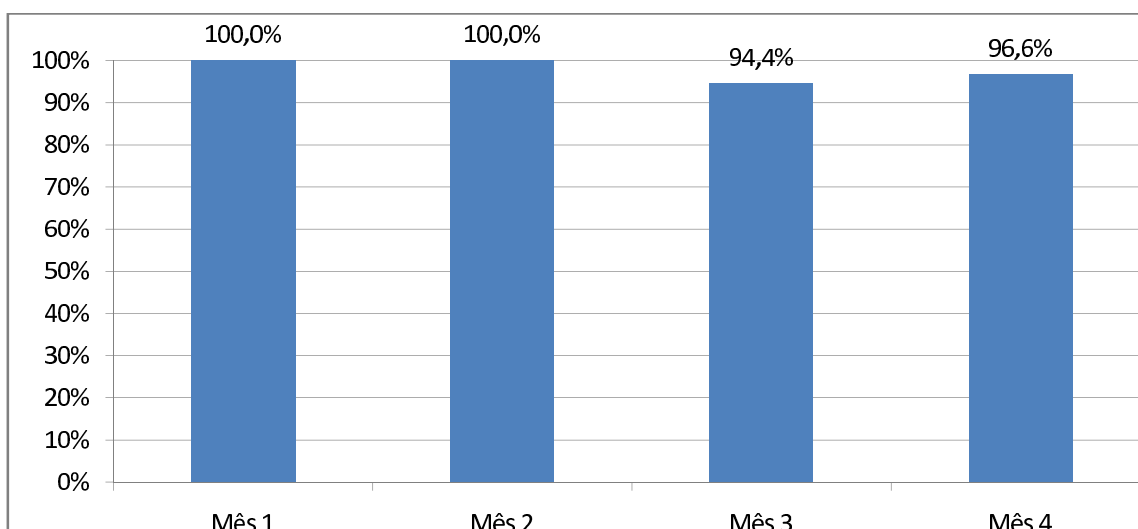
**Figura 16** Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS Roca Sales, Roca Sales/RS. 2015.

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

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

A proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física, em consonância com a Figura 17, obteve-se no mês 1 100% (15), no mês 2 100% (207), no mês 3 94,4% (203) e no mês 4 96,6% (226).



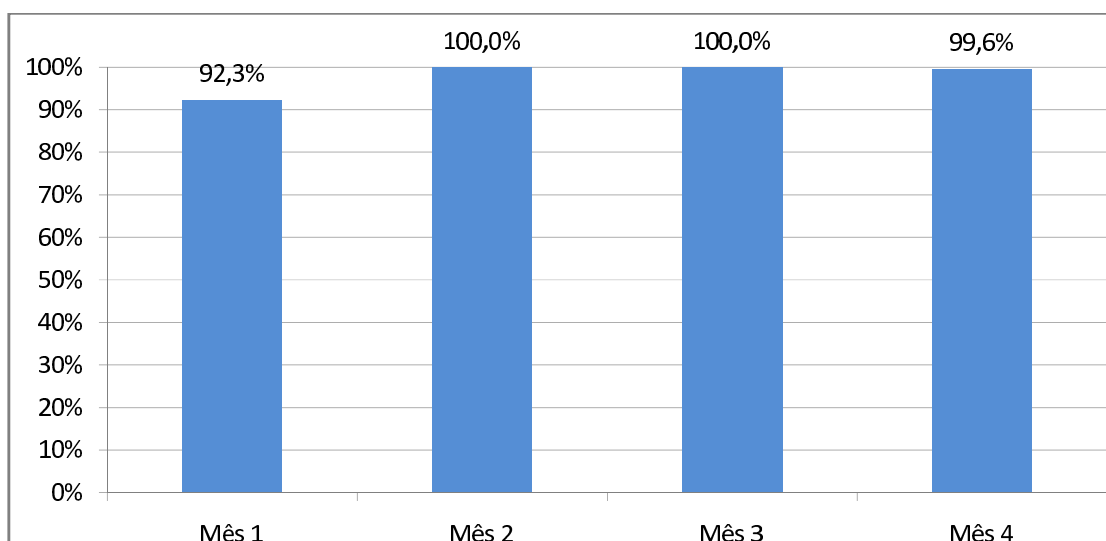


**Figura 17** Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS Roca Sales, Roca Sales/RS. 2015.

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

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

Na ação em orientação sobre os riscos do tabagismo o indicador proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, em conformidade com a Figura 18, obteve-se no mês 1 92,3% (72), no mês 2 100% (299), no mês 3 100% (416) e no mês 4 100% (535). Quanto aos hipertensos tabagistas, eles também foram orientados sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

