



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Carmen Lucia Jacob Fabres

# Estratégia para Melhorar o Controle de Diabéticos e Hipertensos na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Barro Duro no Município de Pelotas/RS

Florianópolis, Março de 2023



Carmen Lucia Jacob Fabres

Estratégia para Melhorar o Controle de Diabéticos e Hipertensos  
na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Barro Duro no Município  
de Pelotas/RS

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Rosana Mara da Silva  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023



Carmen Lucia Jacob Fabres

**Estratégia para Melhorar o Controle de Diabéticos e Hipertensos  
na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Barro Duro no Município  
de Pelotas/RS**

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

---

**Profa. Dra. Fátima Buchele Assis**  
Coordenadora do Curso

---

**Rosana Mara da Silva**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023



# Resumo

**Introdução:** O presente projeto de intervenção, a partir de análise casuística realizada no âmbito da Unidade Básica de Saúde (UBS) Barro Duro, no Município de Pelotas/RS, pretende efetuar um remapeamento das áreas que não dispõem de agentes de saúde ou dispõem em número insuficiente para atender e orientar a população local, bem como incentivar a equipe e reforçar a relevância de uma correta abordagem dos pacientes para informá-los da necessidade de buscarem apoio da UBS. **Objetivo:** elaborar um plano de intervenção para melhorar o controle das doenças crônicas, diabetes mellitus (DM ) e hipertensão (HAS) na comunidade da UBS Barro Duro. **Metodologia:** Para elaboração desse trabalho usamos um planejamento com a equipe, para definir quais são os problemas prioritários, as dificuldades e as ações para colocar em prática. O público alvo se constitui pelos pacientes com Doenças Crônicas não Transmissíveis como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). A dinâmica do trabalho é centrada na promoção da qualidade de vida e nos fatores que a coloquem em risco, determinando assim uma identificação mais centrada e um melhor acompanhamento dos indivíduos hipertensos e diabéticos . Propomos através de reuniões com a equipe, as seguintes ações: 1. Conscientizar os profissionais da equipe para abordagem do problema; 2. Cadastrar o maior número possível de pacientes para acompanhamento na UBS, através dos ACS; 3. Promover ações educativas em saúde em grupos, para hipertensos e diabéticos, com intuito de estimular a prática de comportamentos preventivos e de promoção em saúde, sendo realizadas pelos ACS, enfermagem, nutricionista e médico. O objetivo dessas ações educativas são para conhecerem a sua doença, práticas de exercícios, alimentação saudável, estilo de vida e orientações para tratamento medicamentoso e não medicamentoso, com estímulo do autocuidado e a busca de hábitos saudáveis e troca de experiências. **Resultados esperados:** Para tanto, espera-se remapear e redistribuir as áreas sem agentes de saúde (ACS) , entre os profissionais ACS existentes, visando a busca pelos pacientes com diagnóstico de Diabetes e Hipertensão. E a constituição final da promoção de reuniões de equipe semanais para planejamento do acompanhamento e busca acerca desses pacientes com diabetes e hipertensão. E o produto final dessa intervenção é a promoção de ações educativas em saúde em grupos, para hipertensos e diabéticos, com intuito de estimular a prática de comportamentos preventivos e de promoção em saúde, sendo realizadas pelos ACS, enfermagem, nutricionista e médico. O objetivo dessas ações educativas são para conhecerem a sua doença, práticas de exercícios, alimentação saudável, estilo de vida e orientações para tratamento medicamentoso e não medicamentoso, com estímulo do autocuidado e a busca de hábitos saudáveis e troca de experiências.

**Palavras-chave:** Controle, Diabetes Mellitus, Estratégia Saúde da Família, Hipertensão





# Sumário

1	INTRODUÇÃO . . . . .	9
2	OBJETIVOS . . . . .	13
2.1	OBJETIVO GERAL . . . . .	13
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS . . . . .	13
3	REVISÃO DA LITERATURA . . . . .	15
4	METODOLOGIA . . . . .	17
5	RESULTADOS ESPERADOS . . . . .	19
	REFERÊNCIAS . . . . .	21



# 1 Introdução

A Unidade Básica de Saúde – UBS “Barro Duro” está localizada há 25 km do centro da cidade de Pelotas-RS, no bairro chamado Balneário dos Prazeres. A localidade possui uma população aproximada de 5.900 pessoas.

