

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



**Trabalho de Conclusão de Curso**

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

**Isidro Alayo Ordunez**

**Pelotas, 2015**

**Isidro Alayo Ordunez**

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

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

Orientador: Deison Fernando Frederico

Pelotas, 2015

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

O65m Ordunez, Isidro Alayo

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Central, Piratini/RS / Isidro Alayo Ordunez; Deison Fernando Frederico, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

89 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. Frederico, Deison Fernando, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

*Dedico esse trabalho a minha esposa  
Daiane que sempre esteve ao meu lado nos  
bons e maus momentos.*

## **Agradecimentos**

Agradeço a toda a minha equipe de trabalho, parceiros, gestores e meu orientador Deison Fernando Frederico, os quais me permitiram a realização do trabalho.

## RESUMO

ALAYO, Isidro Ordunez. **Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Central, Piratini/RS.** 2015. 88 fls. Trabalho de conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus são causas de mortalidade, além de serem consideradas um grave problema de saúde pública em todo o mundo. A Unidade Básica de Saúde Central fica no centro do município de Piratini, sendo que o número estimado de pessoas sob responsabilidade da equipe da unidade é de aproximadamente 15 mil pessoas, uma estimativa da população alvo pelo Caderno das Ações Programáticas, de 3.354 hipertensos e 958 diabéticos. Usamos a estimativa segundo VIGITEL, de 2.281 hipertensos e 563 diabéticos. O presente trabalho teve como objetivo melhorar a atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, da área de abrangência. A intervenção foi desenvolvida na unidade durante o período de três meses, de fevereiro até junho de 2015, incluindo período de férias do especializando. Várias ações foram estruturadas dentro de quatro eixos temáticos: Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica. Com a intervenção foram alcançados vários resultados positivos como o cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos residentes na área de abrangência da unidade, o atendimento programado para os hipertensos e/ou diabéticos na rotina da unidade, a capacitação da equipe da unidade para o acolhimento e atendimento a estes usuários, o monitoramento e avaliação dos atendimentos realizados, orientações em relação à promoção de saúde, como a prática de exercícios, alimentação saudável, prevenção do tabagismo. Durante o período da Intervenção cadastramos e acompanhamos no Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético na UBS foram cadastrados 139 (6,1%) hipertensos e 114 (20,2 %) diabéticos. Dos indicadores de qualidade citamos que dos 139 hipertensos cadastrados, 114 (98,6%) estão com exame clínico em dia de acordo com o protocolo e dos 114 diabéticos cadastrados estamos com 112 (98,2%), que estão com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo adotado. Dos hipertensos e diabéticos cadastrados estamos respectivamente com 138 (99,3%) hipertensos e 113 (99,1%) diabéticos com a estratificação do risco cardiovascular realizada. Almejamos dar continuidade ao trabalho realizado, incorporando a ação programática na rotina da UBS, buscando assim cada vez mais, melhores resultados.

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

### Lista de Figuras

|           |  |    |
|-----------|--|----|
| Figura 1  | Gráfico Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Central, Piratini/RS, 2015.  | 57 |
| Figura 2  | Gráfico Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Central, Piratini/RS, 2015.   | 58 |
| Figura 3  | Gráfico Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Central. Piratini/RS, 2015.                     | 59 |
| Figura 4  | Gráfico Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Central. Piratini/RS, 2015.                      | 60 |
| Figura 5  | Gráfico Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Central, Piratini/RS, 2015.          | 61 |
| Figura 6  | Gráfico Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Central, Piratini/RS, 2015.           | 61 |
| Figura 7  | Gráfico Proporção de hipertensos com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia na UBS Central, Piratini/RS, 2015. | 63 |
| Figura 8  | Gráfico Proporção de diabéticos com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia na UBS Central, Piratini/RS, 2015.  | 63 |
| Figura 9  | Gráfico Proporção de hipertensos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico na UBS Central, Piratini/RS. 2015.               | 65 |
| Figura 10 | Gráfico Proporção de diabéticos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico na UBS Central, Piratini/RS. 2015.                | 65 |
| Figura 11 | Gráfico Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Central, Piratini/RS. 2015.                       | 66 |
| Figura 12 | Gráfico Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Central, Piratini/RS. 2015.                        | 68 |
| Figura 13 | Gráfico Proporção de hipertensos com mapeamento de risco   | 69 |

para doença cardiovascular na UBS Central, Piratini/RS. 2015.

- |           |   |    |
|-----------|---|----|
| Figura 14 | Gráfico Proporção de diabéticos com mapeamento de risco para doença cardiovascular na UBS Central, Piratini/RS. 2015.       | 70 |
| Figura 15 | Gráfico Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Central, Piratini/RS. 2015.    | 71 |
| Figura 16 | Gráfico Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.na UBS Central, Piratini/RS. 2015. | 72 |
| Figura 17 | Gráfico Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS Central, Piratini/RS. 2015.             | 73 |
| Figura 18 | Gráfico Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS Central, Piratini/RS. 2015.              | 73 |
| Figura 19 | Gráfico Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal na UBS Central, Piratini/RS. 2015.                       | 74 |



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

|         |  |
|---------|--|
| ACS –   | Agente Comunitário de Saúde                |
| CTG -   | Centro Tradicionalista Gaúcho              |
| ESB -   | Equipe de Saúde Bucal                      |
| ESF -   | Estratégia Saúde da Família                |
| HAS -   | Hipertensão Arterial Sistêmica             |
| MS -    | Ministério da Saúde                        |
| RS –    | Rio Grande do Sul                          |
| SAMU -  | Serviço de Atendimento Móvel de Emergência |
| SIAB -  | Sistema de Informação da Atenção Básica    |
| SUS -   | Sistema Único de Saúde                     |
| UBS -   | Unidade Básica de Saúde                    |
| UFPeI - | Universidade Federal de Pelotas            |
| UPA -   | Unidade de Pronto Atendimento              |

## Sumário

|         |   |    |
|---------|---|----|
| 1       | Análise Situacional .....   | 11 |
| 1.1     | Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....   | 11 |
| 1.2     | Relatório da Análise Situacional.....   | 13 |
| 1.3     | Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional ..... | 19 |
| 2       | Análise Estratégica .....   | 21 |
| 2.1     | Justificativa.....  | 21 |
| 2.2     | Objetivos e metas.....  | 22 |
| 2.2.1   | Objetivo geral.....   | 22 |
| 2.2.2   | Objetivos específicos e metas .....   | 23 |
| 2.3     | Metodologia.....  | 24 |
| 2.3.1   | Detalhamento das ações .....  | 25 |
| 2.3.2   | Indicadores .....   | 43 |
| 2.3.3   | Logística.....  | 49 |
| 2.3.4   | Cronograma .....  | 51 |
| 3       | Relatório da Intervenção.....   | 52 |
| 3.1     | Ações previstas e desenvolvidas .....   | 52 |
| 3.2     | Ações previstas e não desenvolvidas .....   | 54 |
| 3.3     | Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....                             | 54 |
| 3.4     | Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....                         | 54 |
| 4       | Avaliação da intervenção.....   | 56 |
| 4.1     | Resultados .....  | 56 |
| 4.2     | Discussão.....  | 75 |
| 5       | Relatório da intervenção para gestores .....  | 77 |
| 6       | Relatório da Intervenção para a comunidade .....  | 79 |
| Anexos  | .....   | 84 |
| Anexo A | – Ficha espelho frente e Verso.....   | 85 |
| Anexo B | – Planilha de coleta de dados.....  | 86 |
| Anexo C | - Documento do comitê de ética.....   | 87 |
| Anexo D | - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias.....            | 88 |

## **Apresentação**

O seguinte trabalho trata-se de uma intervenção em saúde com objetivo geral de melhorar o programa de atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos pertencentes à Unidade Básica de Saúde Central, do município de Piratini/RS.

No primeiro capítulo, será detalhada a análise situacional, apresentando o município ao qual pertence à unidade de saúde em questão, a descrição da unidade, seus recursos humanos e materiais e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma.

No segundo capítulo, será descrito a análise estratégica utilizada, apresentando os objetivos, as metas do projeto, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, indicadores, metas, logística e cronograma.

O terceiro capítulo apresentará o relatório de intervenção demonstrando as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, as ações que não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados e por fim, uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

O quarto capítulo apresentará uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados.

No quinto e sexto capítulo será apresentado o relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade respectivamente.

No sétimo capítulo será apresentada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e finalizamos o TCC apresentando as referências utilizadas para este trabalho e no final os anexos.

## **1 Análise Situacional**

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

A população do município Piratini tem o total de 20 mil habitantes aproximadamente, a fonte dessa informação foi através do último censo realizado no município, no ano de 2010, esses dados foram disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde. Faço parte de uma equipe de saúde bem estruturada, constituída por médico clínico geral, dentista, técnica em enfermagem, enfermeira, assistente social, técnicos administrativos, entre outros.

As principais doenças no território são: hipertensão arterial sistêmica; diabetes mellitus; hiper e hipotireoidismo; câncer (mama, próstata, colo de útero e gastrointestinal); Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs); parasitismo e cáries; doenças renais; obesidade. Todas essas doenças são relacionadas com diferentes fatores de risco, como falta de higiene pessoal e ambiental, tabagismo, sedentarismo, condições socioeconômicas desfavoráveis, desconhecimento destas doenças, idade, sexo, entre outros.

Estamos fazendo um trabalho intenso para oferecer ações de saúde com mais qualidade e humanismo para a população, a fim de atender todas as demandas, dando ênfase também na promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos, com objetivo de diminuir as demandas nos hospitais. Compreendemos que o principal problema da população é o desconhecimento a respeito dos principais sintomas destas doenças e a demora em procurar atendimento médico especializado. Nesse momento a equipe de saúde tem como meta nessa primeira etapa, a identificação dos principais problemas de saúde, priorizando os mais freqüentes, para traçar um projeto de trabalho em curto prazo e melhorar as questões de higiene e os fatores epidemiológicos do município, para isso criamos

grupos de alcoolismo, hipertensos, de portadores de neoplasias, com o objetivo de mudar sua maneira de pensar, aumentar seu nível de conhecimento a respeito do tema e explicar o que fazer em relação às complicações relacionadas a essas doenças.

Com respeito aos idosos na área, são freqüentes doenças relacionadas à idade, como: incontinência urinária, problemas cardiovasculares, doenças cerebrais, insuficiência renal, Além disso, há diversos casos de queda e acidentes domésticos, os quais 90% dos casos são possíveis de prevenção.

Minha relação com a comunidade é muito boa já que estamos fazendo visitas domiciliares pra melhorar a relação médico-usuário, orientando, prevenindo, diagnosticando e indicando tratamento médico, se necessário. Estamos dando ênfase em duas doenças muito importantes e infelizmente freqüentes em minha população, como as neoplasias e AIDS. Sempre orientamos a comunidade sobre a importância de usar preservativo masculino (camisinha) e feminino, evitar a promiscuidade e prostituição, assim como uso de drogas ilícitas, ter um parceiro estável. Orientamos também sobre a importância de manter uma dieta saudável, fazer exame de prevenção ao câncer de colo de útero e de mama, principalmente as usuárias com fatores de risco. Também sensibilizamos as usuárias sobre a importância do auto-exame de mama, assim como os principais sintomas pra identificar as doenças.

Outro item importante, que trabalhamos com a população, é sobre a importância de homens acima de 45 anos procurarem o médico para realizar o exame da próstata e solicitar o exame de PSA. Bem como realizar o acompanhamento regular de saúde.

Na área escolar são freqüentes doenças ocasionadas por parasitas, além de problemas bucais, para reduzirmos esse quadro, estamos capacitando às professoras para identificar as demandas de saúde bucal e conversar com os pais e/ou responsáveis para levar as crianças a UBS para realizar o acompanhamento odontológico.

Acho que é de vital importância primeiramente reconhecer os problemas e/ou dificuldades na saúde da população, para que dessa maneira possamos dar solução, desde o nível primário até o nível terciário, pois um problema de saúde prevalente, por exemplo, em uma comunidade pode não ser em outra, e desse

modo, a construção de programas de saúde deve reconhecer as diversidades, as prioridades e necessidades locais e regionais.

Tendo em vista, todas essas dificuldades encontradas em nossa UBS, temos como objetivo realizar diferentes atividades pra modificar e melhorar o estado de saúde da população.

Para um melhor desempenho do meu trabalho, deveria haver mais divulgação do combate às doenças, para que a população realmente saiba o que a UBS têm a oferecer em relação ao acompanhamento e tratamento de várias doenças. Que a comunidade possa se inteirar e procurar informações sobre nosso atendimento.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Eu trabalho no estado do Rio Grande do Sul, município de Piratini, atendo uma população de 15.000 mil habitantes aproximadamente, sendo 20.000 mil habitantes em todo o município, temos três UBS, onde todas são tradicionais, além disso, contamos com um hospital onde os especialistas que vêm de outros municípios, atendem a população, já que o município não conta com esses profissionais. Também são realizados encaminhamentos de usuários para outros municípios quando necessário, para a realização de exames e demais consultas especializadas. No município, temos disponibilidade de exames laboratoriais, mas existe uma demora muito longa no agendamento para a realização, o que dificulta o diagnóstico rápido das patologias.

Em relação à população adstrita, não temos cadastramento da população, nem a zona de abrangência definida, já conversamos várias vezes com os responsáveis e com a supervisora do Programa Mais Médico e os Gestores do município para que sejam resolvidas as situações de cadastramento, porém ainda estamos esperando uma resposta.

Minha UBS está situada no centro da cidade, ou seja, é uma UBS urbana, as consultas e encaminhamentos são feitas pelo SUS, infelizmente não temos vínculos com as instituições de ensino superior. Temos uma equipe de trabalho que é constituída por um médico clinico geral, um dentista, uma auxiliar em saúde bucal, duas técnicas em enfermagem, uma enfermeira, um motorista, um técnico administrativo, duas recepcionista e um auxiliar de serviços gerais.

A UBS dispõe de uma estrutura física constituída por uma sala de recepção, uma sala de espera de tamanho médio, suficiente para aproximadamente trinta pessoas, as cadeiras da sala de espera são adequadas para o local de atendimento, contamos com um televisor e um DVD, que permite a visualização dos diferentes programas de saúde e dessa maneira sensibilizar a população sobre as ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, além de apresentar as atividades de educação em saúde. Não temos salas de reuniões, o que dificulta o planejamento e a organização das atividades, bem como a realização das mesmas, entretanto conseguimos uma sala disponível e ampla na Secretária de Saúde, que é próximo da UBS, facilitando assim nosso trabalho, já que a UBS não tem condições estruturais para reuniões.