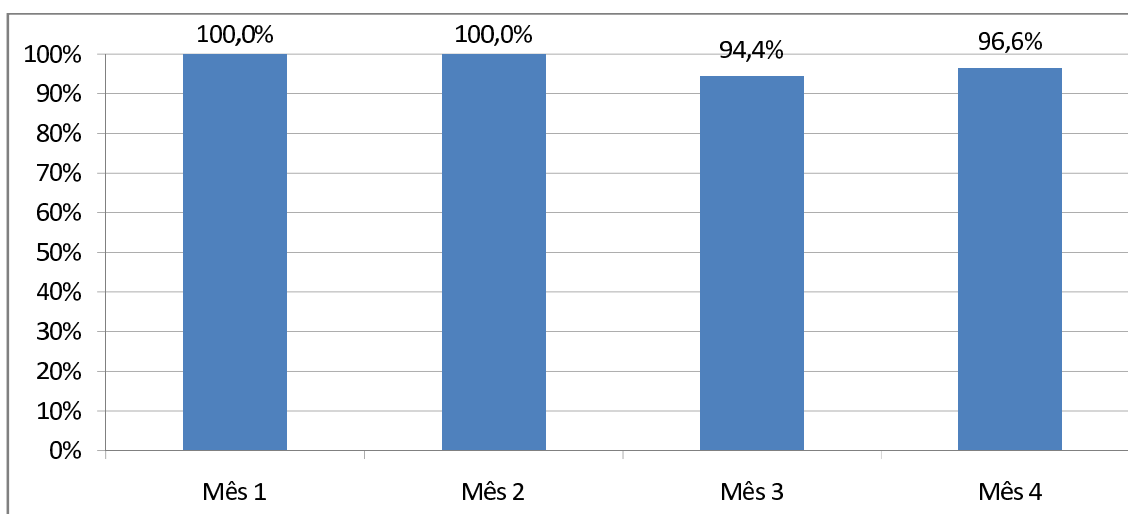


**Figura 18** Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS Roca Sales, Roca Sales/RS. 2015

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

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

A proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, em acordo com a Figura 19, obteve-se no mês 1 100% (52), no mês 2 100% (207), no mês 3 94,4% (203) e no mês 4 96,6% (226). Somando às ações de promoção em saúde nesta direção, os diabéticos tabagistas também foram orientados sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

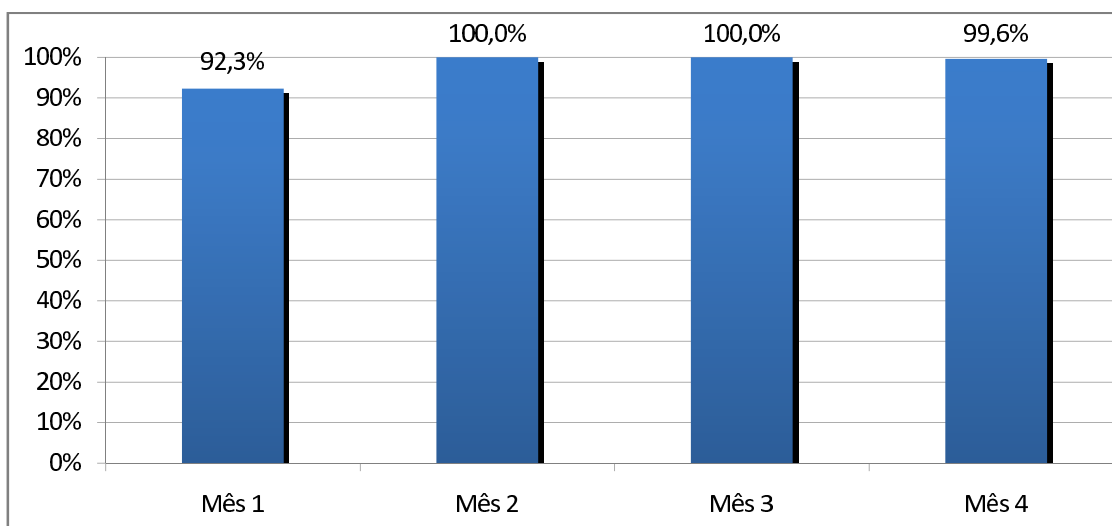


**Figura 19** Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS Roca Sales, Roca Sales/RS. 2015.

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

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

Na ação em orientação sobre higiene bucal o indicador proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal, em diálogo com a Figura 20 obteve-se no mês 1 92,3% (72) no mês 2 100% (299), no mês 3 100% (416) e no mês 4 99,6% (535).