Temos duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), as quais são divididas em atendimentos por áreas. A equipe 03, é formada por um médico clínico do Programa Mais Médicos, uma enfermeira, com especialização em Estratégia de Saúde da Família, uma auxiliar de enfermagem, um dentista auxiliar de consultório dentário, cinco agentes de saúde, sendo uma em afastamento de saúde. Existe, ainda, uma nutricionista que serve às duas equipes. Além disso, conta com duas recepcionistas e uma auxiliar de limpeza.

O acolhimento é efetuado através da enfermagem, a qual realiza a triagem com posterior encaminhamento dos pacientes para consulta espontânea ou para agendamento. A organização dos atendimentos está dividida em agendamentos de grupos de Hipertensão, puéricultura, pré-natal, agendamento de consulta para idosos, demanda espontânea, vacinas, coleta de citopatológico, programa de saúde escolar e visitas domiciliares. Ao lado dessas tarefas, a equipe se reúne semanalmente para organização do agendamento da semana subsequente, especialmente para atendimento de idosos e designação de visitas domiciliares. Não temos programa do NASF, nem uso de telemedicina na nossa comunidade.

Embora com todas as dificuldades enfrentadas pelo bairro, que serão abaixo destacadas, a partir desse gerenciamento, a população fica amplamente atendida dentro da gestão de cuidado. Ao que tudo indica, a população parece satisfeita com o serviço prestado, especialmente porque em 2019 o agendamento dos idosos foi colocado em dia, não havendo mais atrasos. Ademais, paulatinamente estamos avançando na melhoria da relação da equipe e a comunidade, havendo, por exemplo, a prática de atividades externas.

A UBS possui como abrangência a população local do bairro, que possui um baixo nível socioeconômico e cultural. As ruas não possuem calçamento, com muito lixo à exposição e 100% sem rede de esgoto. Boa parte da população é composta por hipertensos e diabéticos. A realidade social do bairro é tráfico de drogas e crimes. Nesse contexto, a Equipe 03 atende uma população de aproximadamente 3.200 habitantes. Em relação à faixa etária, há 823 crianças e adolescentes (0-19 anos); 1689 adultos (20 a 59 anos); 582 idosos (acima de 60 anos ou mais).

O coeficiente ou taxa de natalidade geral é de 6,11 por 1000 habitantes, ao passo que a taxa de mortalidade geral da população corresponde a 2,9 por cada 1000 habitantes no período de junho de 2018 a junho de 2019.

Não temos casos de óbitos em mulheres residentes por causas ligadas à gravidez, parto e puerpério, assim como não temos óbitos de menores de um ano nesse período. Foram identificadas 4 pessoas com HIV no ano de 2019, sendo uma caso novo da doença.

A incidência de diabetes na população geral corresponde 2,01 para cada 1000 habitantes, sendo realizada pesquisa entre 2483 pessoas, com 5 casos novos em 2019. Não temos dados só de idosos diabéticos.

A prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é de 210 hipertensos para cada 1000 habitantes. Temos 456 casos de Hipertensão em uma população de 2174 pessoas.

Por sua vez, a cobertura vacinal de crianças é 90%. A proporção de nascidos vivos com baixo peso foi de uma criança. O número de gestantes que a unidade conseguiu captar no último ano para receber acompanhamento Pré-Natal foi de 47 gestantes.

Ainda temos muito a evoluir no sentido de informações mais detalhadas para pesquisa epidemiológica, para medicina baseada em evidências, embora tenhamos algumas informações bem eficientes.

Estamos buscando junto aos agentes de saúde, organizar palestras educativas sobre temas que possam melhorar a saúde da comunidade, entre elas a coleta e reciclagem do lixo, saúde bucal e orientações alimentares com a nutricionista, atividades físicas com caminhadas em grupo, orientações sobre cigarro e sobretudo informar corretamente sobre uso da medicação, pois a maioria não lembra ou esquece de tomar.

As informações epidemiológicas são de extrema importância, porque as estatísticas locais permitem identificar populações e fatores de risco e combatê-los de maneira mais efetiva.

Identificamos a insuficiência de dados importantes como, mortes maternas e infantis, doenças profissionais e mortes por doenças crônicas. A ausência desses dados acaba comprometendo a elaboração de uma estratégia e a prevenção adequada para essas situações.