A unidade dispõe de dois consultórios médicos e um odontológico, uma sala de ginecologia para fazer exame preventivo, uma sala de vacina, curativo e puericultura, uma cozinha, não temos farmácia. A UBS tem três banheiros, em boas condições, os quais permitem acesso adequado aos usuários com algum tipo de incapacidade física ou motora. De modo geral, UBS não tem barreiras arquitetônicas que dificulte o acesso e a locomoção.

Existe sinalização visual dos ambientes que permite a comunicação através de textos, os atendimentos são feitos com o auxílio de mesas de escritórios, com o usuário e acompanhante sentados, entretanto não é boa a ventilação e temos pouca iluminação, além de que as consultas não são realizadas com qualidade, já que não temos privacidade adequada para tal.

Uma grande dificuldade na UBS, é que não temos internet permanente, o que dificulta em algumas ocasiões, a realização das tarefas referente ao curso de especialização em Saúde da Família e o estudo de outros temas de saúde. Existe apenas um computador e uma impressora, onde todos os trabalhadores têm acesso.

As estratégias que estamos realizando em primeiro lugar é informar aos gestores sobre os problemas da UBS, para que dessa maneira possam dar soluções a curto, médio e longo prazo, já que essas mudanças não dependem dos profissionais. Alguns itens são fáceis de serem modificados, inclusive já dei sugestões à nova gestora, sobre trocas de salas, já que o consultório que atendo é muito pequeno, escuro e quente, não tem uma boa ventilação. Já fiz até a solicitação um ventilador para colocar na sala. Outro grande problema é a falta de

privacidade durante os atendimentos, devido à própria estrutura física da UBS, que dificulta a organização dos espaços.

A gestora da unidade identificou diversas irregularidades e tem se empenhado em melhorar, fazendo um cronograma, identificando os principais problemas a serem solucionados, já que muitos desses problemas foram encontrados por mim na realização das diferentes tarefas propostas pelo curso, já que a UBS não estava funcionando como previsto pelas normas do Ministério da Saúde, muitas vezes por falta de conhecimento, mas isto já está sendo resolvido com o apoio da gestora.

Referente às atribuições dos profissionais, temos muitas dificuldades, pois na UBS o trabalho é direcionado apenas ao atendimento de demanda espontânea, não temos protocolos para fazer encaminhamentos dos usuários, não fazemos acompanhamento dos usuários em situações de internações hospitalares, as contra referências dos especialistas nunca chegam, não contamos com condições estruturais, nem materiais para fazer procedimentos médicos, como suturas, curativos, nem nenhum outro procedimento médico, que não seja examinar os usuários. Não são realizadas reuniões de equipe onde poderiam ser analisadas essas deficiências, não é realizado busca ativa de usuários faltosos, o profissional não realiza nenhuma atividade domiciliar, nem tão pouco, a participação de gerenciamento de insumos para o funcionamento da UBS.

É necessário melhorar muitos componentes no processo de trabalho, por exemplo, continuamos fazendo de forma sistemática as reuniões na sala da Secretaria Municipal de Saúde, para desse modo identificar e resolver os problemas, explicar aos usuários a importância de exigir as contra referências ou resumo de seu estado de saúde, para dessa maneira ter um melhor acompanhamento quando retornar a UBS, para dar continuidade ao tratamento.

Com relação ao acolhimento dos usuários, é feito na sala de recepção, já que não temos uma sala específica para fazer o acolhimento, os profissionais encarregados de acolher e fazer a escuta qualificada são duas enfermeiras, é realizado de forma organizada, com tempo de espera de aproximadamente cinco minutos. Além disso, durante todo o dia, os usuários também são atendidos por uma equipe de acolhimento, que está constituída por todos os profissionais de saúde da UBS, que alternam durante a semana de trabalho, onde aproveita este espaço coletivo para interagir com os usuários e é feito a escuta e ocorre o diálogo das



demandas. Também são realizadas atividades de prevenção, promoção e educação em saúde, os usuários com atividades agendadas são bem recebidos e orientados pra evitar esperas desnecessárias, organizando em função de obter um melhor resultado de trabalho, esse atendimento é feito nos horário da manhã e tarde.

A equipe está qualificada para atender de forma rápida e adequada as diferentes urgências, onde são feitos as classificações de risco, através de cores, para evidenciar o estado de saúde do usuário. Já os casos de demanda espontânea, são atendidos e priorizados segundo a necessidade de emergência ou urgência, temos pactuado a retaguarda médica através do serviço do SAMU, em caso de necessidade do usuário ser encaminhado para o hospital.

Referente à atenção as crianças menores de dois anos, as consultas de puericultura são feitas durante toda a semana, em ambos os turnos, são feitas por duas enfermeiras, onde são realizadas as aferições do peso, altura, circunferência cefálica e torácica, além de verificar se o esquema de vacinação está completo. Apesar destas ações, ainda não estamos realizando consultas de puericultura de qualidade, já que não são avaliados e discutidos fatores importantes no cuidado das crianças. Tendo em conta que o objetivo das puericulturas é o acompanhamento das crianças, através de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, através da sensibilização dos pais e/ou responsáveis, falando sobre orientações de seguir corretamente o calendário de vacinação, orientações sobre formação dentária, desenvolvimento psicomotor, estado nutricional, orientações sobre amamentação materna exclusiva até os seis meses de vida e suas vantagens para mãe e filho, assim como a prevenção de acidentes como asfixia, broco aspiração e quedas. A estimativa de crianças menores de um ano de minha área é de 180, já os menores de cinco anos são 360 crianças. Temos então uma cobertura de 6%.

Não temos protocolos para fazer os acompanhamentos e manual técnico, nem tampouco registros, mas nas consultas incentivamos as mães que levem as crianças para as consultas de puericultura, onde são dadas orientações sobre os cuidados diários, onde são feito testes de coraçãozinho, pezinho, orelhinha. Acredito que trabalhando em parceria com a pediatra dos municípios, conseguiríamos obter bons resultados para esta faixa etária.

As ações de atenção ao pré-natal realizadas em minha UBS são diversas, são realizadas pelo médico clínico geral e um ginecologista obstetra, as consultas

são feitas as quartas-feiras, em ambos os turnos. As ações de atenção a gestante estão bem estruturadas, contamos com protocolo de acompanhamento, temos um registro específico, onde são realizados o monitoramento regular destas ações e há pouco tempo, criamos um grupo de gestantes. Fazemos terapia em grupo, desenvolvemos ações para realizar captações precoces, realizamos exame físico avaliando os diferentes riscos, apontando todos os indicadores referentes às gestantes. A estimativa gerada no CAP foi de 150 gestantes, o que representa Indicador de Cobertura de 1%.

Em relação à prevenção do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama, é feita pesquisa do câncer de colo uterino por meio do teste de Papanicolau (coleta citopatológico), é realizada uma vez por semana (sexta-feira) no turno matutino, por uma enfermeira, mediante um rastreamento organizado. Infelizmente temos irregularidades, já que não temos um livro de registro atualizado, nem tão pouco, temos os dados reais de mulheres na faixa 15 a 59 anos de idade, já que não temos um correto cadastramento e mapeamento da área de trabalho, não contamos com protocolos de atendimento e de acompanhamento dessas patologias. Entretanto estamos avançando, já que as usuárias têm comparecido com mais frequência às consultas de acompanhamento, onde falamos sobre a importância de usar preservativos, evitar o uso de drogas, tabagismo, álcool, promiscuidade, menarca precoce, menopausa tardia, doenças mais prevalentes das usuárias com idade superior a 40 anos, condições socioeconômicas desfavoráveis, obesidade, infecção pelo vírus papiloma humano. Para desenvolver essas atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, estamos fazendo atividades nos grupos de mulheres, já contamos com profissionais responsáveis pelo planejamento e controle de programa. A estimativa gerada no CAP foi de 4.130 usuárias, sem dados de cobertura, pois não temos os registros que informe o quantitativo de usuárias nesta faixa etária, que são acompanhadas na UBS.

Em relação ao controle do câncer de mama, as mulheres maiores de 40 anos com fatores de riscos, recebem as orientações e as solicitações para realizar a mamografia, que felizmente é realizada no município. Elas também são orientadas sobre a importância da realização de auto-exame de mama ou por algum profissional de saúde. Além disso, para melhorar o processo de trabalho, temos que cadastrar a população e criar um fichário próprio, onde são arquivados os registros da realização dos exames de detecção de câncer. A estimativa de usuárias nesta

faixa etária gerada pelo CAP foi de 1.548, porém sem informações sobre os dados de cobertura, já que não temos os registros que informe o quantitativo de usuárias nesta faixa etária, que são acompanhadas na UBS.

Nas ações de saúde desenvolvidas na UBS, como as palestras, salas de espera, nas consultas clínicas, sempre fazemos ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, como: falar sobre a importância de divulgar mais na comunidade informações sobre câncer de colo uterino e de mama; informar as mulheres sobre os sintomas e sinais do câncer de mama; discutir sobre os riscos de ter relações sexuais protegidas; a importância do grupo de mulheres na comunidade.

Com relação ao programa de atenção a saúde dos usuários portadores de HAS e DM, em nossa UBS são atendidos os usuários portadores destas doenças durante toda a semana, em ambos os turnos, não contamos com protocolos destas patologias, não temos registro específico dessas doenças. Apesar de todas as dificuldades, são feitas avaliação do estado clínico do usuário, através também de um bom exame físico, fazendo adequações no tratamento, caso seja necessário.

Até o momento, só temos captados 25 usuários hipertensos e 30 diabéticos, dados baixos, conforme informações do CAP. Isso é resultado do não cadastramento da população. Uma sugestão é reorganizar e continuar com o cadastramento da população, para que assim possamos planejar e desenvolver as ações com mais qualidade.

Discuto sempre nas reuniões de equipe, sobre a importância da realização de captação dos usuários através de exames laboratoriais (exame em jejum, glicemia pós-prandial, hemoglobina glicada, uréia, ácido úrico, colesterol, triglicérido, LDL, HDL, TGP, TGO, creatinina), temos que criar grupo de usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus, fazer acompanhamento de três em três meses, encaminhar os usuários para interconsultas com especialistas, como cardiologista e endocrinologista de seis em seis meses, intervir em toda população para prevenir estas duas doenças, temos que propor atividades didáticas e de atividades físicas para estimular a mudança de hábitos, identificar os fatores de riscos, promover o estímulo a alimentação saudável, garantir a presença de uma nutricionista para avaliar estado nutricional. Inicialmente temos que reorganizar os protocolo de atendimento das duas doenças, fazer o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações. A estimativa gerada no CAP foi de 3.354

hipertensos, resultando na cobertura de 6%. Já a estimativa gerada para o grupo dos diabéticos foi de 958 usuários, com cobertura de 3%.

Quanto a saúde de pessoas idosas, eles precisam de atenção especial, na UBS é oferecido serviço todos os dias, nos dois turnos de trabalho. Entretanto, os serviços oferecidos não são de qualidade, pois não realizados avaliação global do idoso, não tem planejamento das ações, não existe protocolo de atendimento. Os números de usuários idosos na UBS é pequeno, tendo em conta que a população brasileira está envelhecendo rapidamente, não contamos com cadastramento desta população, bem como das demais.

Nosso maior desafio é planejar ações de saúde para buscar autonomia dos idosos, promover ações de saúde que abordem temas de higiene, alimentação saudável, ações de reabilitação em saúde, educar as famílias sobre o cuidado das pessoas idosas, garantindo assim que as famílias ofereçam afetividade, amor e carinho, fortalecendo sua rede de apoio. Precisamos criar uma lista de usuários de acamados ou com dificuldade de locomoção, além dos que moram sozinhos, organizando assim a realização das visitas domiciliares. Outra estratégia é criar a casa de idoso ou ativar a que já está em andamento, para que nesse local, sejam desenvolvidas diversas ações para este público. A estimativa gerada no CAP foi de 2.050 usuários idosos, com cobertura de 7%.

O maior desafio é conseguir apoio de gestores de saúde do município, para que possamos garantir um melhor acompanhamento nos diferentes programas priorizados pelo Ministério de Saúde, melhorar as estruturas e organização da UBS já que não possui as condições estruturais adequadas. Outro fator agravante é a ausência dos ACS e demais profissionais para atuarem na unidade.

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

Diante os diferentes roteiros e questionários construídos pelo Curso de Especialização, que direcionou minha visão sobre a UBS e permitiu elaborar o comentário comparativo entre o texto situação da UBS/APS e o relatório da análise situacional.

Então, tivemos muitas mudanças positivas em relação à estrutura física da UBS, já teve melhoria da sala de espera e nos consultórios médicos, assim como na

sala de vacinação, curativos e puericultura. Essas melhorias na UBS facilitou a realização de diferentes procedimentos de enfermagem e médicos como suturas, curativos, nebulizações, injeções entre outros.

Foi feita uma melhoria quanto à sinalização visual dos ambientes, que permite obter informações através de texto. Agora contamos com internet fixa o que facilita um melhor desempenho profissional, contamos também com uma sala de reuniões, o que facilitou nos reunirmos com mais frequência e organização. Já dispomos da farmácia popular. Tudo isso foi resultado de um maior desempenho no trabalho, por parte de todos profissionais. Conseguimos os diferentes protocolos de atendimento dos programas do Ministério de Saúde. Contamos atualmente com uma equipe mais completa, composta por: médico clínico geral, odontólogo, duas enfermeiras, duas assistentes de enfermagem, duas recepcionistas, duas auxiliares de limpeza, um administrador, uma nutricionista, dois motoristas, um assistente de saúde bucal e uma farmacêutica.

Estão sendo planejados e realizados com mais qualidade, os diferentes programas de saúde, como a atenção as crianças, gestantes e puérperas, ações de prevenção de câncer de colo de útero e mama, acompanhamento dos idosos, além do acompanhamento das doenças crônicas não transmissíveis, principalmente HAS e DM. Enfatizamos sobre todas as medidas de promoção, prevenção e educação em saúde, diminuindo assim a morbimortalidade, o que contribui muito para melhorias do estado de saúde da população da área de abrangência, em relação ao texto inicial.

Contamos com o apoio dos gestores municipais, líderes comunitários, lideranças do CTG, com isso avançamos positivamente em relação à qualidade da oferta de nossos serviços, conseguimos também o fortalecimento dos vínculos com comunidade, através das visitas domiciliares, encontros com grupos de risco e a divulgação das diferentes atividades desenvolvidas na UBS. Contribuindo assim para as melhorias da atenção a saúde da população da área de abrangência da UBS.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis aumentados e sustentados de pressão arterial (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2006). O Diabetes Mellitus (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WHO, 1999). A HAS e o DM são considerados importantes problemas de saúde no Brasil e no mundo em virtude da sua crescente prevalência (BRASIL, 2013).