**Figura 20** Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal na UBS Roca Sales, Roca Sales/RS. 2015.

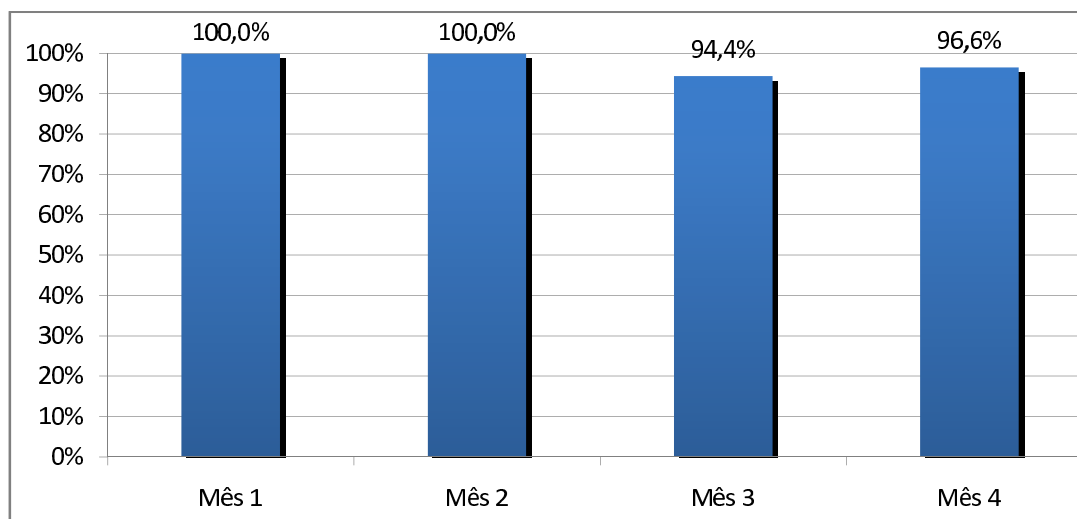
**Meta 6.8** Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

**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.

Segundo o indicador de proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal, em acordo com a Figura 21, obteve-se no mês 1 100% (52), no mês 2 100% (207), no mês 3 94,4% (203) e no mês 4 96,6% (226).



**Figura 21** Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal na UBS Roca Sales, Roca Sales/RS. 2015.

Com a intervenção no programa de hipertensão arterial e diabetes mellitus em nossa UBS conseguimos aumentar a cobertura de hipertensos e diabéticos atendidos na UBS. Assim, foi cadastrado um número maior de usuários com estas doenças, com a busca ativa de pessoas faltosas às consultas e pesquisa ativa na comunidade, melhorou a qualidade de atenção aos pacientes cadastrados realizando exame clínico completo e realizando dos exames complementares. Também, foi garantindo que a maioria dos usuários usassem os remédios da farmácia da UBS e da Farmácia Popular. Observou-se que foram garantidas as vagas para atendimento odontológico para todos os usuários que precisaram deles, as fichas de atendimento de pacientes hipertensos e diabéticos foram

preenchidas de forma adequada, foi realizada a estratificação de risco cardiovascular. Durante a intervenção, foram feitas atividades de educação em saúde com a finalidade de promover saúde dos usuários e usuárias com orientação sobre nutrição adequada, a prática regular de atividade física, orientação sobre riscos de tabagismo e orientação sobre higiene bucal.

## 4.2 Discussão

Com a intervenção no programa de hipertensão arterial e diabetes mellitus, em nossa UBS Roca Sales, conseguimos aumentar a cobertura de hipertensos e diabéticos atendidos no Serviço. Assim, foi cadastrado um número maior de usuários com estas doenças, com a busca ativa das pessoas faltosas às consultas e foi realizada pesquisa ativa na comunidade. Também, percebe que melhorou a qualidade de atenção dos usuários cadastrados realizando-se exame clínico completo e realizando os exames complementares.