A partir da análise de informações acima identificadas é possível destacar, dentre outras, a seguinte problemática: dificuldade de trazer todos doentes crônicos, hipertensos e diabéticos para UBS.

Este dado foi coletado pelo diagnóstico social e epidemiológico. Este problema é muito importante, pois constitui principal fator para doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral e insuficiência renal. Tal fato, diz respeito à existência de microáreas descobertas por falta de agentes de saúde, que possuem atribuição de encaminhar os pacientes à UBS quando da visita domiciliar. A referida situação resulta em aumento das complicações de saúde por ausência de tratamento da doença o que gera um acréscimo de encaminhamentos de média e alta complexidade. Vale ressaltar, ainda, a existência de um problema secundário, qual seja, a falta de conhecimento da população sobre sua medicação e o uso adequado dos fármacos.

O presente projeto de intervenção pretende realizar um remapeamento das áreas que não dispõem de agentes de saúde ou dispõem em número insuficiente para atender e orientar a população local, bem como, pretende incentivar a equipe e reforçar a relevância de uma correta abordagem dos pacientes para informá-los da necessidade de buscarem apoio da UBS. Como meta, o projeto almeja cadastrar 90% dos pacientes até o final de 2020.

Ademais, como forma de ação, de responsabilidade do médico da unidade, serão realizadas reuniões da equipe duas vezes na semana para falar da importância de encaminharem os pacientes crônicos para acompanhamento.



## 2 Objetivos

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um plano de intervenção para melhorar o controle das doenças crônicas, diabetes mellitus (DM ) e hipertensão (HAS) na comunidade da UBS Barro Duro

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Remapear e redistribuir as áreas sem agentes de saúde (ACS) visando a busca pelos pacientes com diagnóstico de Diabetes e Hipertensão.
2. Estimular a ação dos agentes de saúde nas áreas designadas, visando direcionar a ação para o cadastramento do pacientes com DCNT's.
3. Promover reuniões de equipe semanais para planejamento do acompanhamento e busca acerca desses pacientes com diabetes e hipertensão.





### 3 Revisão da Literatura

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) ao longo das últimas décadas vem apresentando uma grave preocupação entre os mecanismos internacionais ligados a saúde, quanto aos gestores de países em desenvolvimento. Isto se deve ao fato que o perfil epidemiológico dos principais indicadores de mortalidade e agravos em saúde apresenta uma transição epidemiológica na qual as DCNT ultrapassaram as doenças de causas infecciosas e esta posição só demonstra que ao longo dos anos as DCNT só tendem a crescer e assim aumentar cada vez mais os indicativos de mortalidades e agravos em função das mesmas ((SAÚDE, 2002)).

Nas últimas décadas observa-se uma mudança no perfil das doenças na população em decorrência da transição epidemiológica, demográfica e nutricional. Por transição epidemiológica entende-se a mudança do perfil de morbimortalidade, caracterizando-se pela diminuição das doenças infecto-contagiosas e crescimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), diferindo entre as regiões, de acordo com suas características socioeconômicas. Alguns fatores são importantes nestas mudanças como a urbanização, acesso a serviços de saúde e meios diagnósticos, mudanças expressivas no comportamento da população ocorridas nas últimas décadas, melhoria nas condições de vida e saúde, redução da mortalidade, aumento da expectativa de vida (DUARTE, 2010). As DCNT compreendem prioritariamente a um grupo de doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas. São doenças que geralmente estão relacionadas a causas múltiplas, de início gradual e com duração incerta. Apresentam, clinicamente, períodos de agudização e melhora do quadro, podendo ocasionar lesões incapacitantes.

Um ponto importante observado nas últimas décadas uma mudança no perfil das doenças na população, em decorrência da transição epidemiológica, demográfica e nutricional. A transição epidemiológica pode ser definida como mudança do perfil de morbimortalidade, caracterizando-se pela redução das doenças infectocontagiosas e aumento das doenças crônicas não transmissíveis – DCNT. Diversos fatores são relevantes para estas mudanças como a urbanização, acesso a serviços de saúde e meios diagnósticos, melhoria nas condições de vida e saúde, redução da mortalidade e aumento da expectativa de vida ((DUARTE, 2010))

A Estratégia Saúde da Família (ESF) busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, como falta de atividade física, má alimentação, uso de tabaco, dentre outros. Com atenção integral, e contínua é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). A ação na Atenção Básica, principal porta de entrada do sistema de saúde, inicia-se com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, minorando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, ainda que este seja

ofertado em outros pontos de atenção da rede, garantindo sua integralidade (BRASIL, 2011). É um modelo que procura reorganizar a Atenção Básica de acordo com os preceitos do SUS ((SAÚDE, 1997)

A Atenção Básica à Saúde (ABS) tem caráter estratégico por ser o ponto de atenção com maior capilaridade e potencial para identificar as necessidades de saúde da população. É responsável também por realizar ações de promoção e de proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde para a maior parte da população (SAÚDE, 2011)).