É de vital importância essa ação programática, tendo em conta que são freqüentes portadores destas patologias na UBS, e caso não haja o acompanhamento e controle adequado, podem surgir diversas complicações e/ou seqüelas associadas a estas doenças (Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus) como Acidentes Vasculares Encefálicos, Infarto Agudo do Miocárdio, Retinopatias, Insuficiência Renal, entre outras complicações, que poderiam ser evitadas tendo um maior controle destas doenças.

Quanto à população alvo, ainda não temos o número exato, já que estamos no processo de organização e re-ordenamento do trabalho, já que ainda não temos cadastro completo da população e mapeamento da área de abrangência. A estimativa de hipertensos na área de abrangência de acordo com o total da população, segundo dados do CAP é de 3.354 e 958 diabéticos, entretanto, não temos os valores reais desta população, devido a inexistência de cadastramento, registros inadequados na UBS, inexistência das ações de promoção de saúde, o que também justifica a escolha deste foco de intervenção. Já que contamos com um

universo em torno de 3.354 e 30 usuários (hipertensos e diabéticos) respectivamente, porém não sabemos se esses dados são fidedignos, devido à falta de registros atuais, a falta de ACS, o que dificulta o cadastramento da área total, dentre outros problemas, o que dificulta conhecermos os valores reais da população.

Com as ações da intervenção, buscaremos melhorar a qualidade na atenção destes usuários, estimulando à adesão da população-alvo enquanto a periodicidade das consultas, efetividade dos tratamentos, realização dos exames complementares, avaliação da saúde bucal, fazendo promoção e prevenção de saúde, oferecendo orientação nutricional aos usuários, incentivando também a importância de praticar exercício físico regularmente, mapear periodicamente a pressão arterial e a glicemia, evitar o estresse, entre outras ações de saúde.

Dentre as principais dificuldades ou limitações existentes, são a falta de cadastro dos usuários portadores de HAS e DM, falta de ACS, pouco conhecimento dos protocolos para diagnosticar essas doenças, ausência de prontuários, o que dificulta a organização do processo de trabalho.

Os aspectos facilitadores para a realização da intervenção é o apoio dos gestores para que as mudanças aconteçam, além do envolvimento da equipe para a realização das ações. A equipe está capacitada para a realização das ações e o acompanhamento destes usuários do ponto de vista teórico-prático, utilizando os protocolos e materiais fornecidos pelo Curso de Especialização em Saúde da Família, promovido pela UFPel.

Esperamos que com essa intervenção, desenvolver as práticas de autocuidado, contribuindo assim com melhorias na qualidade de vida, reduzindo a incidência de morbimortalidade, bem como as complicações decorrentes destas patologias.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Central, Piratini/RS

## 2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

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

**Meta 1.2:** Cadastrar 60% 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.

**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 pacientes diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

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

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

**Meta 6.5:** Garantir 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**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade Básica de Saúde Central, no município de Piratini/RS.

Participação da intervenção usuários hipertensos e/ou diabéticos maiores de 20 anos da área de abrangência das UBS.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

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

Meta 1.1 e 1.2: Cadastrar 60% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência do Programa de atenção a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus.

#### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS.

#### **Detalhamento das ações:**

- Será formada uma equipe de trabalho, que será responsável pelo monitoramento das ações, sendo formada pelo médico, enfermeira e técnica de enfermagem.
- O monitoramento será feito de várias maneiras, sendo realizado semanalmente o controle do registro de dados dos usuários cadastrados, através de uma revisão de prontuário, da planilha de coleta de dados e das fichas espelhos.

#### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

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

#### **Detalhamento das ações:**

- Inicialmente serão dadas capacitações a toda a equipe de trabalho, especificamente as pessoas responsáveis de garantir os registros dos usuários com HAS e DM cadastrados no programa. Serão realizadas pela equipe supervisões semanais dos registros dos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes,

- No acolhimento inicial dos usuários, as duas recepcionistas serão encarregadas desta atividade. Mas todos os profissionais também participarão do acolhimento, realizando a escuta qualificada das demandas.

- Inspeccionar periodicamente o funcionamento dos aparelhos da pressão e do hemoglicoteste, já que dispormos desses equipamentos na UBS e que eles serão calibrados com frequência de 15 em 15 dias para evitar erros.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

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

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

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

### **Detalhamento das ações:**

- Serão utilizados os meios de comunicação como rádios e jornais locais explicando a comunidade detalhadamente sobre os diferentes fatores de riscos, como obesidade, sobrepeso, história familiar, tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, história previa de hiperglicemia ou intolerância à glicose alterada (curva glicêmica alterada).

- A equipe promoverá palestras educativas no horário matutino, as segundas, quartas e quintas-feiras, explicando a população sobre a existência do programa.

- Serão confeccionados e fixados na UBS cartazes e materiais educativos a respeito da importância do controle da pressão arterial, a partir dos 18 anos de idade e sobre as atividades desenvolvidas no programa.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

#### Ação:

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

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

#### **Detalhamento das ações:**

- Realizar reuniões na equipe de equipe quinzenalmente, para realizar as qualificações dos profissionais.
  - A enfermeira deverá realizar orientações aos funcionários da equipe sobre a técnica de aferição da pressão arterial e realização do hemoglicoteste (HGT).
  - O médico e a enfermeira deverão avaliar periodicamente a técnica de verificação da pressão arterial pelos técnicos de enfermagem, o que pode acontecer nos encontros, reuniões e nas capacitações/qualificações da equipe.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**Ações:**

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

**Detalhamento das ações:**

- Será realizado exame clínico completo durante a consulta de hipertensos e/ou diabéticos.
- Serão revisados os prontuários clínicos, as ficha de usuário, verificando se os exames estão atualizados de acordo com o protocolo e à periodicidade recomendada.
- Avaliar conjuntamente com os profissionais de odontologia a necessidade de atendimento odontológico.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO****Ações:**

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde para a atenção aos hipertensos.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais para o acompanhamento de hipertensos.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde para acompanhamento de hipertensos.
- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde para o acompanhamento de usuários diabéticos.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais para o acompanhamento de usuários diabéticos.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde para acompanhamento de usuários diabéticos.
- Garantir a solicitação dos exames complementares de usuários hipertensos.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo aos usuários hipertensos.
- Estabelecer sistemas de alerta dos exames complementares preconizados para hipertensos.
- Garantir a solicitação dos exames complementares de usuários diabéticos.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo aos usuários diabéticos.
- Estabelecer sistemas de alerta dos exames complementares preconizados para diabéticos.
- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos para hipertensos e diabéticos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos; • organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos; organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização da consulta odontológica dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

#### **Detalhamento das Ações:**

- O médico e a enfermeira orientará cada membro da equipe sobre o papel de cada um no acompanhamento dos usuários da população-alvo.

- Cada membro da equipe receberá orientações sobre suas atribuições específicas no exame clínico dos usuários hipertensos e/ou diabéticos. A enfermeira, a médica, a técnica de enfermagem, conhecem suas atribuições com os usuários hipertensos e/ou diabéticos, seguindo os Manuais de Atenção Básica para estes usuários.

- O médico e a enfermeira avaliarão e controlarão periodicamente a realização dos exames complementares nas consultas e também nas visitas domiciliares.

- Os profissionais já comunicarão a data da próxima consulta e de exames a depender do resultado da estratificação de risco cardiovascular.

- O odontólogo e a assistente de saúde bucal irão atualizar os registros do serviço de odontologia dos usuários hipertensos e/ou diabéticos e realizarão os exames da cavidade oral nas consultas e visitas domiciliares.

- O médico deverá garantir com os gestores, o apoio para a realização dos exames complementares com agilidade.

- O odontólogo organizará a agenda de odontologia para os usuários da população alvo que precisarem deste serviço.

#### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

##### **Ações:**

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

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

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

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

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

#### **Detalhamento das Ações:**

- Toda a equipe de profissionais será responsável por elaborar e fixar cartazes e materiais educativos na UBS, sobre informações importantes sobre a HAS e DM.

- A comunidade será informada através da rádio e jornais locais, além do diálogo com os líderes da comunidade, sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão e o Diabetes realizado na UBS.

- Todos os profissionais serão responsáveis por divulgar nas consultas, salas de espera, visitas domiciliares e grupos de educação em saúde, sobre a importância da realização dos exames complementares periodicamente, buscando o controle e prevenção das doenças.

- Sensibilizar os usuários sobre a importância da avaliação da saúde bucal, a realização de exame dos pulsos e de sensibilidade das extremidades.

- Toda equipe explicará aos usuários a importância de não deixar passar o prazo das receitas médicas para a obtenção dos medicamentos e o direito das possíveis vias de obtenção dos mesmos.

#### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**



**Ações:**

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

**Detalhamento das Ações:**

- Os profissionais da equipe serão capacitados pelo médico e pela enfermeira para a realização do exame físico, de acordo com as atribuições de cada profissional.
- Toda equipe participará das discussões sobre atualizações sobre os tratamentos destinados a hipertensos e/ou diabéticos, durante as reuniões.
- O médico e a enfermeira em parceria com a técnica em farmácia deverão orientar aos profissionais sobre as alternativas para obter os medicamentos necessários ao tratamento.
- Os profissionais de odontologia deverão realizar o matriciamento para os profissionais da equipe em geral, qualificando os profissionais, para que os mesmos tenham capacidade de avaliar e identificar os usuários com necessidade de encaminhamento para avaliação odontológica.

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

Meta 3.1 e 3.2: Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO****Ações:**

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

**Detalhamento das Ações:**

- O médico e a enfermeira deverão monitorar a periodicidades das consultas dos usuários, com uma frequência para cada usuário hipertenso e/ou diabético através do prontuário clínico, através planilha de coleta e dados e a filha-espelho, que está sendo confeccionada para a população alvo.

- Cada usuário saberá com antecipação a data da próxima consulta, assim que sair do atendimento.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO****Ações:**

- Organizar visitas domiciliares para buscar os usuários hipertensos e diabéticos faltosos através das ACS.

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

**Detalhamento das Ações:**

- A equipe durante as reuniões semanais, confeccionará uma lista de usuários hipertensos e/ou diabéticos faltosos as consultas.

- A equipe será organizada para tentar localizar quais são os usuários faltosos, para a recuperação destas consultas.

- O médico, juntamente com a enfermeira e recepcionista garantirá uma flexibilidade na agenda no caso que o usuário não compareça consulta agendada.

- Os profissionais garantirão um horário flexível na agenda, para os usuários hipertensos e/ou diabéticos em demanda espontânea, que não frequentam com regularidade a UBS.

**ENGAJAMENTO PÚBLICO****Ações:**

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

- Ouvir a comunidade durante as reuniões de comunidades, grupos de saúde, nas salas de espera, sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e/ou diabetes as consultas clínicas e aos grupos de saúde.
- Esclarecer aos portadores de hipertensão e/ou diabetes à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

#### **Detalhamento das Ações:**

- A equipe de saúde informará aos usuários portadores de HAS e DM, bem como a toda comunidade sobre a importância das consultas e sua periodicidade. Isso será feito nas salas de espera, palestras, durante os atendimentos, nos grupos de educação em saúde.

- Será feita a escuta da comunidade durante as reuniões de comunidades, grupos de saúde, nas salas de espera, sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e/ou diabetes as consultas clínicas e aos grupos de saúde. Serão discutidas as melhores estratégias para melhorar a assistência a este público.

- O médico e a enfermeira esclarecerão aos portadores de hipertensão e/ou diabetes e à toda comunidade sobre a periodicidade das consultas de acordo com o preconizado nos protocolos.

#### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

##### **Ações:**

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

##### **Detalhamento das Ações:**

- Infelizmente ainda não dispomos de ACS na UBS. Todas as atividades são desenvolvidas pela equipe, que está incompleta.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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

## MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

### Ações:

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

### **Detalhamento das Ações:**

- Os profissionais da equipe serão sensibilizados e capacitados pelo médico e enfermeira, sobre a importância de realizar os registros de forma correta.

- O médico e a enfermeira realizarão monitoramento da qualidade dos registros dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, semanalmente, com o objetivo de melhorar a qualidade no acompanhamento desses usuários. Os problemas observados serão discutidos nas reuniões de equipe.

## ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

### Ações:

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar a ficha de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

### **Detalhamento das Ações:**

- Toda equipe está sensibilizada sobre a importância de manter os registros dos usuários atualizados.

- A equipe confeccionará o registro, onde serão arquivadas as informações resultantes da intervenção.

- A médica e a enfermeira serão as responsáveis pelo monitoramento dos registros e será feita uma avaliação semanal dos registros nos prontuários.

- Todos os dados dos usuários hipertensos e/ou diabéticos serão registrados nas fichas espelho de cada usuário. Esta planilha ou ficha espelho vai coletar informações necessárias como identificação do usuário, data do acompanhamento, anamnese completa, intercorrências desde a última consulta, referidas pelo usuário, dentre outras.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

### Ações:

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

### **Detalhamento das Ações:**

- O médico e a enfermeira orientarão os usuários sobre todos seus direitos, inclusive sobre a manutenção de seus registros e acesso a segunda via se necessário.

- Os usuários e acompanhantes e/ou responsáveis serão sensibilizados sobre a importância de informar corretamente todas as informações solicitadas pela equipe de saúde.

- Os usuários serão informados que é importante notificar mudanças que existam com seus registros, para que seja feita atualização dos dados.

## QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

### Ações:

- Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético.

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

#### **Detalhamento das Ações:**

- Serão realizadas oficinas com o intuito de capacitar a equipe técnica, orientando-os para o preenchimento adequado das fichas e registros em todas as consultas dos hipertensos e/ou diabéticos.

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

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

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

##### **Ações:**

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

#### **Detalhamento das Ações:**

- A equipe fará revisão da ficha espelho a fim de monitorar os usuários com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, com o objetivo de melhorar este atendimento.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

##### **Ações:**

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

**Detalhamento das Ações:**

- Depois da revisão das fichas de estratificação de risco, será dada prioridade a estes usuários, organizando um agendamento para o atendimento desta demanda.
- Os profissionais deverão realizar busca ativa, através de ligações telefônicas e ou lideranças comunitárias para identificar os usuários classificados como de alto risco que não são cadastrados e/ou não comparecem a UBS.
- A agenda será organizada para atendimento e será dada prioridade aos usuários classificados de alto risco.

**ENGAJAMENTO PÚBLICO****Ações:**

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis como alimentação, prática de atividade física, redução do etilismo e tabagismo.

**Detalhamento das Ações:**

- Fixar cartazes educativos na UBS e na comunidade, sobre o controle dos fatores de riscos e as possíveis complicações que poderiam surgir com o descontrole das patologias.
- O médico e a enfermeira durante as consultas sempre orientarão os usuários quanto ao seu nível de risco e a importância das consultas médicas.
- Promover grupos, feiras de saúde, reuniões em Associação de Moradores, em igrejas, dentre outros, discutindo sobre a importância de controlar os fatores de risco e as possíveis complicações que são decorrentes do não controle da Hipertensão e do Diabetes.