Desta forma, foi garantido que a maioria dos usuários utilizasse os remédios da farmácia da UBS e da Farmácia Popular. Foram garantidas as vagas para atendimento odontológico para todos os usuários que precisaram deles. As fichas de atendimento de pacientes hipertensos e diabéticos foram preenchidas de forma adequada, foi realizada a estratificação de risco cardiovascular e acompanhamento segundo seu estado de saúde. Foram feitas atividades de educação em saúde com a primazia de promover saúde dos usuários com orientação sobre nutrição adequada, prática regular de atividade física, orientação sobre riscos de tabagismo e orientação sobre higiene bucal.

Dos objetivos propostos em nosso trabalho desenvolvemos apoio para fomentar hábitos e estilos de vida saudáveis, incorporação da prática de exercício físico sistemático de pacientes hipertensos e diabéticos, colaborando para diminuir em alguns e em outros eliminar os fatores de risco associados a essas doenças crônicas não transmissíveis, como hábitos de fumar e álcool.

Neste processo, observou-se o aumento da adesão deles ao programa de hipertensão e diabetes com as atividades propostas no cronograma e das diferentes ações, logrando a incorporação da família e comunidade em geral.

A importância da intervenção para a equipe de saúde foi que aumentou seus conhecimentos nas doenças de hipertensão e diabetes doenças muito comum na comunidade. Conseguimos organizar melhor o trabalho de forma geral. Cada profissional soube quais eram suas atribuições no trabalho com eles, segundo o Ministério de Saúde e o que tem que fazer cada uns deles para o cadastramento dos usuários, seguimento, acompanhamento, tratar a doença e suas complicações.

Além disto, conseguiremos saber quando estão controlados e quando não, saberemos se tem ou não uma doença cardiovascular ou pé diabético. Estes elementos permitirão interagir mais com a comunidade, as famílias, o indivíduo doente e oferecer uma melhor educação em saúde, promovendo saúde para

todos. Também foi possível conhecer as preocupações, as necessidades mais sentidas da população nessas doenças e outras originadas pelas complicações delas, como insuficiência renal crônica, cardiopatias, doenças cerebrais, entre outras.

De um modo geral, a intervenção melhorou a integração de toda a equipe no atendimento destes pacientes da área da abrangência da UBS. Isto foi considerado um avanço na relação de trabalho em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde e outros gestores da comunidade.

A comunidade, de forma geral, ainda não tem muito conhecimento sobre a intervenção, só aqueles familiares dos usuários hipertensos e diabéticos que foram visitados pelos problemas de acessibilidade ao Serviço. Mas, o principal líder da comunidade tem conhecimento da intervenção e colabora para ampliar a divulgação na região.

A intervenção não fez com que existissem problemas durante o atendimento dos usuários na UBS no momento das consultas porque aqueles cidadãos hipertensos e diabéticos foram agendados nas consultas de forma organizada, distribuídos nos três turnos de trabalho da UBS e tendo presente os horários de maior afluência de demanda espontânea.

Caso eu fosse realizar a intervenção neste momento faria diferente. Isto é, após ter realizado reuniões com a equipe e os gestores, seria feita uma reunião com toda a comunidade nos diferentes bairros da área de abrangência da UBS, assim todos saberiam sobre a intervenção e contariam com ajuda deles e, assim, haveria mais incorporação de usuários nas atividades da intervenção.

Em relação a viabilidade de incorporar a intervenção na rotina do Serviço, devo afirmar que o programa já estava sendo feito na UBS, só que com poucos usuários. Agora, estão aumentando a quantidade de pacientes hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS. Por enquanto, continuamos com o trabalho e acompanhamento deles até alcançar 100% com atendimento na UBS e, assim, num futuro melhorar a qualidade de vida destas pessoas.

Os próximos passos para melhorar a atenção à saúde no serviço será aumentar mais a cobertura dos pacientes hipertensos e diabéticos da área de abrangência, incorporar toda a comunidade no programa de hipertensão e diabetes mellitus, realização de palestras e atividades com o grupo de hipertensos e diabéticos, assim como criar outros grupos com a finalidade de integrar mais aos diferentes programas na prevenção e promoção de saúde.