Para isso, é necessário que o trabalho seja realizado em equipe, de forma que os saberes se somem e possam se concretizar em cuidados efetivos dirigidos a populações de territórios definidos, pelos quais essa equipe assume a responsabilidade sanitária. ((FIGUEIREDO, 2011))

A Equipe de Saúde da família é vinculada a Unidade Básica de Saúde (UBS) e essa proximidade da equipe de saúde com o usuário, permite que se conheça a pessoa, a família e a vizinhança. Isso garante uma maior adesão do usuário aos tratamentos e às intervenções propostas pela equipe de saúde, tendo como resultado, mais problemas de saúde resolvidos na Atenção Básica.

O diagnóstico situacional pode ser entendido como o resultado de um processo de coleta, tratamento e análise dos dados colhidos no local onde se deseja realizá-lo. Este pode ser considerado como uma das mais importantes ferramentas de gestão, constituído por pesquisa das condições de saúde e risco de uma determinada população, para posterior planejamento e programação das ações e através destes estabelecer as prioridades de acordo com a realidade da instituição, da população e do território ((SILVA et al., 2018)).

O território define em si a adstrição dos usuários, propiciando relações de vínculo, afetividade e confiança entre pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, sendo que estes passam a ser referência para o cuidado, garantindo a continuidade e a resolutividade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado ((SAÚDE, 2011)).

A territorialização se caracteriza como uma forma de organização tanto das práticas de saúde, como dos processos de trabalho, a partir da delimitação espacial previamente determinada por meio da caracterização da população e espaço. É parte indispensável para a organização dos serviços na Estratégia Saúde da Família (ESF) ((SAÚDE, 2006)). Caracteriza-se também por uma população específica com problemas de saúde definidos e a prevenção do adoecimento dessa população, e baseia também no trabalho das equipes de saúde da família que devem cadastrar pessoas dentro das famílias e mapear riscos de doenças, morbidade e mortalidade e potencialidade no território nos quais atuam. Embora a territorialização seja um dos eixos norteadores da ESF, observa-se que não tem sido operacionalizada com toda sua resolubilidade ou tem sido feita de maneira superficial, devido a uma provável desvalorização por parte dos profissionais ou da própria complexidade de sua concretização.

## 4 Metodologia

Para elaboração desse trabalho usamos um planejamento com a equipe, para definir quais são os problemas prioritários, as dificuldades e as ações para colocar em prática.

O público alvo se constitui pelos pacientes com Doenças Crônicas não Transmissíveis como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). A dinâmica do trabalho é centrada na promoção da qualidade de vida e nos fatores que a coloquem em risco, determinando assim uma identificação mais centrada e um melhor acompanhamento dos indivíduos hipertensos e diabéticos.

Os desafios são muitos para cuidado em saúde, dentre eles: ausência de equipes multiprofissionais e dificuldade nas relações de trabalho na equipe.

O Manejo do diabetes mellitus e da hipertensão arterial deve ser feito dentro do sistema de saúde, sendo base o nível primário de atendimento. A atenção básica à saúde possui um papel fundamental nesse processo através das ações das Equipes de Saúde, fazendo levantamento das suas áreas, propondo medidas preventivas, ações de promoção de saúde que permitam a produção de um conhecimento em conjunto com a população (BRASIL,2011).

Para implementação do trabalho, propomos através de reuniões com a equipe, as seguintes ações:

- Conscientizar os profissionais da equipe para abordagem do problema;
- Cadastrar o maior número possível de pacientes para acompanhamento na UBS, através dos ACS;
- Promover ações educativas em saúde em grupos, para hipertensos e diabéticos, com intuito de estimular a prática de comportamentos preventivos e de promoção em saúde, sendo realizadas pelos ACS, enfermagem, nutricionista e médico. O objetivo dessas ações educativas são para conhecerem a sua doença, práticas de exercícios, alimentação saudável, estilo de vida e orientações para tratamento medicamentoso e não medicamentoso, com estímulo do autocuidado e a busca de hábitos saudáveis e troca de experiências.