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA****Ações:**

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

#### **Detalhamento das Ações:**

- Toda a equipe da UBS será capacitada para a realização da estratificação de risco e sua importância.
- Oferecer as escalas de estratificação de risco, para que em cada contato com os usuários de alto risco sejam registradas as informações.
- O médico e a enfermeira serão os responsáveis por qualificar a equipe sobre os fatores de risco modificáveis durante as reuniões

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

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

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

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

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

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.

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

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO



**Ações:**

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

**Detalhamento das Ações:**

- O médico e a enfermeira irão controlar através dos registros se os usuários têm adequada orientação nutricional.
- A nutricionista realizará qualificações para os profissionais, com a temática da alimentação saudável.
- Toda a equipe orientará os usuários, por meio de palestras, a importância de ter uma alimentação saudável, praticarem atividade física regular, sobre os riscos do tabagismo, importância da higiene bucal.
- Serão feitas atividades de promoção, prevenção, e educação em saúde, discutindo as consequências do álcool e tabagismo, a importância de realizar atividades físicas regularmente para manter o peso ideal, que é imprescindível em usuários hipertensos e diabéticos.
- O médico monitorará através dos registros clínicos bem como nas visitas domiciliares se os usuários estão recebendo as devidas orientações.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO****Ações:**

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

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

#### **Detalhamento das Ações:**

- Os membros da equipe orientarão os usuários para uma boa alimentação, atividade física e abandono ao tabagismo.
- Serão realizadas palestras com a nutricionista com objetivo de orientar a população sobre a importância de ter hábitos alimentares saudáveis.
- O Gestor fará parcerias institucionais para envolver educadores físicos ao projeto.
- O médico definirá um tempo médio em suas consultas para garantir um bom atendimento e dar as devidas orientações.
- Serão criados na UBS grupos de combate ao tabagismo.

#### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

##### **Ações:**

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

**Detalhamento das Ações:**

- A equipe de saúde estimulará os usuários hipertensos e/ou diabéticos e toda a comunidade para a formação e participação dos grupos de educação em saúde.
- Os profissionais informarão a comunidade sobre a importância de tomar os devidos cuidados para evitar essas doenças e sobre os fatores de riscos.
- Serão produzidos pela equipe de saúde materiais educativos para orientar aos usuários da importância da alimentação saudável, sobre a prática de atividade física regular, sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e a importância da higiene bucal.
- A equipe de saúde promoverá palestras, reuniões, feiras em escolas, visitas domiciliares com o objetivo de sensibilizar a comunidade sobre a importância da Promoção da Saúde para os usuários portadores de Hipertensão e/ou Diabetes.

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA****Ações:**

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

**Detalhamento das Ações:**

- Realização de capacitação para a equipe multidisciplinar da UBS, sobre atividades educativas em saúde, como alimentação saudável, prática de atividade física, abandono ao tabagismo e higiene bucal.
- O médico e a enfermeira capacitarão a equipe para a orientação sobre metodologias de educação em saúde de todos os hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da UBS.

- O médico convidará a nutricionista e o odontólogo para realizar ações de matriciamento, para qualificar a equipe quanto as práticas de alimentação saudável e cuidados com referente à saúde bucal.

### 2.3.2 Indicadores

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

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

**Indicador 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 4:** 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 Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, iremos adotar o manual técnico de HAS e DM do Ministério de Saúde, nº 36 e 37, do ano de 2013. Para a coleta de dados, utilizaremos a ficha-espelho disponibilizada pelo curso, sendo que o monitoramento da intervenção será feito semanalmente pelo médico e pela enfermeira através deste preenchimento, pois não existe registro específico para os usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS.

Já que não contamos com um sistema de informações destes usuários, a enfermeira revisará o livro de registros destes usuários que estão em acompanhamento e os que buscam o serviço através da demanda espontânea nos últimos três meses. Revisaremos também os dados do prontuário clínico, pois com essas informações iremos organizar a intervenção, observando as ações que são realizadas na UBS e as que ainda faltam ser aplicadas, sempre registrando estes dados na planilha de coleta de dados. Isto acontecerá nos três meses da intervenção.

A enfermeira e o médico examinarão os registros específicos dos usuários da população alvo, identificando os usuários que estão pendentes na realização dos exames, que estão com consultas atrasadas, que estão faltando realizar a avaliação odontológica, os que têm que ser reavaliados por alteração nos exames. Realizaremos também visitas domiciliares, que nos permitirá identificar os diferentes fatores de riscos que podem ser modificados, além de realizar o cadastro de outros usuários portadores das patologias que não freqüentam a UBS.

Nas reuniões de equipe, já foi discutido e pactuado o foco da intervenção. Inicialmente começaremos a intervenção com a qualificação de toda equipe de saúde sobre o protocolo de controle da HAS e DM. Realizaremos a qualificação na própria UBS, durante a reunião de equipe na primeira semana da intervenção. A enfermeira e o médico serão os responsáveis pelas capacitações.

Os temas de capacitação serão: Acolhimento e cadastramento de usuários hipertensos e diabéticos; Periodicidade e importância de realização dos exames periódicos; Monitoramento dos resultados dos exames periódicos e registros das informações; Medidas de controle dos fatores de risco passíveis de modificação; Capacitação sobre ações de promoção e prevenção de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus; Capacitação sobre os fatores de risco em usuários hipertensos e diabéticos. A metodologia utilizada será em forma de debates.

O acolhimento dos usuários que buscam a unidade para mapeamento da pressão arterial e glicemia periférica, assim como os que buscam as consultas agendadas e em demanda espontânea, será feito na unidade pelo enfermeiro e a técnica de enfermagem da equipe. Serão também reservadas três vagas para os usuários em demanda espontânea, com problemas agudos.

Faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade para apresentar o projeto de intervenção e ampliar a captação de usuários portadores de hipertensão e diabetes. Será feito encontros direto da equipe de trabalho com a comunidade. Utilizaremos também os meios de comunicação local, como rádios e jornais locais, para divulgar as atividades de promoção, prevenção e educação em saúde, como os grupos de educação em saúde. Com o intuito de orientar os usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes e toda a comunidade sobre as doenças e a prevenção de possíveis complicações. Esclarecendo a importância de manter um bom controle da hipertensão e do diabetes para evitar possíveis complicações.

Infelizmente não contamos com os ACS para realizar a busca ativa de todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos, tanto os faltosos nas consultas, quanto nas atividades de grupo.

Para atingir essas metas, solicitaremos para os gestores, recursos como: materiais de escritório, para a elaboração de cartazes, sobre como fazer a aferição da glicose e da pressão arterial, além de garantir os aparelhos de aferição (hemoglicoteste e esfigmomanômetro) em perfeito estado na unidade. Reforçando a importância dos gestores garantirem a manutenção preventiva destes equipamentos.



### **3 Relatório da Intervenção**

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

Ao concluir as doze semanas da intervenção, podemos citar as ações previstas e desenvolvidas integralmente e parcialmente no projeto. Foram várias ações que favoreceram mudanças importantes na qualidade de atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na área de abrangência da UBS.

Inicialmente nas primeiras semanas da intervenção foi feita a qualificação dos profissionais atuantes na UBS, durante as reuniões de equipe. Toda equipe participou das atividades de capacitação, que teve como temática: Os protocolos de atenção; Acolhimento; Técnicas corretas de aferição da pressão arterial e da glicemia capilar; Alternativas para obter os medicamentos disponibilizados na farmácia popular; Preenchimento adequado dos registros, como o prontuário clínico, fichas espelho, planilha de coleta de dados; Orientação sobre a importância do comparecimento as consultas e as atividades de grupo; A importância da realização dos exames complementares e a periodicidade de acordo com o protocolo.

Duas recepcionistas, que também foram qualificadas, ficaram responsáveis pelo acolhimento inicial destes usuários na UBS, bem como os outros usuários que demandam a UBS.

Outro item importante realizado foi o cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos pertencentes à Unidade Básica de Saúde Central, esta ação favoreceu muito o desenvolvimento da intervenção, já que permitiu maior controle das atividades e a identificação dos diferentes problemas apresentados no processo de trabalho, para que assim pudéssemos melhorar os serviços de saúde oferecidos à comunidade.

Após as doze semanas de intervenção, observamos que a cobertura de atendimentos para a população-alvo, foi cumprida parcialmente, pois foi estabelecida como meta de ampliação, alcançarmos 60%, porém esse valor não foi alcançado. Este problema deve-se principalmente pela ausência de ACS na UBS, que são profissionais fundamentais para identificar esses usuários na área de abrangência, bem como divulgar as ações da UBS, sensibilizar os usuários sobre a importância de comparecer as consultas de atividades de grupo. Mas a equipe continuará trabalhando para alcançar a meta proposta.

Com relação aos atendimentos clínicos, continuarão com a mesma qualidade, com o término da intervenção, sendo realizado durante um dia na semana, em ambos os turnos, foram disponibilizados oito vagas para agendamento de consultas de acompanhamento, porém apesar desta organização para os atendimentos de todos os programas de saúde na UBS, os usuários hipertensos e/ou diabéticos terão prioridades no atendimento da demanda espontânea.

Com relação ao atendimento odontológico, continuará sendo realizado, e a organização da agenda será de responsabilidade do odontólogo. Foi feita uma parceria com os responsáveis pela farmácia popular do município, e foi disponibilizada uma lista semanal dos medicamentos disponíveis para o tratamento dos hipertensos e/ou diabéticos, o que facilitou muito o nosso trabalho no momento de fazer a prescrição dos medicamentos.

Foi feito um trabalho importante por parte dos profissionais, para que o usuário seja sensibilizado a realizar o acompanhamento regular, bem como modifique vários hábitos de vidas, que são prejudiciais a sua saúde e que são modificáveis, contribuindo assim para o controle das patologias e a redução das complicações.

Com relação ao engajamento público, conseguimos grandes avanços, pois conseguimos firmar parceria com líderes comunitários, presidente do Conselho Municipal de Saúde, radialistas da rádio local. E essas parceiras foram importantes para divulgar as ações desenvolvidas na UBS, bem como sensibilizar a comunidade a comparecer a UBS, para a realização das consultas, atividades em grupos, e demais ações de saúde que foram devolvidas.

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

Infelizmente não foi realizada uma ação, como previsto no cronograma da intervenção, que foi a busca ativa de usuários hipertensos e/ou diabéticos. Fato este motivado principalmente pela ausência de ACS na equipe. Tentamos até realizar essa busca ativa através da recepcionista e um motorista da UBS, mas como previsto, não conseguimos realizar esta ação. Apesar de termos a garantia da contratação dos ACS para fazer parte da equipe, eles só foram contratados após o final da intervenção.

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

Não houve dificuldades na coleta e sistematização dos dados. Mesmo que fosse necessário um curto período de adaptação, as planilhas são de fácil utilização. O preenchimento das mesmas, tanto de coleta de dado quanto as de saúde bucal, foram preenchidas por mim. No entanto, para que não ocorra qualquer dificuldade no processo de coleta de dados e cálculo dos indicadores, é imprescindível que as fichas-espelho sejam preenchidas de forma correta, para que seja garantida a qualidade das informações coletadas, a coleta de dados quantitativos foi feita pela ficha de espelho e planilha de coleta de dados e a coletas de dados qualitativos foi realizada por meio dos diários da intervenção.

Neste sentido, a coleta de dados em saúde bucal foi inicialmente prejudicada, devido ao não preenchimento completo das fichas-espelho pelo dentista, apesar das devidas orientações e conhecimento de todas as ferramentas necessárias para tal ação. Foi realizada uma reunião individual, na qual foi reforçada a importância de realizar o preenchimento completo das fichas-espelho para que não houvesse qualquer resultado indevido em relação ao cálculo dos indicadores. A partir de então, não houve nenhuma dificuldade no processo de coleta de dados.

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

A incorporação das ações previstas é completamente possível e apresenta grande viabilidade para tornar-se parte da rotina, no entanto, é preciso que todos os integrantes da equipe estejam conscientes da importância do Programa para a comunidade, bem como o envolvimento em todas as fases do processo de trabalho.

Uma parte dos integrantes da equipe de saúde tem a visão de que sou o único responsável por fazer o Programa funcionar, devendo assumir grande parcela das atividades, uma vez que sou eu quem faz o curso de especialização. Foi trabalhado persistentemente com a equipe sobre a necessidade do engajamento de todos na unidade para que a intervenção tivesse resultados satisfatórios. Muitas vezes, o ambiente e condições de trabalho não são completamente adequados e ocorre sobrecarga de trabalho, porém a sensibilização fez necessária no sentido de buscar respostas e soluções para que seja fornecido um atendimento integral e de qualidade aos usuários, por mais que os benefícios ocorram em longo prazo.

Assim, o empenho e envolvimento de todos são essenciais para garantir a efetivação da periodicidade das consultas conforme previsto no protocolo.

Além disso, a Secretaria Municipal de Saúde também tem que fornecer o apoio necessário para que a equipe consiga trabalhar de maneira adequada e os usuários hipertensos e diabéticos também devem assumir sua responsabilidade nos cuidados com a saúde.



## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Na UBS Central, no município de Piratini/RS, entre os meses de fevereiro e junho de 2015 foi colocada em ação, a proposta de intervenção melhoria da atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

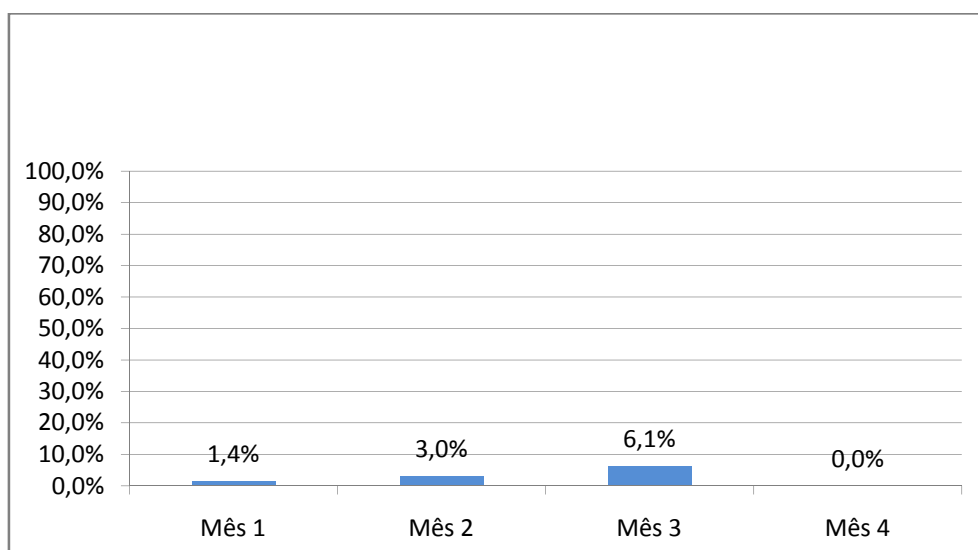
A falta de ACS e a ausência do cadastro da população fez com que optássemos por utilizar a estimativa da população alvo. Foram estimados 15.000 habitantes que são atendidos na UBS, sendo 3.354 hipertensos e 958 diabéticos, segundo os dados do CAP. Porém não sabemos se esses dados são fidedignos, devido à falta de registros atuais, a falta de ACS na equipe, o que dificulta o cadastramento da área total, dentre outros problemas que dificulta conhecermos os valores reais da população. Segundo a estimativa VIGITEL, teríamos uma estimativa de 3.040 hipertensos e 750 diabéticos. E nosso parâmetro neste estudo, serão as estimativas do VIGITEL.