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

Nossa equipe de saúde da família (ESF) UBS do município de Roca Sales estava sendo envolvida na realização dum trabalho de intervenção de HAS e DM na UBS, para ele foi adotado o Caderno de Atenção Básica do Ministério de Saúde número 37 de Hipertensão Arterial e número 36 de Diabetes Mellitus, ambos do ano 2013 (BRASIL, 2013a; 2013b).

A qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde foi monitorada, assim como avaliada no decorrer da intervenção, na organização e gestão do serviço foram propostas cinco ações e cumpridas. Toda a equipe foi responsável pelo monitoramento dos registros de usuários hipertensos e diabéticos, foi criado um sistema de registro que viabilizou situações quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, na realização de exames complementares e na realização de estratificação de risco cardiovascular.

Foram atualizados os prontuários eletrônicos e as fichas espelho disponíveis para cada um dos usuários hipertensos e diabéticos. Em cada reunião da equipe da semana foi feito o monitoramento das ações realizadas e os dados contidos nas fichas foram sendo digitados na planilha eletrônica de coleta de dados pelo médico da equipe de saúde da UBS, cadastrando 763 usuários de uma estimativa para o cadastro de 537 usuários com hipertensão arterial e 226 usuarios diabéticos com mais de 20 anos de idade que sofrem destas doenças.



Os ACS identificaram os usuários acamados que não conseguiram se deslocar até a UBS e informaram nas reuniões da equipe feitas nas segundas-feiras.

Também, foram realizadas capacitações (palestras de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus nas reuniões de trabalho da equipe) e atualizações dos profissionais da equipe de saúde nos cadastros de usuários e/ou usuárias hipertensas e diabéticas e sobre os dados da intervenção em geral.

No projeto de intervenção traçamos objetivos, metas, ações, e indicadores para avaliação da cobertura de pacientes hipertensos e diabéticos, as ações foram realizadas de acordo com o cronograma estabelecido.

Durante a intervenção foi desenvolvida a cobertura de 100% do programa de atenção ao hipertenso mais se logrou o 100% dos diabéticos na UBS, Nosso objetivo principal foi melhorar o atendimento dos pacientes hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS.

A intervenção contou com a participação de toda a Equipe de saúde obtendo os resultados seguintes:

Na área de abrangência da UBS tem um total população de 2600 pessoas, com uma estimativa de pessoas com 20 anos e mais hipertensos de 447 representativa de um 87 % e de pessoas com diabetes mellitus de 48 pacientes para um 33 % segundo o ultimo cadastramento da população do ano 2011, ao inicio da intervenção eram atendidas muitas poucas pessoas que sofriam destas doenças na UBS ao final da intervenção á área de abrangência chegou até 537 pacientes com a doença de hipertensão arterial para um 100 %, no caso de usuários diabéticos 226 representando um 100 %,

Todos os pacientes atendidos hipertensos e diabéticos tem ficha de acompanhamento a qual presta para fazer o acompanhamento deles durante longo tempo.

Foi garantido a realização dos exames complementares fundamentalmente hemograma completo, colesterol total, triglicérides, ureia, creatinina, acido úrico,

glicemia, Exame Quantitativo de Urine, proteinuria de 24 horas, aos pacientes hipertensos e diabéticos realizado exames complementares como hemograma, glicemia de jejum, HGT, hemoglobina glicosilada, ureia, creatinina, ácido úrico, colesterol e triglicérides.

Dos 537 pacientes hipertensos atendidos na intervenção 459 tem prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia representando um 99,6 %, dos 226 pacientes diabéticos para um 100% tem prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia.

Foi garantido o atendimento odontológico na UBS dos pacientes que precisarem realizar atendimento com o dentista, no último mês da intervenção foram acompanhados 521 (97 %) usuários hipertensos e diabéticos 217 (92,7%).

Na busca ativa dos pacientes faltosos a consulta atendimento na UBS foi concluída a intervenção com 95 (100 %) pacientes hipertensos e diabéticos da área de abrangência faltosos as consultas 72 (100%).

Nos usuários hipertensos ou diabéticos foi realizada a estratificação do risco cardiovascular e foram classificados em baixo, moderado ou alto risco e aqueles que tinham mais risco tiveram maiores número de consultas planejadas.

Foram realizadas atividades de educação em saúde nas consultas, nas visitas domiciliares e atividades de grupos em usuários hipertensos y diabéticos garantidos as atividades de orientação nutricional de alimentação saudável, assim como importância sobre realização de atividades físicas, os danos do tabagismo, e de ter uma saúde bucal adequada.