A participação ativa do indivíduo é a única maneira eficaz para controle e prevenção das doenças e suas complicações. Para o tratamento do diabetes mellitus e da hipertensão arterial, são imprescindíveis a vinculação do paciente às unidades de atendimento, a garantia do diagnóstico e o atendimento por profissionais atualizados, uma vez que seu diagnóstico e controle evitam complicações ou, ao menos, retardam a progressão das já existentes. Além disso, o maior contato com o serviço de saúde promove maior adesão ao tratamento (PAIVA; BERSUSA; ESCUDER,2006).

Serão feitas reuniões semanais de equipe para elaboração do planejamento e capacitação do processo de trabalho. Criação de grupos operativos mensais com os pacientes para trabalhar com os temas diabetes e hipertensão, afim de sanar suas dúvidas e torná-los ca-

paz de lidar com a doença e organizar agenda de forma a possibilitar um acompanhamento adequado até final de 2020.

Para acompanhamento dos pacientes, será realizada uma classificação de risco para melhoria do controle e acompanhamento médico mais adequado. O objetivo é planejar as consultas de alto risco nos primeiros quatro meses, acompanhados mensalmente, pois precisam de maiores números de consultas para mudanças de hábitos de vida. Pacientes com risco intermediários, nos primeiros seis meses, acompanhados de dois em dois meses e pacientes de baixo risco de três em três meses.

## 5 Resultados Esperados

As intervenções propostas no presente projeto, avaliadas em conjunto e de forma consensual e dialogada com todos os integrantes da equipe de saúde da família da nossa unidade, visam suprir a demanda observada no processo de busca ativa do cadastramento de pacientes com HAS e DM, propiciando a elaboração de um plano de intervenção para melhorar o controle das doenças crônicas, diabetes mellitus (DM ) e hipertensão (HAS) na comunidade da UBS Barro Duro.

Para tanto, espera-se remapear e redistribuir as áreas sem agentes de saúde (ACS) , entre os profissionais ACS existentes, visando a busca pelos pacientes com diagnóstico de Diabetes e Hipertensão. E a constituição final da promoção de reuniões de equipe semanais para planejamento do acompanhamento e busca acerca desses pacientes com diabetes e hipertensão. E o produto final dessa intervenção é a promoção de ações educativas em saúde em grupos, para hipertensos e diabéticos, com intuito de estimular a prática de comportamentos preventivos e de promoção em saúde, sendo realizadas pelos ACS, enfermagem, nutricionista e médico. O objetivo dessas ações educativas são para conhecerem a sua doença, práticas de exercícios, alimentação saudável, estilo de vida e orientações para tratamento medicamentoso e não medicamentoso, com estímulo do autocuidado e a busca de hábitos saudáveis e troca de experiências.

Com isso, a equipe UBS Barro Duro obterá maior número de pacientes com HAS e DM cadastrados; estimular o conhecimento dessas doenças, fatores de riscos e medicamentos por parte dessa população que possui diagnóstico de HAS e/ou DM; promover consultas programadas de acordo com risco, e acesso de exames de maneira organizada; incentivar hábitos de vida saudáveis.



## Referências

- DUARTE, B. M. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis na população de belo horizonte. *UFMG*, p. 1–107, 2010. Citado na página 15.
- FIGUEIREDO, E. N. A estratégia saúde da família na atenção básica do sus. *UNIFESP*, p. 1–12, 2011. Citado na página 16.
- SAÚDE, B. M. da. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: -, 1997. Citado na página 16.
- SAÚDE, B. M. da. *Política nacional de atenção básica*. Brasília: -, 2006. Citado na página 16.
- SAÚDE, B. M. da. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília: -, 2011. Citado na página 16.
- SAÚDE, O. O. M. de. *Relatório Mundial doenças não transmissíveis e saúde mental*. Genebra: -, 2002. Citado na página 15.
- SILVA, P. S. da et al. Diagnóstico situacional em saúde: Uma ferramenta para o planejamento das ações na estratégia saúde da família do município de foz do iguaçu-pr. *UNILA*, p. 1–5, 2018. Citado na página 16.