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

**Meta 1.1** Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção 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.

Assim no primeiro mês de intervenção, a cobertura de hipertensos cadastrados no programa foi de 31 (1,4%) usuários hipertensos no primeiro mês, no segundo mês 68 (3,0%) no segundo mês, no terceiro mês 139 (6,1%) usuários hipertensos, conforme mostra a figura número 1.



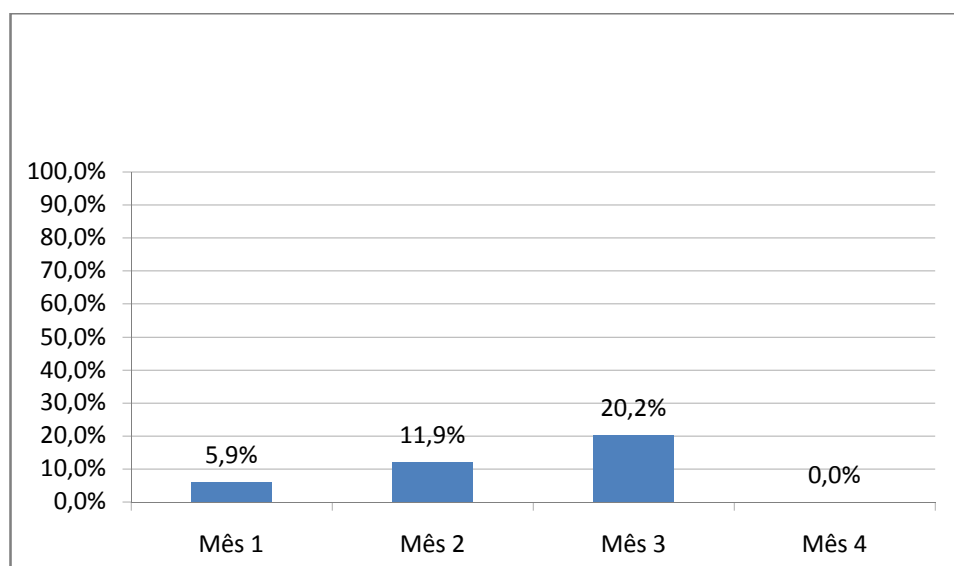
**Figura 1** Gráfico Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Central, Piratini/RS, 2015.

Foram incorporados ao programa na unidade muitos usuários hipertensos pertencentes à área de abrangência, que antes faziam acompanhamento em clínicas particulares ou em outros municípios. Ao tomarem conhecimento da qualidade do programa na UBS, buscaram a unidade para dar continuidade ao tratamento. Apesar de que não conseguimos alcançar as metas propostas, acreditamos que realizamos um bom trabalho, resultando do empenho e dedicação da equipe, reorganização das agendas para atender as demandas espontâneas, busca ativa dos usuários faltosos, a consulta por parte de alguns profissionais da UBS, a sensibilização dos profissionais sobre a importância do acolhimento dos usuários e com certeza nos próximos meses alcançaremos o proposto pela meta, já que contamos com a presença do ACS na UBS, o que fortalecerá ainda mais o trabalho de identificação e cadastramento destes usuários. Bem como a divulgação das ações que são oferecidas pela UBS.

**Meta 1.2** Cadastrar 60% 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.

Com relação aos usuários com diabetes, alcançamos ao final da intervenção, uma cobertura de 20,2%. Pois no primeiro mês do projeto, foram cadastrados 33 usuários com diabetes (5,9%), no segundo mês 67 (11,9%), no terceiro mês 114 (20,2%).



**Figura 2** Gráfico Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Central, Piratini/RS, 2015.

Esses resultados são decorrentes da campanha de divulgação do programa na UBS, nos encontros com a comunidade, na atuação das lideranças comunitárias para divulgar a importância das ações realizadas na UBS, seja através da rádio local ou nas reuniões de comunidade. Entretanto, apesar do esforço da equipe, acreditamos que não alcançamos a meta de cobertura proposta de 60%, porque a intervenção acabou sendo desenvolvida em apenas três meses e não mais em quatro meses, como inicialmente havia sido proposta pelo Curso de Especialização. Para melhorar esses indicadores, a equipe dará continuidade às ações propostas na intervenção, inserindo as atividades na sua rotina diária de trabalho e breve a meta proposta será alcançada.

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

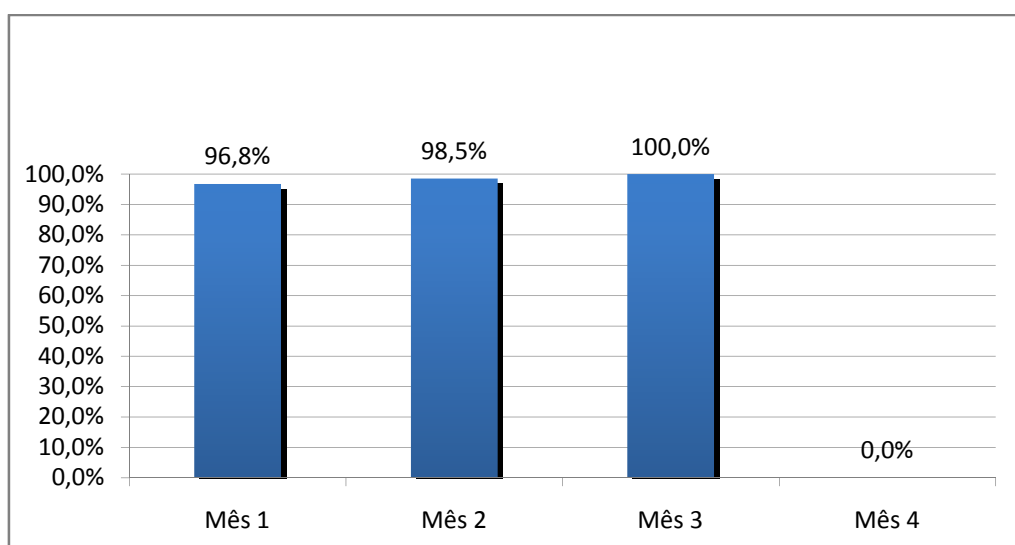
**Meta 2.1** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

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

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

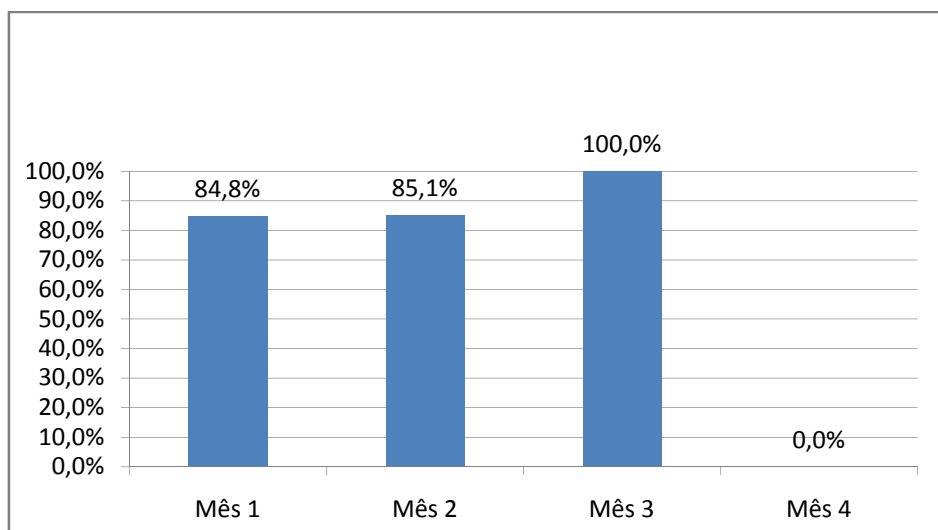
**Indicador 2.2** Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Verifica-se então que esses resultados foram alcançados parcialmente, pois no primeiro mês da intervenção 30 (96,8%) usuários hipertensos estavam com exame clínico em dia, no segundo mês 67 (98,5%), no terceiro mês 139 (100%) dos hipertensos acompanhados na UBS.



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

Já com relação aos usuários portadores de diabetes, no primeiro mês de intervenção, 28 (84,8%) destes usuários estava com exame clínico em dia de acordo com o protocolo, no segundo mês 57 (85,1%), terceiro mês 114 (100%), conforme figura 4.



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

Apesar de não termos alcançado a meta proposta de 100% nos dois primeiros meses da intervenção, avaliamos como um bom resultado, já que foi realizado o exame clínico de acordo com o protocolo em mais de 80% dos hipertensos e diabéticos. Tendo em vista que anteriormente esta UBS não contava e nem disponibilizava estes exames para todos os usuários. Estes resultados positivos são decorrentes da incorporação da rotina de realização de exames clínicos durante as consultas destes usuários. Bem como do aumento da demanda, favorecido pela divulgação da intervenção neste período, além do apoio do gestor de saúde, que ficou estabelecido à realização do exame clínico para estes usuários.

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

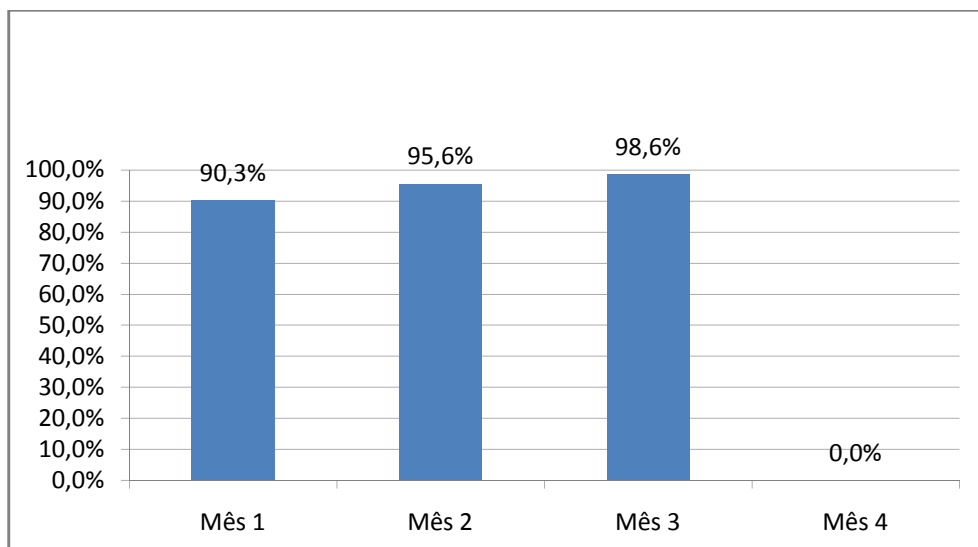
**Indicador 2.3** Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**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.

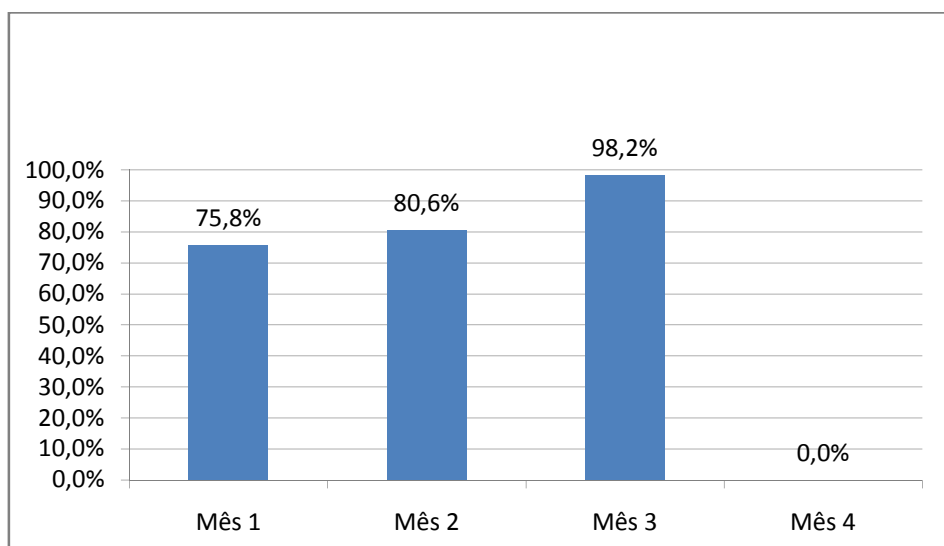
No decorrer da intervenção observa que no primeiro mês do projeto, conseguimos que 28 (90,3%) dos hipertensos acompanhados na unidade

realizassem os exames em dia de acordo com o protocolo, no segundo mês 57 (95,6%) e no terceiro mês 114 (98,6%).



**Figura 5** Gráfico Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Central, Piratini/RS, 2015.

Verifica que com relação aos usuários diabéticos, no primeiro mês foi alcançada a meta de 25 (75,8%) usuários com exames complementares em dia, no segundo mês 54 (80,6%), no terceiro 112 (98,2%), conforme apresentado na figura 6.



**Figura 6** Gráfico Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Central, Piratini/RS, 2015.

Um atendimento de qualidade a usuários com HAS e DM exige bom exame físico, que inclua o exame de aparelho neurológico, respiratório, endocrinometabólico, digestivo, cardiovascular, hemolinfopoiético para detectar

possíveis patologias que ponham em risco o bem-estar do usuário, além de realizar uma boa anamnese.

Para alcançar essas metas, a equipe foi capacitada sobre a importância da realização dos exames laboratoriais para os usuários da população-alvo, bem como, na identificação de sistemas de alerta quanto à realização destes, além do hemoglicoteste e as medidas de pressão arterial. A comunidade também foi orientada sobre a necessidade de realizar de acordo com a periodicidade do protocolo, os exames laboratoriais.

No início muitos usuários mostraram-se sem interesse para fazer os exames, mas com as orientações oferecidas em consulta e atividades de grupo, a equipe foi ganhando espaço até conseguir que todos realizassem os exames. A ação foi monitorada periodicamente, através de um sistema de alerta na ficha espelho quanto à realização do exame, durante a atualização dos registros.