Resumindo com a intervenção no Programa de diabetes mellitus e hipertensão arterial em nossa UBS conseguimos aumentar a cobertura de hipertensos e diabéticos cadastrados e atendidos na UBS, o cadastramento foi possível através da busca ativa de usuários faltosos às consultas e pesquisa ativa na comunidade.

A intervenção propiciou uma melhora na qualidade da atenção aos usuários cadastrados, através da realização de exames clínicos completos, realização de

exames complementares, prescrição de tratamento com os medicamentos disponíveis na UBS e na Farmácia Popular.

Conseguimos aumentar a adesão deles ao programa com todas as atividades propostas no cronograma e as diferentes ações.

A intervenção propiciou à Equipe de saúde aumentar mais seus conhecimentos sobre estas doenças, organizar melhor o trabalho com os usuários que sofrem da doença. As atribuições de cada profissional ficaram mais bem estabelecidas, cada profissional souberam quais são suas atribuições segundo os protocolos do Ministério de Saúde com relação ao cadastramento, acompanhamento, tratamento e suas complicações. A Equipe sabe identificar quando estão controlados e quando não, e se tem ou não uma doença cardiovascular, ou quadro de pé diabético.

Através da intervenção foi possível interagir mais com a comunidade, com as famílias e com o indivíduo doente e oferecer, promoção e educação em saúde. Conhecer as preocupações, as necessidades mais sentidas da população com relação a essas doenças e outras originadas por complicações delas como insuficiência renal crônica, cardiopatias, etc.

E de forma geral melhorou a integração de toda a equipe no atendimento dos usuários da área da abrangência da UBS.

A Secretaria de saúde garanti imprimir os documentos e outros materiais que precisamos para a realização da intervenção, assegura mento de transporte para trasladar-nos aos domicílios dos usuários que precisavam da consulta clínica, e também garanti a realização de exames complementares importantes para avaliação dos pacientes, assim como por a gestão de vocês os atendimentos especializados com cardiologistas, endocrinologistas, entre outros.

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

A equipe de saúde da família (ESF) da UBS do município Roca Sales onde foi realizado um trabalho de intervenção no período de quatro meses em conjunto com os principais gestores da comunidade e dirigida aos usuários hipertensos y diabéticos de toda a área de abrangência.

Para a realização de este trabalho, chamado de intervenção foi feito um cronograma de atividades para melhorar a situação de saúde nos usuários hipertensos e diabéticos, atividades como educação em saúde, importância de realizar exercícios físicos, necessidade de assistir as consultas na UBS para acompanhamento destas doenças, importância de assistir ao dentista para manter uma saúde bucal adequada, e os danos provocados por o tabagismo.

Nosso objetivo específico de ampliar a cobertura de atenção a hipertensos e/ou diabéticos proposto na intervenção para melhorar a saúde dos usuários com estas doenças atendidos na UBS, ou seja, aumentar quantidade de usuários que sofrem destas doenças para que recebam atendimento na UBS, para isto foi necessário fazer busca ativa deles, cadastrar a maior quantidade. Sabendo que esta doença, como a hipertensão arterial em vezes cursa de forma assintomática, e o paciente apresenta cifras de pressão arterial elevadas.

No final da intervenção foram cadastrados 773 usuários, deles hipertensos cadastrados 537 para um 100 %, tínhamos proposto alcançar um 100 % mas não foi conseguido, e pacientes diabéticos 226 para um 100 % da área de abrangência de 20 anos de idade e mais.

Eles e seus familiares receberam educação em saúde sobre a hipertensão arterial e diabetes, aqueles usuários que não conseguiam chegar até a UBS foram atendidos nas residências consultas agendadas pelo ACS, nos idosos acamados, e outros menos idosos que tinham dificuldades para locomover até a UBS. Todos receberam atendimento clínico adequado, foram avaliados nas necessidades de atendimento odontológico, eles tinham direito a realização de exames complementares pelo SUS, garantido por a Secretaria de Saúde do Município. Os medicamentos que são utilizados nestas doenças foram oferecidos de graça na UBS e outros com prescrição médica foram comprados na farmácia popular do Municípios na mesma cidade.

Foram preenchido e completado os dados nas ficha individual de cada um dos paciente nas consultas da UBS e receberão acompanhamento segundo os protocolos do ministério de saúde.

Foi realizada avaliação de risco cardiovascular e no caso da aqueles com maior risco de doenças cardiovasculares ou já com a doença tiveram atendimento e seguimento com maior numero de consultas e visitas domiciliares e encaminhados para avaliação pelo cardiologista.

Foi garantida a orientação nutricional dos pacientes nas consultas e outras atividades de educação em saúde, assim como atendimento com o nutricionista da UBS. Também foi garantida a orientação sobre a pratica regular de exercícios físicos, sobre o tabagismo e sobre higiene bucal.

A comunidade de forma geral ainda não tem muito conhecimento sobre a intervenção, mais a intervenção tem enfoque para os familiares dos pacientes e os próprios pacientes o que poderia ser melhorado. A intervenção não gerou problemas para os demais pacientes devido a que eles foram atendidos fundamentalmente no horário da tarde no qual tem menor afluência de demanda espontânea e outros no horário da manhã com consulta de agendamento, embora a intervenção não ter sido divulgada nas comunidades os principais lideres da comunidade tiveram conhecimento dela.

Por enquanto estão dadas todas as condições para continuar trabalhando no programa de hipertensão arterial e diabetes na UBS. Para isto temos que continuar incorporando ações educativas para a comunidade toda, realizando um maior número de palestras com o grupo de hipertensos e diabéticos, com o fim de integrar os diferentes programas na prevenção e promoção de saúde.

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

Ao longo do curso procurei me dedicar ao máximo para realizar as tarefas solicitadas e enviá-las dentro dos prazos solicitados, ler aos materiais disponibilizados pelo curso e realizar aos casos clínicos. O início do curso trouxe sentimentos de insegurança e muitas expectativas tanto em relação ao trabalho na unidade, que até então não tinha conhecimento como também da especialização e também nunca havia tido experiência em Ensino à Distância até o momento. No decorrer do curso, me deparei com muitos desafios, como organizar o trabalho na unidade e as atividades de especialização, tive conhecimento sobre a estrutura física das unidades, como deveriam ser implementadas , como também a formação da equipe, quais as funções de cada profissional e como são fundamentais os papéis de todos para o bom andamento de uma Estratégia de Saúde da Família. Tive muitas das minhas expectativas alcançadas como meu crescimento profissional e pessoal. Acredito ter perdido muitas de minhas inseguranças e ansiedades (crise de asma, atendimento de crianças e gestantes, puerpério). O curso proporcionou um excelente aprendizado com seus materiais oferecidos para realizar os EPC'S. A interação no fórum com os colegas e com os orientadores aprimorou nossas idéias e conhecimentos e também nos ajudou nas dúvidas do dia a dia. Os aprendizados mais relevantes para mim foram em relação ao atendimento de crianças e gestantes. Ao iniciar o curso tinha muito medo de atender estes dois grupos em especial pois nosso dia a dia geralmente é atuar como clínico geral. Ao longo do curso estas inseguranças foram diminuindo. o medo de errar se tornou menor e quando percebi estava atendendo estes dois grupos de maneira mais tranqüila Acredito que o curso de especialização contribuiu no planejamento e na execução de ações com benefício à saúde individual e coletiva da comunidade, como também trouxe um amplo conhecimento na Atenção Primária, como deve ser organizada e a distância da real situação da saúde em relação ao modelo ideal.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 58p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 159 p.

COSTA, J.S.D.; BARCELLOS, F.C.; SCLOWITZ, M.L.; SCLOWITZ, I.K.T.; CASTANHEIRA, M.; OLINTO, M.T.A.. Prevalência de Hipertensão Arterial em Adultos e Fatores Associados: um Estudo de Base Populacional Urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *ArqBrasCardiol*, v. 88. n. 1, p.59-65, 2007.

CESARINO, C.B.; Cipullo, J.P.; Martin, J.F.V.; Ciorlia, L.A.; Godoy, M.R.; Cordeiro, J.A.. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto – SP. *ArqBrasCardiol*, v. 91, n.1, p.31-35, 2008.

ROSÁRIO, T.M.; Scala, L.C.N.S.; França, G.V.A.; Pereira, M.R.G.; Jardim, P.C.B.V.. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. *ArqBrasCard*,v.93, n.6, p.672-678, 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 Srª  
Profª Ana Cláudia Gastal 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