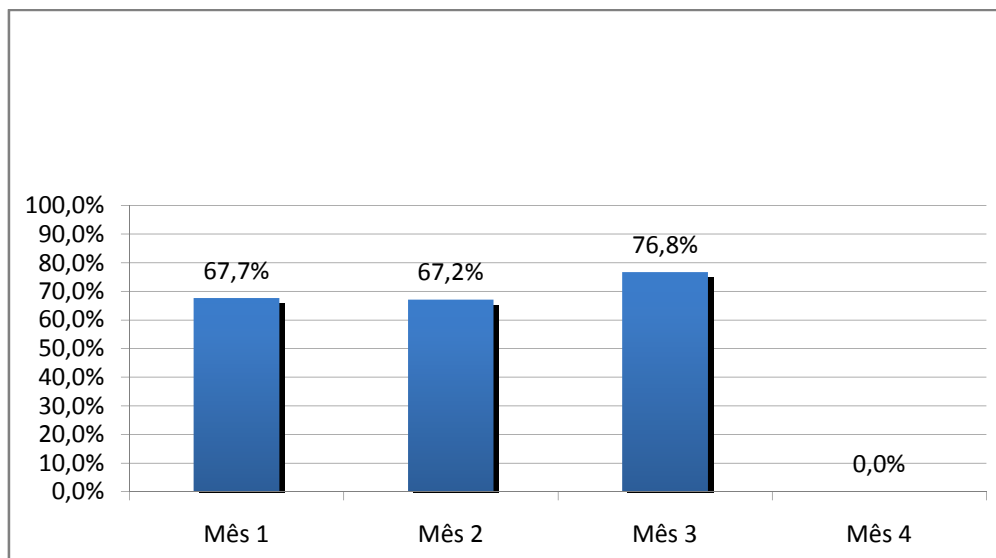
**Meta 2.5** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

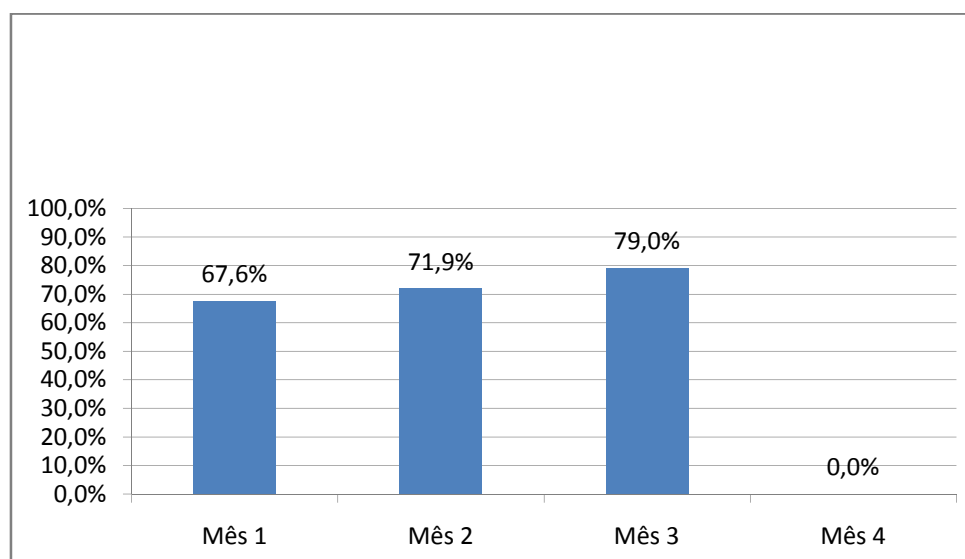
**Indicador 2.6** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Visando ainda contribuir com a melhoria da qualidade da atenção à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, foi proposto como meta priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% destes usuários cadastrados e atendidos na UBS. Então no primeiro mês dos usuários hipertensos 21 (67,7%) dos usuários com hipertensão receberam prescrição destes medicamentos da farmácia popular, no segundo mês 45 (67,2%), no terceiro mês 96 (76,8%), como mostra a figura 7.



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

Já os usuários diabéticos no primeiro mês 25 (67,6%) dos usuários receberam prescrição destes medicamentos da farmácia popular, no segundo mês 46 (71,9 %), no terceiro mês 79 (79,0%), como mostra a figura 8.



**Figura 8** Gráfico: Proporção de diabéticos com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia na UBS Central, Piratini/RS, 2015.

A importância de priorizar a prescrição dos medicamentos pertencentes à lista da farmácia popular, tem sido de vital importância, já que permite que os usuários com HAS e DM tenham mais acessibilidade e um melhor controle das patologias utilizando os medicamentos necessários para o tratamento.



Para monitorar adequadamente a ação, foi elaborado um sistema de alerta na ficha espelho quanto à prescrição dos medicamentos pertencentes da farmácia popular. A equipe também foi capacitada quanto à importância de ter um controle dos medicamentos que os usuários com HAS e DM usam, para assim avaliar com mais critérios se é necessário trocar ou não os medicamentos.

Durante as atividades de grupo, consulta médica, também foi abordado como tema, a importância de priorizar os medicamentos provenientes da farmácia popular, já que são gratuitos e/ou de baixo custo, de fácil acessibilidade.

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

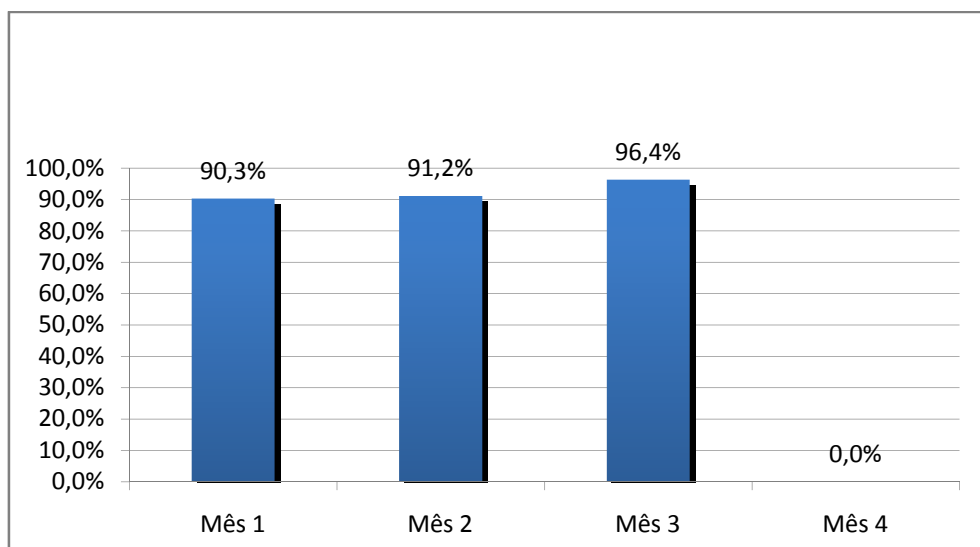
**Indicador 2.7** Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**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.

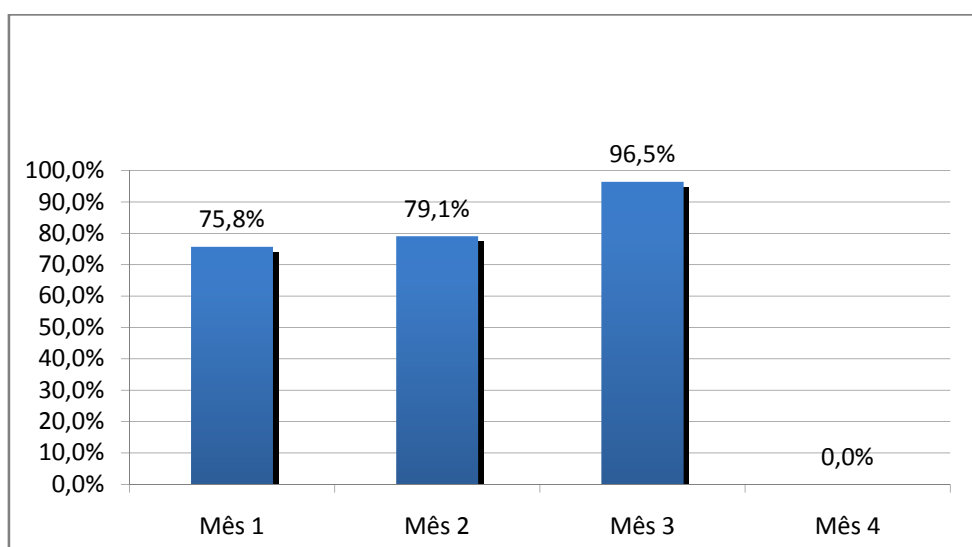
A saúde dos hipertensos e diabéticos depende também do acompanhamento/atendimento odontológico realizado. Então, para garantir a qualidade do atendimento dos usuários é imprescindível ter um bom acompanhamento odontológico de acordo com protocolo. Antes do início da intervenção, a grande maioria dos usuários não era avaliada quanto à necessidade de atendimento odontológico, com a qualificação dos profissionais, eles estavam aptos para desenvolver essas ações.

Porém, não conseguimos alcançar a meta planejada, mas tivemos bons resultados, pois em relação aos usuários com hipertensão no primeiro mês 28 (90,3%) foram avaliados, no segundo mês 62 (91,2%), no terceiro mês 134 (96,4%) como pode ser visto na figura 9.



**Figura 9** Gráfico Proporção de hipertensos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico na UBS Central, Piratini/RS. 2015.

Já em relação aos usuários portadores de diabetes, resultou que no primeiro mês foram avaliados 25 (75,8%) diabéticos, no segundo mês 53 (79,1%), no terceiro mês 110 (96,5%), como apresentado na figura 10.



**Figura 10** Gráfico Proporção de diabéticos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico na UBS Central, Piratini/RS. 2015.

A capacitação da equipe, o estabelecimento de um sistema de alerta na ficha espelho e seu monitoramento foram as ações que mais auxiliaram no resultado. Também foi importante a orientação a os usuários e comunidade sobre a importância da realização do atendimento odontológico de acordo com o protocolo.

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

**Meta 3.1 e 3.2** Buscar 100% do hipertenso e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

Felizmente, conseguimos alcançar 100% das metas propostas para esses indicadores. Nos três meses de intervenção tivemos todos os usuários hipertensos e diabéticos faltosos, tiveram a busca ativa e suas consultas reagendadas.

Estes resultados são produtos da supervisão mensal dos registros dos usuários portadores de HAS e DM, visando identificar os usuários faltosos as consultas e as atividades de grupo na UBS. Além disso, foi elaborado um plano de ação, onde a equipe tinha o nome e sobrenome dos usuários, dia específico das consultas, com número de telefone, para que dessa maneira conseguíssemos localizá-lo. Toda equipe foi capacitada para essas ações, principalmente as recepcionistas da UBS, para realizar a busca dos usuários faltosos as consultas, já que não dispormos de ACS na equipe.

Outro fato importante que contribuiu para essas ações foi à parceria com os líderes comunitários, que sensibilizaram a comunidade sobre a importância de comparecer as consultas agendadas, bem como participar das atividades de grupos de educação em saúde, desenvolvido pelos profissionais na UBS. Os líderes comunitários, representantes do Conselho de Saúde, nas reuniões com a comunidade abordavam sobre a importância do acompanhamento regular das patologias e sobre as facilidades de realizá-lo na UBS, a prioridade de atendimento aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, e disponibilidade de realizar o hemoglicoteste e a aferição de pressão arterial.

A maior dificuldade, é que foi planejado que uma técnica em enfermagem, mais um médico procurassem todos os usuários faltosos, um dia por semana, durante as visitas domiciliares. Entretanto por déficit de transporte, falta de ACS, excesso de demanda espontânea e déficit de pessoal, nem todas as semanas foram

feitas as visitas domiciliares, restando apenas à busca ativa destes faltosos através de contato telefônico.

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

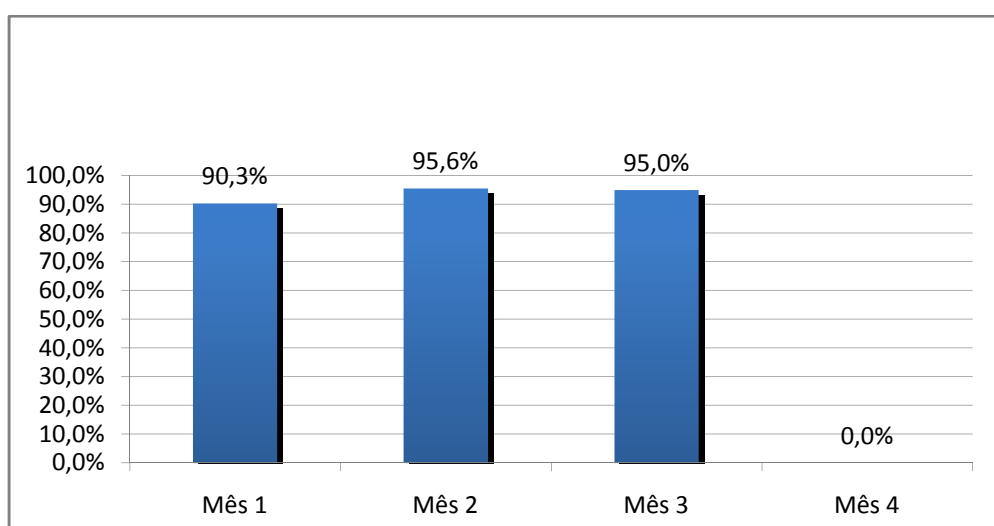
**Meta 4.1** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

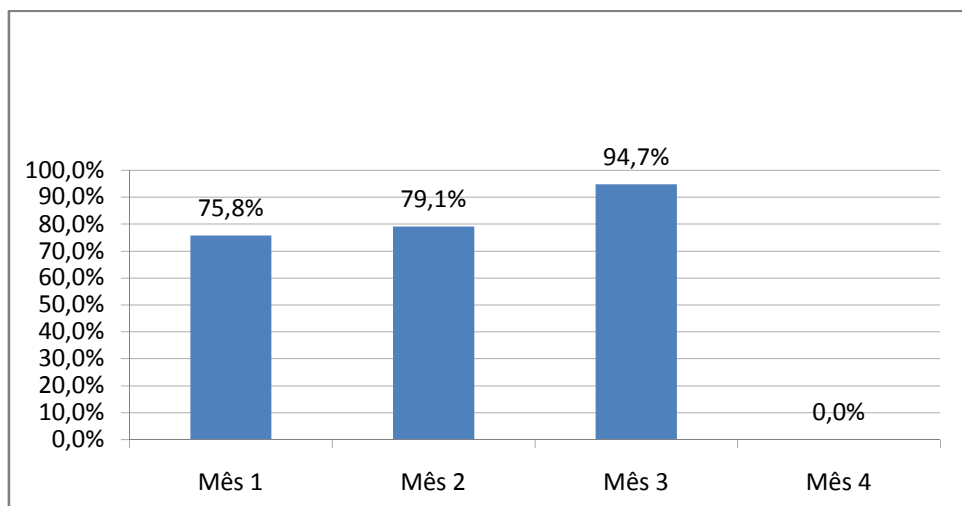
**Indicador 4.2** Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

No início da intervenção falamos sobre a importância do preenchimento correto das fichas de acompanhamento e assim obter um melhor controle das ações que estão sendo realizadas. Foi visto que em relação aos usuários portadores de hipertensão, no primeiro mês 28 (90,3%) estavam com o registro correto na ficha de acompanhamento, no segundo mês 65 (95,6%), no terceiro mês 132 (95,0%) Valores esses bem próximos a meta proposta de 100%. Como apresentado na figura 11.



**Figura 11** Gráfico Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Central, Piratini/RS. 2015.

Com relação aos usuários portadores de diabetes, observa-se que no primeiro mês, 25 usuários (75,8%) estavam com o registro correto na ficha de acompanhamento, no segundo mês 53 (79,0%), no terceiro mês 108 (94,7%).



**Figura 12** Gráfico Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Central, Piratini/RS. 2015.

Para conseguir atingir essas metas, toda a equipe trabalhou em conjunto, organizando as informações dos usuários nos prontuários eletrônicos, nas fichas espelho e na planilha de coleta de dados, e nos prontuários clínicos. Apesar destes resultados satisfatórios, continuaremos reforçando a importância do registro correto das informações dos usuários acompanhados na UBS a fim de mantermos esses indicadores de qualidade em percentuais elevados.

**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.

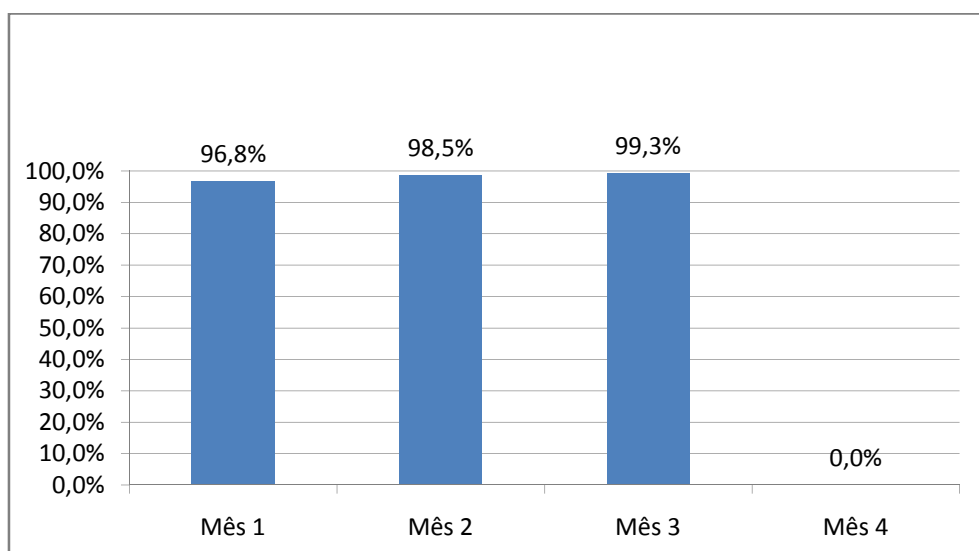
**Indicador 5.1** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

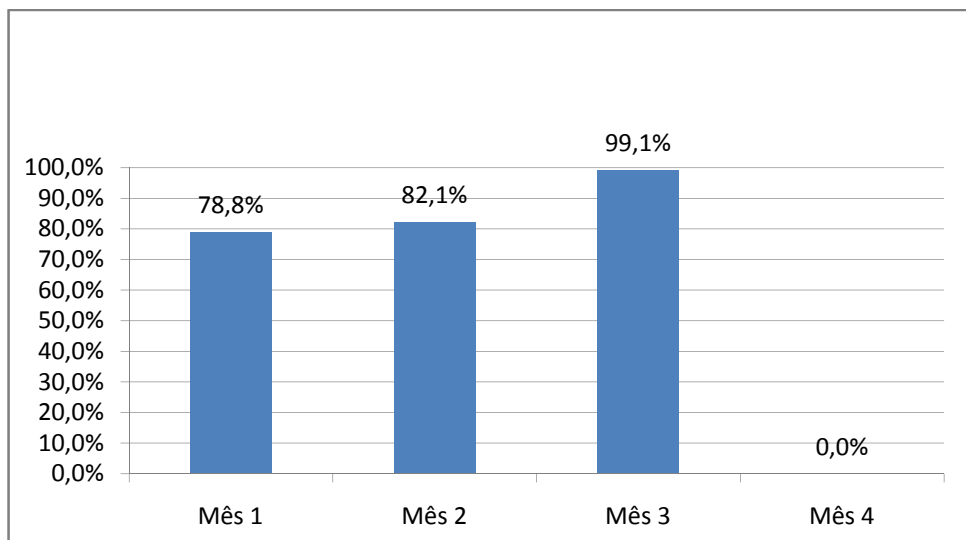
Antes do início da intervenção, em algumas consultas não era feita a avaliação de risco cardiovascular. A equipe foi capacitada quanto esse tema tão importante na prevenção de complicações. Foram realizadas as capacitações mediante o estudo do protocolo de atendimento, olhando vídeos referente as patologias, avaliando o controle dos riscos e solicitando que sejam avaliados em todas as consultas.

Assim no primeiro mês da intervenção, como pode verificar na figura 13, com relação aos usuários hipertensos, no primeiro mês conseguimos mapear 30 (96,8%) dos usuários com riscos cardiovasculares, no segundo mês 67 (98,5%), no terceiro mês 138 (99,3%).



**Figura 13** Gráfico Proporção de hipertensos com mapeamento de risco para doença cardiovascular na UBS Central, Piratini/RS. 2015.

Já em relação aos usuários diabéticos também conseguimos atingir parcialmente as metas propostas, pois no primeiro mês 26 (78,8%) usuários tiveram a estratificação de risco cardiovascular, no segundo mês 55 (82,1%), no terceiro mês 113 (99,1%).



**Figura 14** Gráfico Proporção de diabéticos com mapeamento de risco para doença cardiovascular na UBS Central, Piratini/RS. 2015.

Com o apoio de toda equipe foi realizado durante os atendimentos clínicos a estratificação do risco cardiovascular dos usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde, foi utilizado o Teste de Framingham para cada usuário, fazendo a classificação do risco de cada um, permitindo assim avaliar a periodicidade das consultas de acompanhamento. Todos os usuários foram orientados quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular. Também foi esclarecido para os usuários e a comunidade, em consultas clínicas, palestras e grupo de hipertensos e/ou diabéticos, o quanto é importante à mudança de fatores de risco modificáveis (como alimentação, prática de atividade física, redução do consumo de etilismo e tabagismo), para o controle das patologias.

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

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

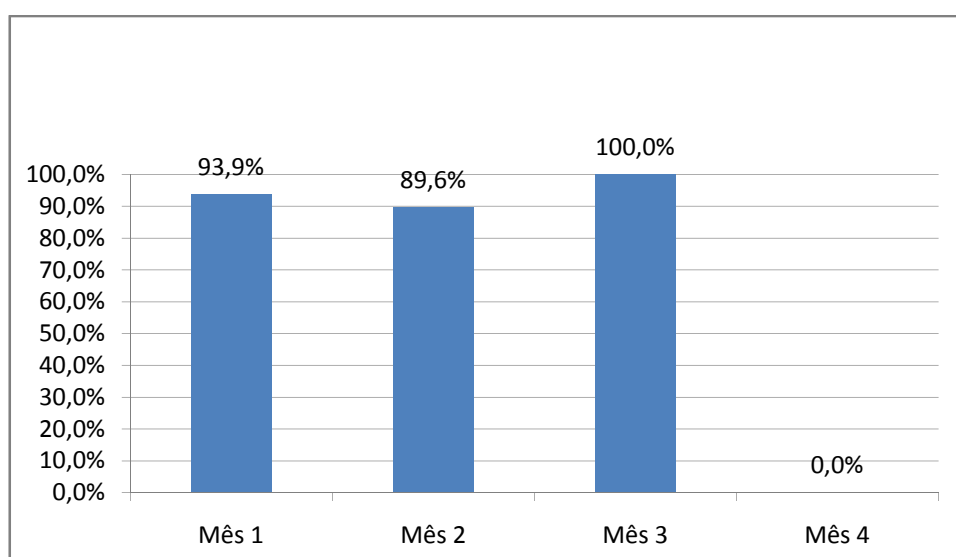
**Indicador 6.1** Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

**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 orientação aos hipertensos e diabéticos de levar uma vida saudável e muito importante, sobre tudo uma dieta rica em frutas, vegetais e legumes, evitando assim muitas complicações. Felizmente, nos três meses de intervenção 100% dos usuários hipertensos receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável. No primeiro mês da intervenção 31 (100 %) dos hipertensos receberam esta informação, no segundo mês 68 (100%) e no terceiro mês de 139 (100%).

Já os diabéticos, no primeiro mês da intervenção 31 (93,9%) dos diabéticos receberam esta informação, no segundo mês 60 (89,6%) e no terceiro mês de 114 (100%), conforme apresentado na figura 15.



**Figura 15** Gráfico Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Central, Piratini/RS. 2015.

Estes bons resultados, são decorrentes das ações desenvolvidas na UBS, onde foi possível desenvolver diversas ações de educação em saúde. Principalmente com qualificação dos profissionais da UBS, pela nutricionista, que capacitou à equipe, para que eles possam ser multiplicadores das orientações nutricionais, sobre a importância da alimentação saudável, com objetivo de diminuir os fatores de risco e as diferentes complicações.

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

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

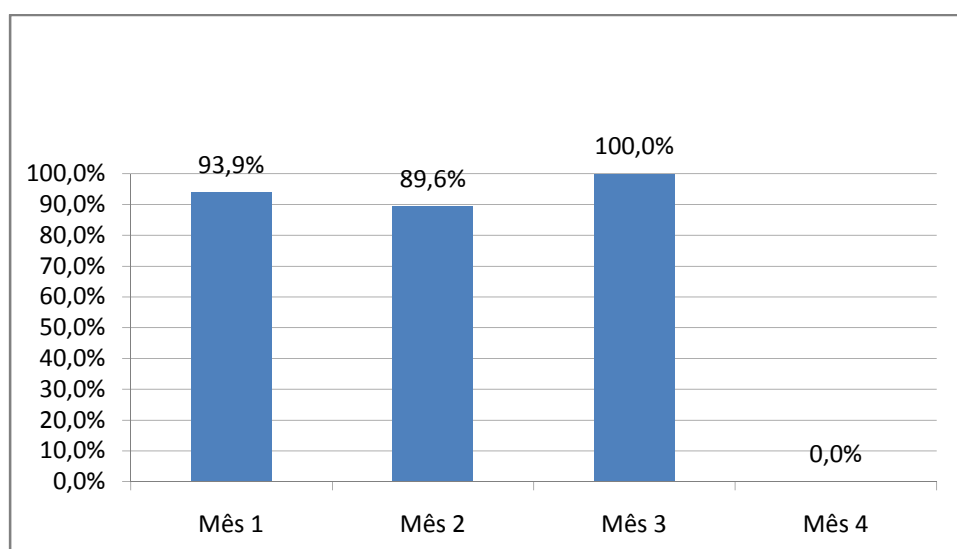


**Meta 6.4** Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

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

Conseguimos também atingir plenamente a meta de 100% orientação em relação à prática regular de atividade física a dos pacientes hipertensos nos três meses da intervenção. Sendo no primeiro mês 31 (100%) dos hipertensos receberam esta informação, no segundo mês 68 (100%) e no terceiro mês de 139 (100%).

Para os diabéticos, no primeiro mês da intervenção 31 (93,9%) dos diabéticos receberam esta informação, no segundo mês 60 (89,6%) e no terceiro mês de 111 (100%), conforme apresentado na figura 16.



**Figura 16** Gráfico Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física na UBS Central, Piratini/RS. 2015.

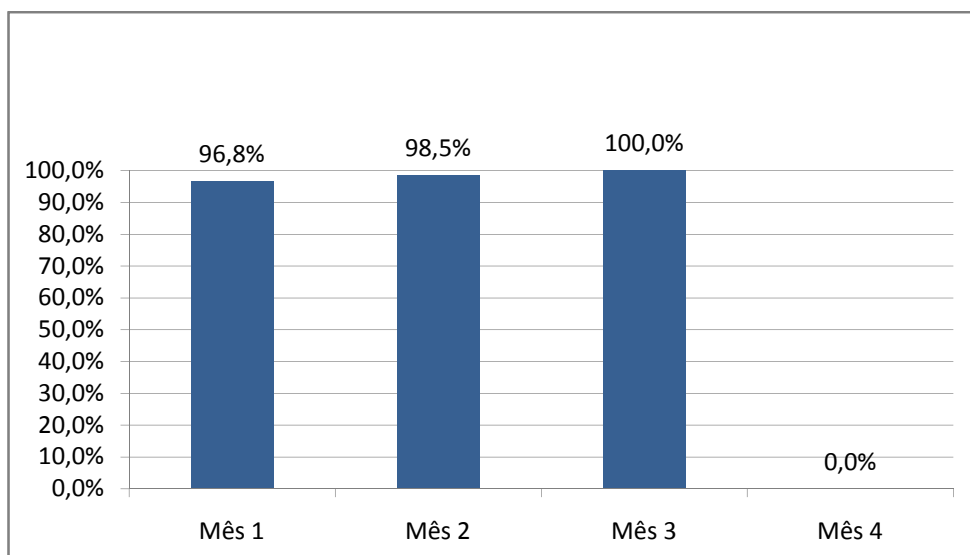
**Meta 6.5** Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

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

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

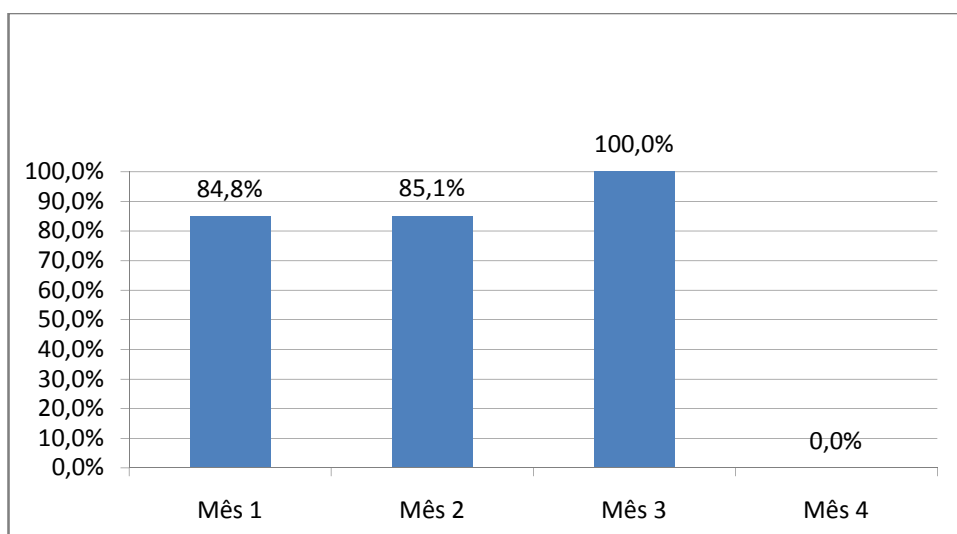
**Indicador 6.6** Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

No primeiro mês conseguimos orientar 30 (96,8%) de usuários hipertensos sobre os riscos do tabagismo, no segundo mês 67 (98,5%) e chegamos ao terceiro mês de intervenção com 139 (100%) usuários com orientação recebida.



**Figura 17** Gráfico Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS Central, Piratini/RS. 2015.

Para os usuários diabéticos atingimos no primeiro mês 28 (84,8%) usuários diabéticos, no segundo mês 57 (85,1%) e fechamos o terceiro mês de intervenção com 114 (100%) usuários diabéticos.



**Figura 18** Gráfico Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS Central, Piratini/RS. 2015.

Nas consultas a população-alvo, durante as atividades de grupo, encontros com a comunidade, foram oferecidas orientações sobre os riscos do tabagismo e do uso de álcool e drogas. A equipe foi capacitada para apoiar aos usuários que quiseram parar de fumar.

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

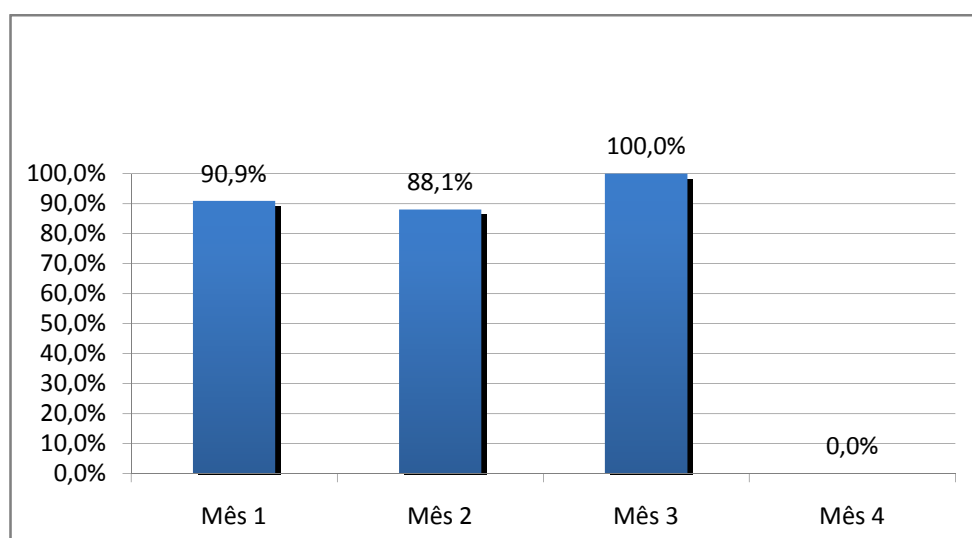
**Indicador 6.7** Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

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

Referente a esta meta, conseguimos atingir 100% nos três primeiros meses da intervenção. Sendo no primeiro mês 31 (100%) dos hipertensos receberam esta informação, no segundo mês 68 (100%) e no terceiro mês de 139 (100%).

Para os usuários diabéticos atingimos no primeiro mês 30 (90,9%) usuários diabéticos, no segundo mês 59 (88,1%) e fechamos o terceiro mês de intervenção com 114 (100%) usuários diabéticos.



**Figura 19** Gráfico Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal na UBS Central, Piratini/RS. 2015.

Foi realizado nas consultas, orientações sobre a importância de ter uma boa higiene bucal, o que já é uma prática freqüente. Durante as atividades de grupo e encontros com os usuários foram realizadas atividades de promoção, prevenção e

educação em saúde, as atividades foram feitas por a odontóloga da UBS. Trabalhar sua promoção é uma atividade fundamental na atenção primária de saúde.

## 4.2 Discussão

A intervenção na UBS possibilitou muitas mudanças positivas para a equipe ampliando a cobertura dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, melhorou o controle e monitoramento através dos registros e a qualificação da atenção, com destaque para ampliação dos exames complementares e dos pés dos diabéticos, além dos exames do pulso periférico, para dessa maneira obtermos uma classificação mais ampla e integral dos riscos destas duas doenças crônicas não transmissíveis.

Foi um desafio para toda a equipe de trabalho, mais foi facilitado através das capacitações em seguir as recomendações do MS, referentes ao rastreamento, diagnóstico e tratamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Essas atividades facilitaram o reconhecimento por parte da comunidade e foram valorizados ainda mais o trabalho da equipe.

Antes da intervenção as atividades de atenção a hipertensos e/ou diabéticos eram direcionadas apenas para o médico, sem ter divisão das responsabilidades dos outros profissionais para a atenção ao usuário. A intervenção facilitou atenção a um maior número de pessoas através dos registros de agendamentos dos hipertensos e diabéticos, que também foi reforçado através dos materiais disponibilizados pelo curso de especialização, como as fichas-espelho e planilha de coleta de dados, que contribuiu muito para a organização e execução das ações.

Apesar da resolutividade da implantação da intervenção ainda ser pouco percebida pela comunidade, tendo em conta o pouco tempo em que foi realizada, os usuários hipertensos e/ou diabéticos ficaram satisfeitos, já que foram priorizados em diversas ações.

O projeto foi acolhido na comunidade, pois conseguimos criar um vínculo fortalecido com a comunidade, através de todas as ações de promoção do engajamento público que foi desenvolvido ao longo da intervenção.

Temos consciência que devemos trabalhar mais com a população-alvo, para manter a assiduidade nas atividades de grupo, e incentivar a participação e a divulgação das ações promovidas pela equipe de saúde. Agora a equipe está integrada e apesar de todas as dificuldades, os resultados foram bons, a intervenção

conquistou um espaço na UBS e já está aderida à rotina do trabalho, onde daremos continuidade para obter melhores resultados em a atenção de hipertensos e diabéticos.

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

Para realizar a intervenção a equipe da UBS, foi qualificada através de capacitações, utilizando o manual técnico do programa dos hipertensos e diabéticos, que favoreceu um maior conhecimento e preparação da equipe para trabalhar e realizar uma intervenção, com foco na atenção a saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, que foi determinado na fase da análise situacional de saúde, onde identificamos a quantidade crescente de usuários hipertensos e/ou diabéticos pertencentes a área de abrangência,

A intervenção teve uma duração de doze semanas, foi realizada com o objetivo de melhorar a atenção dos usuários hipertensos e diabéticos da UBS Central de Piratini/RS. A intervenção foi realizada seguindo as orientações dadas pelo curso de especialização EaD em Saúde da Família, proposto pela UFPel.

Desde o início da intervenção realizamos parcerias com os gestores municipais, foram feitas reuniões semanais com o objetivo de obter verbas pra realizar as ações propostas no início da intervenção, envolvendo os quatro eixos: Monitoramento e avaliação; organização e gestão do serviço; engajamento público; qualificação da prática clínica. Foram feitas muitas atividades de promoção, prevenção e educação em saúde, que permitiu uma maior aproximação dos profissionais da UBS, com a comunidade e elevou os indicadores de qualidade.

Com a intervenção, a comunidade foi sensibilizada sobre a importância de comparecer as consultas, segundo o período previsto no protocolo. Foram realizadas visitas domiciliares pelos profissionais, porem não teve regularidade devido a falta de ACS, que são fundamentais para o desenvolvimento destas ações.

Um aspecto positivo, também da intervenção, é que conseguimos unir a equipe, bem como respeitar o trabalho de cada um e conhecer e contribuir com as responsabilidades de cada um dos integrantes, para o desenvolvimento das ações.

Achamos que a partir de agora deve implementar a intervenção em outros programas importantes, e que precisam também, ser melhorados como por exemplo a atenção aos idosos, atenção as gestantes e puérperas, prevenção de câncer de colo de útero e de mama entre outros.

A gestão contribuiu muito com seu apoio diante o processo de trabalho, o com a impressão do protocolo de atendimentos a hipertensão arterial e diabetes mellitus, impressão das fichas de espelho, facilitaram o transporte para as comunidades, forneceram aparelhos importantes como estetoscópio e esfigmomanômetro, balanças de adulto entre outros o que facilitou o trabalho da equipe.

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

A intervenção no programa melhorou a atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS Central, Piratini/RS, teve como objetivo melhorar o atendimento neste grupo populacional, já que o mesmo era deficiente. Com a intervenção ampliamos o número de usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados. Diante da realização da intervenção, a comunidade teve diversos benefícios, tudo isso foi reforçado com a implementação do programa mais médico em Piratini, garantindo quarenta horas de atendimento semanais, que favoreceu a realização da intervenção com a equipe de trabalho.

Foram realizadas consultas médicas de segunda a sexta-feira, nos horários de manhã e tarde, onde foram realizadas com qualidade, tendo em conta todos os aspectos, como assistência, realização dos exames laboratoriais e avaliação dos riscos. Também foram oferecidas orientações em saúde para os hipertensos e diabéticos em todas as consultas e atividades de grupo. Também foram realizadas visitas domiciliares favorecendo maior controle da população alvo, mais essa atividade não foi realizada adequadamente, já que não temos ACS.

Este trabalho favoreceu muito a aproximação da equipe com a comunidade. Porém, devido ao pouco tempo da intervenção, que foi de doze semanas

Da intervenção poderíamos dizer que a grande vencedora e a mais favorecida foi a comunidade em termos gerais. Pois não só foram beneficiados os usuários hipertensos e diabéticos já que foi uma experiência nova que nos preparou e organizou mais a equipe para exercer em todos os outros programas de atenção primária.



Várias atividades educativas com a população foram realizadas, o que permitiu que aumentasse o nível cultural e tivessem mais conhecimentos de situações que eram desconhecidas por eles, a intervenção uniu muito a equipe foi possível trabalhar junto e ajudou a formar parte de nosso trabalho dia a dia, e é uma muito importante que ficou inserida na UBS com o objetivo de continuar o processo de trabalho.

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

Ao início do curso da especialização eu tinha muita curiosidade e expectativas devido a vários fatores como foi o idioma português, além da informática, já que para mim foi algo novo realizar um curso de especialização por educação a distância, mais entre mais difícil é o desafio mais gostoso é a satisfação de dever cumprido, foi uma vivencia inesquecível.

Minhas expectativas iniciais sempre foram positivas, mas muitas coisas mudaram, sobre tudo minha maneira de pensar sobre com o desenvolvimento da intervenção já que constitui uma experiência nova de trabalho.

Ao início do ano, tivemos pouco trabalho, mas pouco a pouco fomos capazes de fazer mudar a maneira de pensar da grande maioria da comunidade e incorporamos a intervenção com o cumprimento e responsabilidade da população alvo, fomos capazes de impulsionar o conselho de saúde municipal o qual não estava funcionando, criamos os grupos de hipertensos e diabéticos permitindo obter bons resultados em saúde tendo em conta os diferentes temas abordados diante a intervenção tudo isso trouxe como consequência uma maior participação dos usuários hipertensos e diabéticos, também fomos capazes de aumentar a cobertura e controlar o tratamento médico medicamentoso onde foram priorizados os remédios disponíveis na farmácia popular tendo em conta os protocolos de atendimento médico.

Foram realizadas diferentes revisões bibliográficas, além de a realização de estudos da pratica clinica, o qual forneceu uma maior preparação da equipe, melhorou os atendimentos médicos já que forma realizados com mais qualidade e ampliamos nosso arsenal como profissional, foram realizados muitas capacitações diante a realização da intervenção dos profissionais que formam parte da equipe. Incrementou-se a parceria com os gestores municipais e a comunidade foram

realizados muitas palestras educativas com o objetivo de inserir novas ferramentas pra combater as diferentes eventualidades em saúde que se pode apresentar.

A intervenção garantiu a realização de uns 100% de um exame físico integral com qualidade, aplicação de tratamentos educativos e certos partindo de um bom diagnostico, foram avaliados a necessidade odontológica, indicação dos exames complementares, toma de peso, altura e índice de massa corporal tudo isso foi reforçado com avaliação dos riscos modificáveis ou não presentes.

Realizaram-se atividade de prevenção e promoção de saúde, foram feitas as visitas domiciliares para a busca ativa de pacientes faltosos além de cadastrar, identificar e modificar os estilos de vida não idôneo pra saúde das pessoas, o que facilitou um aumento da credibilidade do trabalho realizado pela equipe e favoreceu uma maior adesão ao programa de hipertensos e diabéticos. Houve melhora nos registros de unidade de saúde já que as fichas de espelho permite uma melhor organização e acesso fácil as informações referentes a intervenção, o impacto da intervenção favoreceu a motivação e implantação em outros programas que precisam também ser melhorados.

Muitas coisas que dependem da gestão foram importantes nos resultados da intervenção alcançadas, pois permitiram a impressão dos protocolos de atendimento de atenção aos hipertensos e diabéticos, também foi impresso as fichas de espelho pra um adequado registro de controle das informações, também houveram situações que atrapalharam a realização da intervenção como foi a falta contratação dos agentes comunitários, dificuldades com o transporte o que impediu um pouco o processo de trabalho.

Ao final da intervenção tive um bom aprendizado partindo de uma maior preparação profissional no âmbito medico e informático, diante o contato direto a comunidade favoreceu muito o desenvolvimento e melhoria da língua portuguesa e possibilitou um maior conhecimento respeito a cultura gaúcha, sua idiossincrasia que forma parte da história do Brasil tendo sido de muito valor pra terminar com sucesso o curso de especialização.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**, Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II Brasília: Ministério da Saúde, 290 p., 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.160 p.:(Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde/Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica –Brasília. Ministério da Saúde, 2006.58p.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras .Cardiol, 2006 Fev: 1–48.

World Health Organization. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: WHO, 1999.

## **Anexos**





## Anexo C - Documento do comitê de ética



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

---

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

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



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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

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

Eu, \_\_\_\_\_,

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante