

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**  
**Departamento de Medicina Social**  
**Especialização em Saúde da Família**  
**Modalidade à Distância**  
**Turma 4**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria no Programa de Atenção ao Hipertenso e ao Diabético da Unidade  
Básica de Saúde Unidade Nova e Timbaúva, São Nicolau-RS**

**Rosemeri da Veiga Miranda**

**Pelotas, 2014**

**Rosemeri da Veiga Miranda**

**Melhoria no Programa de Atenção ao Hipertenso e ao Diabético da Unidade  
Básica de Saúde Unidade Nova e Timbaúva, São Nicolau-RS**

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

Orientador: Ailton Gomes Brant

Pelotas, 2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas  
Catalogação na Publicação

M672m Miranda, Rosemeri da Veiga

Melhoria no programa de atenção ao hipertenso e ao diabético da Unidade Básica de Saúde Unidade Nova e Timbaúva, São Nicolau-RS / Rosemeri da Veiga Miranda ; Ailton Gomes Brant, orientador. — Pelotas, 2014.

75 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Diabetes. 4. Hipertensão. I. Brant, Ailton Gomes, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Carmen Lucia Lobo Giusti CRB: 10/813

## Resumo

MIRANDA, Rosemeri da Veiga. **Melhoria no Programa de Atenção ao Hipertenso e ao Diabético na Unidade de Básica de Saúde Unidade Nova e Timbaúva, São Nicolau - RS.** 2014. 75f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Especialização Multiprofissional em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

As doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte no Brasil. Segundo dados do Ministério da Saúde, no ano 2000, a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus, corresponderam a mais de 27% do total de óbitos em consequências de doenças do aparelho circulatório. O acompanhamento e o controle destas enfermidades, no âmbito da atenção básica, poderá evitar o surgimento e a progressão das complicações, reduzindo o número de internações hospitalares, bem como a mortalidade proveniente desses agravos. Esse trabalho teve como foco a qualificação do Programa de Assistência ao Hipertenso e ao Diabético na Unidade de Saúde da Família Unidade Nova e Timbaúva no município de São Nicolau, no estado do Rio Grande do Sul, por meio da melhoria da atenção aos adultos portadores destas doenças crônicas. O apoio referencial adotado foi o Manual Técnico de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, do Ministério da Saúde (2001), bem como os Cadernos de Atenção Básica nº 36 – Diabetes Mellitus e o nº 37 – Hipertensão Arterial Sistêmica, ambos publicadas em 2013. Após os quatro meses da intervenção observou-se que houve um aumento da cobertura no programa, chegando a 22% da população com HAS assistida pela unidade de saúde, de um total de 536 pessoas com HAS, e ainda 15,5% de um total de 168 portadores de DM. Ambos os programas, antes da intervenção, chegava aproximadamente a 10% da população hipertensa e diabética. Além disso, foram traçadas metas que avaliaram a qualidade da assistência prestada e foi possível alcançar excelência nos resultados de exame clínico e exames complementares em dia para 100% dos acompanhados no programa. Por fim, conseguimos o aval da gestão para que a intervenção fosse mantida inserida na rotina do serviço. Para tornar o programa eficaz, a equipe buscará outros parceiros e uma maior adesão da própria equipe, integrando assim a médica, a enfermeira, os agentes comunitários de saúde, a recepcionista, os profissionais da gestão, principalmente para aumentar a cobertura e garantir a manutenção da qualidade da assistência oferecida.

Palavras-chave: Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Diabetes Mellitus. Hipertensão.

## Lista de Figuras

Figura 1 - População do município de São Nicolau em comparação à população do estado do Rio Grande do Sul e do Brasil .....	11
Figura 2 - Quadro do cronograma de atividades .....	35
Figura 3 - Gráfico indicativo da cobertura do Programa de Atenção ao Hipertenso..	43
Figura 4 - Gráfico indicativo da cobertura do Programa de Atenção ao Diabético. Unidade Básica de Saúde Nova e Timbaúva, São Nicolau, RS.....	44
Figura 5 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo .....	45
Figura 6 - Gráfico indicativo da proporção de diabético com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	46
Figura 7 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	47
Figura 8 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	47
Figura 9 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular .....	48
Figura 10 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular .....	49
Figura 11 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento .....	50
Figura 12 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento .....	51
Figura 13 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia .....	52

Figura 14 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia .....	53
Figura 15 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com avaliação odontológica.....	54
Figura 16 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com avaliação odontológica .....	54
Figura 17 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.....	55
Figura 18 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.....	56
Figura 19 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.....	56
Figura 20 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular .....	57
Figura 21 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.....	58
Figura 22 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.....	58

### **Lista de Abreviaturas e Siglas**

ACS	Agente Comunitário Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
NAAB	Núcleo de Apoio à Atenção Básica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pronto Atendimento
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISCOLO	Sistema de Informação do câncer do colo do útero
SISMAMA	Sistema de Informação do câncer de mama
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## Sumário

Apresentação .....	8
1 Análise Situacional .....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS na Unidade Básica de Saúde São Nicolau em 11 de abril de 2013.....	10
1.2 Relatório de Análise Situacional em 11 de julho de 2013 .....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	16
2 Análise Estratégica .....	17
2.1 Justificativa.....	17
2.2 Objetivos e Metas.....	18
2.2.1 Objetivo Geral .....	18
2.2.2 Objetivos Específicos:.....	18
2.2.3 Metas .....	19
2.3 Metodologia.....	20
2.3.1 Ações .....	20
2.3.2 Indicadores .....	25
2.3.3 Logística.....	31
2.3.4 Cronograma .....	34
3 Relatório de Intervenção.....	36
3.1 Ações previstas para a intervenção e que foram desenvolvidas.....	36
3.2 Ações previstas para a intervenção e que não foram desenvolvidas.....	40
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados referentes à intervenção.....	40



3.4	Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.....	41
4	Avaliação da Intervenção.....	42
4.1	Resultados .....	42
4.2	Discussão.....	59
4.3	Relatório para o Gestor .....	61
4.4	Relatório para a Comunidade .....	62
5	Reflexão crítica sobre o seu processo pessoal de aprendizagem .....	64
	Referências .....	65
	Anexos .....	67
	Apêndice .....	74

## **Apresentação**

O trabalho de conclusão de curso transcreve uma intervenção executada na Unidade Básica de Saúde Unidade Nova e Timbaúva do município de São Nicolau – RS. Este é parte integrante para aquisição do título de especialista em saúde da família. Está separado em Análise situacional que mostra como era a situação da unidade de saúde Unidade Nova e Timbaúva antes da intervenção. Na Análise Estratégica, é exposta a justificativa da escolha em trabalhar com hipertensos e diabéticos e aponta as direções metodológicas que se seguiu para atingir as metas e objetivos propostos durante todo esse trabalho.

Posteriormente, é observado o Relatório da Intervenção, documento importante por avaliar a trajetória percorrida ao longo das 16 semanas de intervenção, considerando nisso a possibilidade das ações pactuadas, as dificuldades e restrições examinadas, as facilidades e os cumprimentos das ações, de forma integral ou parcial ao longo desse período. Em seguida, aparece a Avaliação da Intervenção no qual os resultados obtidos estão devidamente executados e observados, a partir dos gráficos e explanações qualitativas. Continuando, temos uma discussão que relata sobre o significado dos resultados para a comunidade, para o serviço e para os profissionais envolvidos do que se sucedeu durante todo esse período, bem como os próximos passos para incorporar e viabilizar as ações na rotina do serviço.

Mais a frente do trabalho desenvolvido, há dois relatórios curtos que foram construídos, um para a comunidade, outro para os gestores. O intuito é dar um retorno às partes que participaram do projeto, compartilhando o que foi conseguido e do que ainda pode ser obtido com a extensão dessa proposta de melhoria da atenção aos hipertensos e diabéticos.

Por fim apresentamos uma reflexão crítica sobre a jornada desde o começo do curso até a conclusão da intervenção. Uma conclusão sobre os conhecimentos e interpretações dos vários frutos extraídos por meio dessa especialização.

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS na Unidade Básica de Saúde São Nicolau em 11 de abril de 2013**

A Unidade de Saúde está localizada no município de São Nicolau-rs, que conta com aproximadamente 6000 habitantes, conforme o censo de 2010. Este município pertence a 12º coordenadoria regional de saúde, que está localizado no município de Santo Ângelo. É um município que conta com as águas do rio Uruguai e que tem fronteira fluvial com a Argentina. Seu primeiro distrito municipal é Santo Izidro. A produção do município se baseia na agricultura familiar e de subsistência.

A Unidade de Saúde está dividida em duas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), a ESF Unidade Nova e a ESF Timbaúva. Cada ESF abrange uma estrutura física adequada para realização dos trabalhos e procedimentos e cada uma conta com uma sala de recepção, sala de espera, consultório médico, consultório de enfermagem, sala de procedimentos, consultório dentário e banheiros para usuários. Atendendo as duas equipes têm uma sala para nebulização, sala de vacinas, sala de curativos, cozinha, sala de esterilização, banheiro para funcionários, sala da administração/gerência e farmácia.

Quanto aos recursos humanos as ESFs são compostas de uma equipe de saúde formada por 01 médico, 01 enfermeira, 01 técnica de enfermagem, 01 cirurgião dentista, 01 auxiliar de saúde bucal, 01 psicólogo, 01 fonoaudióloga, 02 fisioterapeutas, 01 nutricionista, 08 agentes comunitárias de saúde e 01 farmacêutico que atende as duas equipes.

O processo de trabalho dessa ESF busca converter, com muita dificuldade, o modelo tradicional caracterizado por uma assistência médico-centrado com enfoque

curativista, para um modelo mais abrangente, centrado no usuário em família, predominantemente voltado à promoção da saúde e prevenção de agravos. Aqui, a boa comunicação entre profissionais e usuários fora colocada como fundamental. Um aspecto negativo bastante relevante nessa relação com a comunidade é fazer entender o que é uma ESF, como o trabalho é desenvolvido, e que esta é centrada na prevenção de doenças e não apenas em medidas curativas.

## 1.2 Relatório de Análise Situacional em 11 de julho de 2013

O município de São Nicolau, localizado no Rio Grande do Sul, possui conforme o censo demográfico de 2010, aproximadamente 6000 habitantes (IBGE, 2010). O perfil demográfico aponta um número de aproximadamente 2989 habitantes do sexo masculino e 2958 no sexo feminino. Quanto à faixa etária, há predomínio da população de 20 a 39 anos com 1335 pessoas.

Idade	São Nicolau		Rio Grande do Sul		Brasil	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
0 a 4 anos	134	112	262.504	253.524	5.638.154	5.444.151
5 a 9 anos	232	217	368.967	354.792	7.623.749	7.344.867
10 a 14 anos	305	249	438.629	423.154	8.724.960	8.440.940
15 a 19 anos	274	246	442.405	433.332	8.558.497	8.431.641
20 a 24 anos	169	148	437.737	433.169	8.629.807	8.614.581
25 a 29 anos	154	164	445.502	448.497	8.460.631	8.643.096
30 a 34 anos	148	174	398.879	409.412	7.717.365	8.026.554
35 a 39 anos	178	200	366.041	379.078	6.766.450	7.121.722
40 a 44 anos	185	184	369.087	391.278	6.320.374	6.688.585
45 a 49 anos	194	217	372.803	399.833	5.691.791	6.141.128
50 a 54 anos	222	179	332.590	360.676	4.834.828	5.305.231
55 a 59 anos	189	170	277.346	307.163	3.902.183	4.373.673
60 a 64 anos	145	168	217.076	247.908	3.040.897	3.467.956
65 a 69 anos	135	112	155.838	187.741	2.223.953	2.616.639
70 a 74 anos	87	91	112.895	149.150	1.667.289	2.074.165
75 a 79 anos	49	72	73.926	113.162	1.090.455	1.472.860
80 a 84 anos	49	42	42.599	76.474	668.589	998.311
85 a 89 anos	19	23	17.730	38.252	310.739	508.702
90 a 94 anos	8	7	5.887	14.732	114.961	211.589
95 a 99 anos	3	6	1.271	3.917	31.528	66.804
Mais de 100 anos	0	2	248	791	7.245	16.987

Figura 1 - População do município de São Nicolau em comparação à população do estado do Rio Grande do Sul e do Brasil.

Fonte: IBGE 2010.

A Atenção Básica deste município conta com duas equipes de ESF, mas ainda não há implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centro

de Especialidades Odontológicas (CEO). Não possuímos Atenção Especializada e serviço hospitalar, sendo que esse tipo de serviço é referenciado para outras cidades próximas tais como: São Luis Gonzaga, Santo Ângelo, Ijuí, Santa Rosa, dentre outras cidades da adjacência, além de Porto Alegre. Contamos com o serviço de uma filial de um laboratório terceirizado que coleta exames de análises clínicas e envia para a matriz para serem analisados. Os exames de imagem são referenciados para cidades de maior porte o que acarreta demora no acesso da população a esses serviços.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) está localizada na zona urbana, é vinculada somente ao Sistema Único de Saúde (SUS) e não possui vínculo com nenhuma instituição de ensino. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo de Atenção Básica deste município, que se fundamenta no trabalho de equipes multiprofissionais. A UBS possui 02 equipes de saúde da família, dividindo o município em dois territórios e cada uma é composta por 01 médico, 01 enfermeiro, 01 técnico de enfermagem, 04 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 01 Cirurgião-dentista e 01 Auxiliar de Saúde Bucal (ASB). Outros profissionais de saúde integram as duas equipes tais como: psicólogo, nutricionista, pediatra, farmacêutico, fisioterapeuta e fonoaudióloga. Apesar de não possuímos NASF, contamos com uma equipe multiprofissional.

Cada ESF abrange uma estrutura física adequada para realização dos trabalhos e procedimentos. Elas contam com sala de recepção, sala de espera, consultório médico, consultório de enfermagem, sala de procedimentos, consultório dentário e banheiros para usuários. Atendendo as duas ESFs temos sala para nebulização, sala de vacinas, sala de curativos, cozinha, sala de esterilização, banheiro para funcionários, sala da administração/gerência, sala de marcação de consultas referenciadas, farmácia e sala do pessoal do administrativo. Nossa unidade conta com um amplo espaço físico e quase todas as salas são informatizadas, várias são climatizadas. Temos aderido também, no mesmo prédio, o Pronto Atendimento (PA), que muitas vezes atrapalha o trabalho da ESF, porque os usuários têm dificuldades de diferenciar o atendimento do PA e da UBS. A nossa estratégia é desvincular o PA do mesmo prédio, mas isso é um trabalho complexo e de longo prazo e que não temos governabilidade para mudar.

Quanto às atribuições das equipes como um todo que são: conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, com ênfase nas suas

características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os problemas de saúde prevalentes e as situações de risco que a população está exposta; elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença; prestar assistência integral respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, com ênfase nas ações de promoção à saúde; resolver, através da adequada utilização do sistema de referência e contrarreferência, os principais problemas detectados; desenvolver processos educativos para a saúde voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos; promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados; acompanhar os indicadores de saúde de cada área de atuação.

A Unidade de Saúde consegue em grande parte desenvolver positivamente as atribuições citadas acima, precisando ainda melhorar no aspecto Educação em Saúde. O que facilita, é que contamos com uma população pequena em relação a outros municípios maiores.

O acolhimento na unidade é realizado pela enfermeira, que encaminha para o médico da ESF ou para o Pronto Atendimento, que é praticamente junto com a unidade e que nos auxiliam em nossas demandas espontâneas. A enfermeira tem papel fundamental no acolhimento que realiza, pois muitas vezes consegue resolver o problema de muitos usuários, sem precisar encaminhar para o médico, com uma boa orientação e atenção ao usuário, o que consideramos um ponto positivo.

Entre as consultas médicas e de enfermagem são reservadas 25% para a demanda espontânea. A demanda espontânea para a nossa equipe de saúde da família não é grande, o que facilita a realização do acolhimento. Atendemos usuários de nossa área adstrita e não recebemos usuários de outras áreas de abrangência. Acredito também que a demanda espontânea diminua na unidade devido ao Pronto Atendimento estar muito próximo.

O atendimento odontológico é agendado e as urgências são avaliadas pelo cirurgião-dentista. As outras situações, além das consultas médicas e de enfermagem, tais como, coleta de exame, vacinação, dispensação de medicamentos na farmácia, procedimentos, nebulizações, entre outros, são atendidos pela equipe de cada setor, sem dificuldades devido a nossa pequena demanda.

Acreditamos que não existe uma forma específica, única, de acolher um usuário. Pensamos que a melhor seja aquela que nossa equipe se adapta à

realidade da população. Não seguimos protocolos na unidade e o acolhimento é feito escutando e entendendo a necessidade do usuário.

Quanto à saúde da criança, é desenvolvida a ação programática Puericultura. A Puericultura foi a primeira ação programática estabelecida na Atenção Primária à Saúde (APS) e foi um fator importante na redução da mortalidade infantil no país. O foco na redução da morbimortalidade e potencialização do desenvolvimento infantil se mantém como algo prioritário na atenção primária à saúde (BRASIL, 2012). Contamos com uma boa cobertura de adesão ao programa e também com o apoio do trabalho das agentes comunitárias de saúde na busca ativa dessas crianças, além das visitas domiciliares dos enfermeiros.

Para melhorar ainda mais a qualidade da atenção à saúde da criança seria interessante a participação de outros profissionais para atender essa população. Por exemplo: acompanhamento de forma conjunta pela enfermeira, nutricionista, médico, psicólogo, cirurgião-dentista, e outros. Não existe nenhum protocolo de atendimento. Contamos com documento de registro específico, o que facilita a busca ativa dos faltosos e avaliação da adesão ao programa.

Na atenção às gestantes são desenvolvidas várias ações e é seguido o protocolo conforme o Ministério da Saúde. São oferecidas consultas de acompanhamento, exames, vacinação, avaliação bucal, orientação para aleitamento materno e também são realizadas ações em educação em saúde através de grupos com assuntos variados. Contamos com um registro específico e a realização de um monitoramento regular destas ações.

Em relação à prevenção dos cânceres do colo do útero e de mama, as ações estão estruturadas de forma programática, ou seja, o serviço adota um protocolo conforme o Ministério da Saúde, mas a dificuldade encontrada é a falta de conscientização da importância da prevenção e diagnóstico precoce por muitas usuárias. Até o final do ano vão ser implantados o Sistema de Informação do câncer do colo do útero (SISCOLO) e o Sistema de Informação do câncer de mama (SISMAMA).

Em relação à atenção aos hipertensos e diabéticos nós começamos há 02 meses a trabalhar com o HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos, captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus em todas as unidades ambulatoriais do SUS, gerando informações para os gerentes locais,



gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde (BRASIL, 2001). As dificuldades relativas à cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos são reconhecidas pela unidade de saúde, que busca alternativas como a contratação de uma nova enfermeira para trabalhar diretamente com esses usuários. A adesão da população às ações propostas requer muito comprometimento e engajamento da equipe de saúde, que nem sempre é reconhecida pelo seu desempenho por parte dos usuários. Isso é uma dificuldade que é enfrentada quando se trabalha Educação em Saúde. Mas temos que dar qualidade da atenção à saúde, intensificando os registros, o planejamento e o monitoramento das ações, às atividades de educação e à participação dos diferentes membros da equipe.

Por fim, no que tange à Saúde do Idoso, segundo Lobato (2004, apud Carvalho, 2010) estudos demográficos afirmam que no ano de 2020 nosso país ocupará o sexto lugar no mundo em população idosa. Essa previsão tem feito com que diversos profissionais da área de saúde tenham se preocupado em buscar capacitação para o trabalho com idosos, mas ainda não há um trabalho na nossa unidade de saúde focada nas diretrizes que regem esse eixo, por falta de capacitação dos presentes profissionais. A equipe atende, de modo geral, às necessidades, mas não trabalha com Educação em Saúde diretamente. É importante qualificar os serviços para trabalhar com aspectos específicos da saúde da pessoa idosa (como a identificação de situações de vulnerabilidade social, a realização de diagnóstico precoce de processos de demências, a avaliação da capacidade funcional, dentre outros). É necessário garantir acesso aos instrumentos diagnósticos adequados, à medicação e à reabilitação funcional da população idosa, prevenir a perda de capacidade funcional ou reduzir os efeitos negativos de eventos que a ocasionem (BRASIL, 2007).

Um dos maiores desafios da Atenção Básica é conseguir mudar os modelos assistenciais, outro seria fazer com que os usuários entendam que a Estratégia Saúde da Família trabalha com a promoção e a prevenção, além do tratamento. Seu papel é ser resolutiva e realizar suas ações de forma integral. A conscientização sobre a importância da Educação em Saúde também é necessária. Ao responder as abas dos Cadernos das Ações Programáticas, tive a oportunidade de repensar vários aspectos, principalmente, no que se refere aos registros, à criação de

modelos de registros que possam ser monitorados mais fáceis, já que os prontuários se tornam mais difíceis pela extensão de informações.

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

Ao confrontar o texto do tópico “Qual a situação na ESF/APS” com o texto do “Relatório Situacional” eu pude perceber que houve uma evolução positiva na forma de compreender a unidade de saúde e os serviços que ela oferece à comunidade, tanto na estrutura física, quanto nos recursos humanos a fim de intensificar as atividades de Promoção e Prevenção à saúde da população em geral.

Num segundo momento eu também percebi a necessidade de instrumentos e recursos, como o caderno de ação programática, o questionário sócio-econômico e até mesmo as Questões Reflexivas como forma de subsidiar de forma mais fidedigna a análise situacional.

Por fim, mas de forma complementar ao que foi exposto anteriormente eu pude perceber com mais clareza os pontos negativos, as necessidades e as limitações e os pontos positivos que a unidade possui e que devem ser observadas constantemente para o bom andamento das ações pactuadas.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

Há muitas décadas as doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte do Brasil. No ano de 2000, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), corresponderam a mais de 27% do total de óbitos em conseqüências de doenças do aparelho circulatório. O acompanhamento e o controle da HAS e DM no âmbito da atenção básica poderá evitar o surgimento e a progressão das complicações, reduzindo o número de internações hospitalares bem como a mortalidade devida esses agravos (BRASIL, 2001).

A população alvo da UBS, da Estratégia Saúde da Família Timbaúva e Estratégia Saúde da Família Unidade Nova, conforme o censo de 2010 mostra aproximadamente 1262 hipertensos e 361 diabéticos, mas conforme a atualização dos Agentes Comunitários de Saúde da unidade relata aproximadamente 536 hipertensos e 168 diabéticos, uma diferença bem considerável. No entanto, todas as áreas possuem cobertura dos Agentes Comunitários de Saúde e por isso a população alvo a ser considerada nessa intervenção será referente aos dados dos agentes. A cobertura do programa de atenção ao hipertenso e ao diabético é ainda muito baixa, pois faz aproximadamente dois meses que estão sendo realizadas ações focalizadas neste grupo visando atendimento mais direcionado através do Programa Hiperdia, pela enfermeira da unidade. A adesão ao programa durante esses dois meses chegou aproximadamente a 10% de cobertura da população hipertensa e diabética. A unidade de saúde também oferece ao usuário do programa grupos de saúde com outros usuários, salas de espera, fornecimento de medicação por meio da farmácia básica; atendimento psicológico, quando necessário; atendimento odontológico; e atendimento com nutricionista.

O perfil epidemiológico da HAS e da DM no município de São Nicolau mostra um grande número de usuários com essas doenças. Analisando esse perfil percebeu-se a necessidade de implantar o HIPERDIA, programá-lo como estratégia para o controle da HAS e da DM, consideradas como um grave problema de saúde pública. Os usuários são atendidos na unidade de saúde, mas não há uma ação focada nos hipertensos e diabéticos para realizar o acompanhamento e monitoramento mais direcionado no controle desta doença e na prevenção de outros agravos que possam ocorrer com estes usuários. Foi pensando nisso que a ação programática em hipertensão e diabetes surgiu como forma de organizar, direcionar e melhorar a execução desse programa.

A equipe a princípio está envolvida, mas não da forma que a ação programática preconiza, então temos que trabalhar juntos para alcançar os objetivos que o programa nos proporciona. As dificuldades encontradas nesse processo são: a falta de profissionais para dar conta da demanda do dia-a-dia e ainda atender essa ação programática e a falta de adesão dos usuários ao plano estratégico. No entanto, há diversas potencialidades que contamos como: trabalho em conjunto com os Agentes Comunitários de Saúde na busca ativa dos faltosos; visita domiciliar da enfermeira responsável; atendimento da enfermeira através de consulta de enfermagem; palestras e grupos de atividades físicas; encaminhamento para outros profissionais de saúde como psicólogo, nutricionista, dentista e médico. Todas essas potencialidades podem viabilizar a operacionalização da intervenção, de acordo com o que foi proposto nos objetivos e metas.

## **2.2 Objetivos e Metas**

### **2.2.1 Objetivo Geral**

Melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus.

### **2.2.2 Objetivos Específicos:**

- 1 - Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos.
- 2 - Melhorar a adesão do hipertenso e diabético ao programa.

3 - Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e diabético realizado na unidade de saúde.

4 - Melhorar o registro das informações.

5 - Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

6 - Trabalhar com a promoção da saúde.

### **2.2.3 Metas**

1.1- Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

1.2- Cadastrar 90% os diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

3.1- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

3.2- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

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

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

3.5- Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

3.6- Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

### **2.3.1 Ações**

Para cadastrar 90% dos pacientes hipertensos e diabéticos será feito, no eixo monitoramento e avaliação o monitoramento do número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. No eixo organização e gestão do serviço será garantido o registro dos hipertensos cadastrados no Programa, a melhoria no acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM e a garantia do material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e material para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Para o engajamento público, Informaremos a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde comunicaremos a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Também haverá orientação a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, serão relatadas essas informações à

população através do programa de rádio da prefeitura municipal de São Nicolau na forma de entrevista da profissional enfermeira responsável pelas ações e ainda na Unidade de Saúde.

No eixo Qualificação da Prática Clínica serão capacitados os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, pela enfermeira que está atuando juntamente com a equipe na intervenção.

Para buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada, no eixo, monitoramento e avaliação, será monitorado o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). No eixo, organização e gestão do serviço, será organizado visitas domiciliares para buscar os faltosos e a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares, quanto ao Engajamento Público, Informaremos a comunidade sobre a importância de realização das consultas, ouviremos a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos), será esclarecido aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Quanto à qualificação da prática clínica vai ser treinado os ACS para a orientação de diabéticos e hipertenso quanto a realização das consultas e sua periodicidade, pela equipe de saúde da unidade.

A realização de exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos, no eixo monitoramento e avaliação, acontecerá o monitoramento da realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos, na organização e gestão do serviço, será definido as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos, que ficará com a maioria das ações a enfermeira responsável pela intervenção, também será distribuído na Unidade de Saúde a versão atualizada do protocolo impressa. No eixo engajamento público serão orientados 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. Na qualificação da prática clínica acontecerá a capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado, por profissionais capacitados do próprio município ou da região.

Para garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, no eixo monitoramento e avaliação, haverá o monitoramento do número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, o monitoramento do número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada. A organização e gestão do serviço nesta ação garantirá a solicitação dos exames complementares, garantirá com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo estabelecendo sistemas de alerta os exames complementares preconizados. No eixo engajamento público vai ser orientados os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares e quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. Na qualificação da prática clínica acontecerá a capacitação da equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares por profissionais capacitados.

A garantia da totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. No eixo Monitoramento e Avaliação haverá o monitoramento do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Na organização e gestão do serviço, será realizado o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Será Mantido um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Quanto ao engajamento público nesta meta acontecerá a orientação aos usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. No eixo da qualificação da prática clínica, será realizada atualização do profissional no tratamento do diabetes e hipertensão, acontecendo capacitação da equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da farmácia popular/hiperdia.

A fim de manter a ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabetes cadastrados na unidade de saúde, no que se refere ao eixo monitoramento e avaliação, será monitorado a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde. No eixo organização e gestão do serviço será mantida as informações do SIAB atualizadas. Se for necessário será implantada uma planilha de registro específico de acompanhamento, pactuando com a equipe, o



registro das informações. Será definido o responsável pelo monitoramento dos registros e organização 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.

Quanto ao engajamento público, acontecerá a orientação aos usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Na qualificação da prática clínica, haverá treinamento da equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético, a equipe da unidade de saúde será capacitada para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

A realização da estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde será monitorada e avaliada o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. No eixo qualificação clínica acontecerá a priorização do atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e será organizada a agenda para o atendimento desta demanda.

Serão orientados os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e esclarecido aos usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação) referente ao eixo engajamento público. Na qualificação da prática clínica haverá a capacitação da equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, para a importância do registro desta avaliação e capacitação da equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Para garantir avaliação odontológica a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos, no eixo monitoramento e avaliação, haverá o monitoramento da realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista. A organização da agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético, estabelecendo prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico. Também será demandada junto

ao gestor a oferta de consultas com dentista para estes usuários, ações que se refere ao eixo organização e gestão do serviço.

Para o engajamento público será buscado parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde, mobilizando a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista. Quanto ao eixo da qualificação clínica, haverá a capacitação da equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso e diabético.

A garantia da orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos acontecerá através do monitoramento da realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos, no eixo monitoramento e avaliação. No eixo organização e gestão do serviço, serão organizadas práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Será demandado junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade. A orientação aos hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, será desenvolvida no eixo engajamento público. Na qualificação da prática clínica, haverá a realização da capacitação da equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e metodologias de educação em saúde.

A orientação será garantida em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes hipertensos e diabético, no eixo monitoramento e avaliação acontecerá o monitoramento da realização de orientação sobre atividade física regular aos diabéticos e hipertensos. Para contemplar o eixo organização e gestão do serviço serão organizadas práticas coletivas para orientação de atividade física e demandado junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade. No engajamento público será orientado hipertenso e diabético e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular. Haverá a capacitação da equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular e capacitação da equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde no que se refere ao eixo da qualificação da prática clínica.

Para garantir a orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos será monitorada a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos no eixo monitoramento e

avaliação. Em relação ao eixo organização e gestão do serviço será demandada junto ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo". A Orientação aos hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo será realizada no eixo engajamento público. No eixo qualificação da prática clínica será capacitada a equipe para o tratamento de usuários tabagistas e sobre metodologias de educação em saúde.

A ficha espelho (ANEXO A) e a planilha de coleta de dados (ANEXO B) serão instrumentos utilizados para a coleta de dados que alimentarão o Programa de Atenção ao Hipertenso e ao Diabético, referente a todas essas ações. A partir desses dados será feita o monitoramento das seguintes ações: consultas em dia; realização de exames clínicos apropriados; número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais, solicitados de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde adotados na unidade; exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada; usuários com realização de pelos menos uma verificação da estratificação de risco por ano; encaminhamento para o dentista, nutricionista e grupo de tabagismo; o acesso aos medicamentos da farmácia popular; e a qualidade dos registros.

Um acolhimento mais humanizado será realizado, principalmente pela enfermeira responsável, mas também pela equipe multiprofissional, priorizando o atendimento dos usuários avaliados como os de alto risco. O material necessário e adequado para realizar o atendimento nas consultas de enfermagem e procedimento individual será garantido pelo gestor municipal.

### **2.3.2 Indicadores**

**Relativos ao objetivo 1:** Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos.

**Meta 1.1:** Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao 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 ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

**Meta 1.2:** Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

**Relativos ao objetivo 2:** Melhorar a adesão do hipertenso e diabético ao programa.

**Meta 2.1:** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 2.1:** Proporção de hipertensos faltosos com a consulta médica com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos à consulta médica com busca ativa.

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

**Meta 2.2:** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 2.2:** Proporção de diabéticos faltosos com a consulta médica com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos à consulta médica com busca ativa.

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

**Relativos ao objetivo 3:** Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e diabético realizado na unidade de saúde.

**Meta 3.1:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Indicador 3.1:** Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

**Meta 3.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Indicador 3.2:** Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

**Meta 3.3:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 3.3:** 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 3.4:** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 3.4:** 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 3.5:** Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 3.5:** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

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

**Meta 3.6:** Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 3.6:** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

**Relativos ao 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.

**Relativos ao 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:** Proporções de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

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

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

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

**Relativos ao objetivo 6:** Trabalhar com a promoção da saúde.

**Meta 6.1:** Garantir avaliação odontológica a 100% dos pacientes hipertensos.

**Indicador 6.1:** Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

Numerador: Número de hipertensos que realizaram avaliação odontológica.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.2:** Garantir avaliação odontológica a 100% dos pacientes diabéticos.

**Indicador 6.2:** Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.

Numerador: Número de diabéticos que realizaram avaliação odontológica.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.3:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Indicador 6.3:** Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.4:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Indicador 6.4:** Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.5:** Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes hipertensos.

**Indicador 6.5:** Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.6:** Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes diabéticos.

**Indicador 6.6:** Proporção de diabéticos com orientação sobre prática de atividade física regular.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.7:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

**Indicador 6.7:** Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.8:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabético.

**Indicador 6.8:** Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.



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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção no programa de hipertensos e diabéticos vamos adotar o Manual técnico de Hipertensão arterial e Diabetes *mellitus*, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), que será discutido na unidade de saúde com a equipe, capacitando a mesma para seguir o protocolo adotado para o atendimento direcionado ao hipertenso e ao diabético, logo na primeira semana, da intervenção, pela enfermeira responsável, dispondo de versão atualizada do protocolo e impressa na unidade de saúde, para o manuseio de toda a equipe. Utilizaremos a ficha de Acompanhamento do hipertenso e diabético - Hiperdia elaborado pelo ministério da Saúde. Será usada ainda a ficha de cadastro do Hiperdia que aborda o nome da unidade de saúde, identificação do usuário, documentos gerais, documentos obrigatórios, endereço, dados clínicos do usuário, tratamento e a ficha espelho dos hipertensos e diabéticos. Como é estimado com a intervenção atingir aproximadamente 704 pessoas, então será solicitada ao gestor municipal de saúde a impressão de 704 fichas.

Trabalharemos com estas três formas de registros para melhor acolher esses usuários, aderidas numa pasta individual para cada um. Esses registros viabilizarão situações de alerta quanto ao atraso do acompanhamento dos usuários, que serão revisadas mensalmente ou quando houver a necessidade pela enfermeira.

Com as formas de registro em mãos, começaremos o cadastramento e acompanhamento dos usuários na unidade de saúde, através de agendamentos de consulta com a enfermeira responsável, seguindo as listas com nome e telefone dos usuários com hipertensão e diabetes, atualizadas pelas Agentes Comunitárias de Saúde de cada área adstrita.

A enfermeira será a pessoa responsável pela maioria das ações do programa. Ela vai agendar os usuários, atender nas consultas de enfermagem na unidade saúde, todos os dias da semana, no turno da manhã, individualmente, quando, registrará as informações, solicitará os exames complementares, para avaliação do usuário, conforme o protocolo e garantindo com o gestor municipal a agilidade e

reserva de cotas para a realização desses exames. Terão prioridade de atendimento os usuários avaliados como de alto risco e será organizado agendamento específico para essa demanda a cada quinze dias, na unidade de saúde, pela enfermeira.

O monitoramento desses usuários pela enfermeira será feito em observância ao cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo; a realização de exame clínico apropriado dos usuários; o número de usuários com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde; a qualidade dos registros dos usuários acompanhados na unidade; o número de usuários com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano; a realização de orientação nutricional; orientação para atividade física regular e orientação sobre riscos do tabagismo. Será ainda monitorada, mensalmente, através da ficha espelho, se não estiverem em dia com suas atividades e esse profissional acionará o Agente Comunitário para a busca ativa dos faltosos. Esses usuários serão agendados para um dia específico da semana, somente para os faltosos, quinta-feira, no turno da manhã. Ela também irá realizar visitas domiciliares na busca dos usuários faltosos e atendimento domiciliar aos acamados com HAS e DM, quinzenalmente. Será de responsabilidade da enfermeira o cadastro do Hipertenso e Diabético no HIPERDIA, mantendo ainda as informações do SIAB atualizadas. Ela fará o registro uma vez por semana com dados coletados das fichas de acompanhamento.

A enfermeira também organizará grupos de hipertensos e diabéticos através de agendamento, na unidade de saúde, uma vez por mês, onde irá trabalhar inúmeros temas relacionados a essas doenças. Nos grupos irá trabalhar com palestras juntamente com o dentista, nutricionista, psicóloga, médicos, entre outros profissionais que julgar necessário. A profissional também irá realizar encaminhamentos quando necessário, para o grupo de tabagismo, que acontece toda sexta-feira, na unidade de saúde, coordenado pela enfermeira da ESF 02. O grupo de tabagismo já está em andamento e possui medicamentos para o tratamento do “abandono ao tabagismo”. A enfermeira encaminhará usuários para a odontologia que organizará agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, estabelecendo prioridades de atendimento e considerando a classificação do risco odontológico. O agendamento será feito pela auxiliar do dentista para todas as terças-feiras.

Juntamente com a gestora da Secretaria Municipal de Saúde, serão garantidos os equipamentos necessários e medicamentos de qualidade, realizando controle de estoque e mantendo um registro das necessidades de medicamentos dos usuários cadastrados na unidade de saúde.

A equipe de saúde divulgará diariamente na unidade, por meio das salas de espera e ainda nas consultas, bem como durante o Programa de Rádio da Prefeitura Municipal as seguintes informações: sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde; sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos anualmente; sobre a necessidade do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmhg; sobre a importância de realização das consultas e os períodos de tempo; sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes; sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes; e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Alertar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares e controle de fatores de risco modificável (como alimentação) e orientar hipertensos e diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular e existência de tratamento para abandonar o tabagismo, são ações que podem ser orientadas por toda a equipe, durante a verificação de pressão arterial, na consulta médica e de enfermagem, no grupo de tabagismo que atende a comunidade e também na programação da Prefeitura municipal, além das visitas domiciliares.

Toda a população será informada e mobilizada por meio de palestras na própria comunidade, por palestrantes da própria unidade de saúde ou palestrante de outro município, cartazes, banner, expostos na unidade de saúde ou onde julgar importante, entrevista da equipe responsável no programa de rádio, da emissora de rádio FM Nova Canção de São Nicolau, da prefeitura municipal, realizados todos os sábados às 9 horas da manhã, quanto ao direito dos usuários em ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, bem como orientações quanto à importância do acompanhamento regular.

As capacitações para treinamentos e conhecimentos para a equipe dos Agentes Comunitários de Saúde que irão realizar o cadastramento dos hipertensos e



Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática do hipertenso e diabético solicitando apoio para a captação de hipertensos e diabéticos para as demais estratégias que serão implementadas	X				X				X				X			
Atendimento clínico dos hipertensos e diabéticos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Grupo de hipertensos e diabéticos			X				X				X				X	
Capacitação dos ACS para realização de busca ativa dos hipertensos e diabéticos	X															
Busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoramento da intervenção	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Capacitação da equipe para os demais temas de acordo com o eixo de qualificação da prática clínica	X								X							
Encaminhamento para o grupo de caminhada		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Encaminhamento para o grupo de tabagismo			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Encaminhamento para outros profissionais quando necessário		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realização de visita domiciliar pela enfermeira				X		X		X		X		X		X		X
Realização de visita domiciliar pelos Agentes Comunitários de Saúde		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Figura 2 - Quadro do cronograma de atividades.

### **3 Relatório de Intervenção**

#### **3.1 Ações previstas para a intervenção e que foram desenvolvidas**

O monitoramento do número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde, da realização de exame clínico apropriado, do número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados, e/ou de acordo com a periodicidade recomendada, conforme o protocolo adotado na unidade de saúde é de fácil acompanhamento e foram cumpridos integralmente.

Na própria consulta foi possível controlar a aplicação dessas ações, avaliando o usuário, solicitando e garantindo os exames complementares que não estavam em dia, conforme o protocolo e o período.

Foi possível garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, já que a demanda de requisição de exames para controle de HAS e DM não é grande. Devido ao cadastramento ter ocorrido de forma lenta, então foi acordado com o profissional responsável pelo controle das cotas dos exames que uma parte seria destinada aos usuários do programa. Como a demanda de exames complementares a esses usuários é pequena, não prejudicaria o restante da demanda.

O monitoramento da qualidade dos registros dos hipertensos e diabéticos, a garantia do registro no Programa, a manutenção das informações do SIAB atualizadas, a pactuação com a equipe do registro das informações e definição do responsável pelo monitoramento e a implantação de uma nova planilha foram ações cumpridas sem dificuldades e de forma integral.

Quando um usuário esquece uma determinada informação de algum documento, sempre tentamos pegar esse dado de outra forma: ou eles retornam

para completar a ficha ou eles me passam as informações por telefone. Para isso foi implantada uma planilha de registro específico para obter uma melhor cobertura, uma ficha de registro de identificação dos usuários com HAS e DM, com o nome, informação se é diabético ou hipertenso, e o telefone para entrar em contato. Deixei com a equipe, pois os usuários comparecem para medir a pressão arterial e é uma forma de nós entrarmos em contato.

Foi definido o responsável pelas ações de monitorar o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. O monitoramento do número de usuários diabéticos e hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano vai acontecer com mais intensidade a partir do momento em que o programa completar um ano. A prioridade do atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e a organização da agenda para o atendimento desta demanda está sendo definida já na própria consulta, quando já é deixado agendado o retorno.

A realização do monitoramento das consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista, organização da agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético e o estabelecimento de prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico, bem como a demanda junto ao gestor da oferta de consultas com dentista para estes usuários foram ações desenvolvidas com algumas dificuldades e parcialmente, devido à demanda de usuários que a dentista já possui. Mesmo assim, foi possível adquirir agenda exclusiva para alguns usuários mensalmente do programa, mas não foi possível abranger todos.

A definição de atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos, a disposição da versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde e a discussão com a equipe sobre o protocolo utilizado tiveram definição na primeira semana e foram desenvolvidas integralmente. Como em 2013 foi publicada uma nova versão dos protocolos, então foi impresso essa nova versão e distribuída na unidade. Assim, utilizamos os Cadernos de Atenção Básica nº 36 – Diabetes Mellitus (BRASIL, 2013a) e o Caderno de Atenção Básica nº 37 – Hipertensão Arterial Sistêmica (BRASIL, 2013b).

Com certeza, com a implantação do programa houve melhora do acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM. As ações de garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita

métrica) e garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde foram alcançadas com êxito e sem dificuldade.

Manter um registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos e hipertensos cadastrados na unidade de saúde e monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia também foram ações desenvolvidas sem dificuldades. Hoje é sabido que a existência da farmácia popular, onde a maioria dos usuários retira seus medicamentos, promove a distribuição dos medicamentos de forma ininterrupta, pois, dificilmente, estes medicamentos faltam. Atualmente, é uma mínima porcentagem dos usuários cadastrados que ainda não usam os medicamentos da farmácia popular.

Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" já é uma ação desenvolvida mesmo antes da implantação do programa, pois temos o grupo que atende aos tabagistas já há alguns anos.

A monitoração da realização de orientação nutricional, de orientação para a atividade física regular e ainda para o risco de tabagismo aos hipertensos e diabéticos foram ações desenvolvidas sem dificuldades e integralmente. Sempre procuramos orientar de forma verbal e ainda trazer material impresso para eles lerem no domicílio. Esse material é fornecido pelo Ministério da Saúde.

As ações do eixo engajamento público tais como: informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde; 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 135/80mmhg; orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes; informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos); esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas foram ações realizadas integralmente e com facilidade. Essas ações foram divulgadas no programa de rádio da prefeitura municipal e no dia-a-dia nas unidades de saúde pelas equipes da unidade. Percebemos que houve procura de informação na unidade de saúde após os usuários terem ouvido as informações no rádio.



As ações como: orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e/ou diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, além da necessidade de realização e periodicidade de exames complementares e da orientação quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, foram ações desenvolvidas integralmente e sem dificuldade. Essas informações além de terem sido divulgadas no programa de rádio do município, foram também divulgadas no jornal da cidade que é distribuído semanalmente, nas unidades de saúde, nos consultórios médico e de enfermagem.

As ações a seguir também foram realizadas integralmente e sem dificuldades: orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, se necessário; orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular; esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação); mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista; orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, da prática de atividade física regular; orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para o abandono do tabagismo. Foram divulgadas na mídia através de programa de rádio, nas unidades de saúde pelas equipes de saúde e nas comunidades pelas ACS.

As ações descritas no eixo qualificação da prática clínica, tais como: capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde; treinar os ACS para a orientação de hipertensos quanto à realização das consultas e sua periodicidade; capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado e o seguimento do protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares, bem como da orientação aos usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Essas ações foram desenvolvidas na primeira semana, integralmente e com facilidades. Foi o “ponta pé” inicial para o início da intervenção.

Dando continuidade ao desenvolvimento do projeto não poderíamos deixar de treinar a equipe para o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e diabético e da importância do registro adequado

dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Ainda, foram capacitados quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis e da estratificação de risco, segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés, bem como o seu registro. Por fim, os profissionais foram treinados sobre metodologias de educação em saúde e para o tratamento de usuários tabagistas. Estas ações foram desenvolvidas parcialmente, mas com facilidades. Parcialmente porque ainda faltam dar mais ênfase as capacitações de Educação em saúde que são contínuas no processo.

### **3.2 Ações previstas para a intervenção e que não foram desenvolvidas**

As ações de organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares não aconteceram devido ao programa estar ainda no início e não possuir faltosos.

Também não conseguimos desenvolver as ações de realização de práticas coletivas sobre alimentação saudável e sobre atividade física, por falta de profissionais como nutricionistas e educadores físicos, apesar de solicitarmos ao gestor que fosse promovida essa parceria. São ações importantes, mas que ainda não foram realizadas devido à falta de profissionais capacitados e disponíveis.

Outras ações que ainda não foram possíveis de realização foram algumas capacitações para a equipe, dentre elas: estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis; práticas de alimentação saudável; metodologias de educação em saúde; promoção da prática de atividade física regular. As capacitações ainda não aconteceram devido à falta de profissional capacitado para realizá-las.

### **3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados referentes à intervenção**

As dificuldades encontradas na sistematização de dados foram devido à falta de engajamento de outras pessoas da equipe para a coleta e sistematização de dados, a fim de melhorar o número de cadastrados no programa e com isso melhorar a cobertura pactuada e também o cuidado que devia haver quanto ao

fechamento da planilha, com dados corretos, pois os dados influenciam no cálculo dos indicadores.

### **3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.**

A incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço está acontecendo, mas de forma um pouco lenta, pois precisamos de mais profissionais engajados. A cada momento estamos buscando novos conhecimentos a fim de aperfeiçoar ainda mais o desenvolvimento da intervenção. As ações que ainda não foram possíveis de desenvolver dentro do prazo de 16 semanas, vamos dar continuidade e, certamente, conseguiremos.

## **4 Avaliação da Intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção tratou da qualificação do Programa de Assistência ao Hipertenso e ao Diabético em uma Unidade de Saúde da Família do município de São Nicolau – RS. Os resultados desse processo foram analisados levando em consideração aspectos quantitativos, quando foi feita a análise dos indicadores comparando-os com as metas e examinando a evolução ao longo dos quatro meses de intervenção e aspectos qualitativo, analisando as ações e descrevendo o grau de implementação das ações propostas, examinando a importância da implementação destas ações para o serviço e como elas ainda podem ser melhoradas.

#### **Relativos ao objetivo 1: Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos**

**Meta 1.1:** Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Na área adstrita da UBS existem 536 hipertensos, conforme o cadastro dos Agentes Comunitários de Saúde. O objetivo era ampliar a cobertura do programa aos hipertensos e diabéticos. Acreditamos que o objetivo, em si, foi alcançado, pois conseguimos melhorar, ampliar a nossa cobertura, que antes era de aproximadamente 10%, mas não conseguimos chegar à meta pactuada de cadastrar 90% dos hipertensos da área. Chegamos a um total de 22,4%, que corresponde a 120 usuários ao longo desses 04 meses.

Destaco que as ações que mais somaram positivamente para essa meta foram a busca ativa dos Agentes Comunitários de Saúde e da enfermeira responsável pelo programa e também o engajamento público realizado na unidade de saúde e no programa de rádio da prefeitura municipal, ao passo que a dificuldade de engajamento dos demais profissionais neste processo impediu que conseguíssemos elevar nossos números.

Essas informações podem ser observadas no gráfico abaixo:

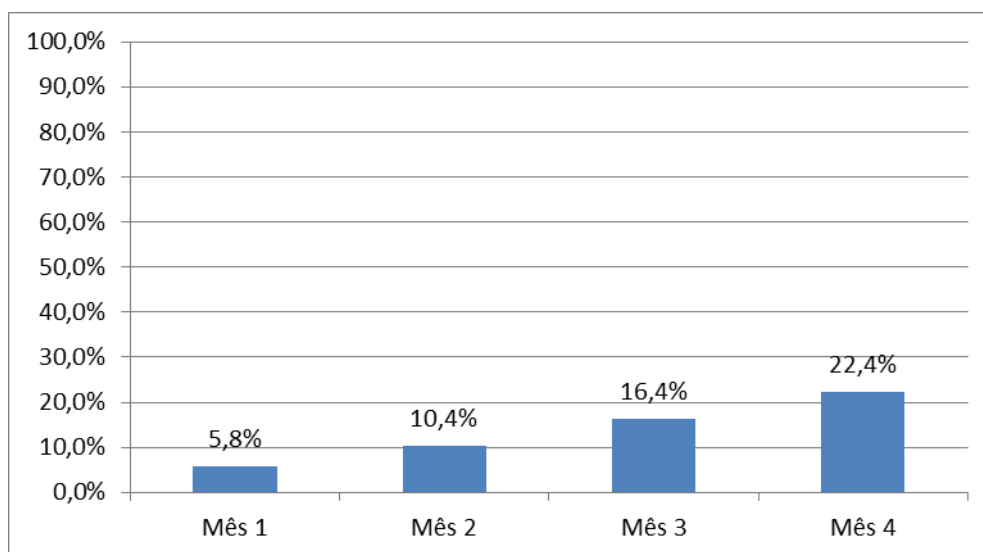


Figura 3 - Gráfico indicativo da cobertura do Programa de Atenção ao Hipertenso. Unidade Básica de Saúde Nova e Timbaúva, São Nicolau, RS.

**Meta 1.2:** Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Os diabéticos residentes na área de abrangência da USB somam um total de 168 usuários.

A meta proposta não foi possível de realizar pelos mesmos motivos já descritos acima. Dos 168 usuários portadores de diabetes foram cadastrados, no primeiro mês, 08 usuários foram registrados (4,8%), no segundo mês foram 16 usuários (9,5%), no terceiro mês tivemos 20 (11,9%) e no último mês 26 usuários, equivalente a 15,5% ao final do quarto mês de intervenção. Apesar disso, acreditamos que houve um avanço significativo para o serviço, mesmo não alcançando a meta, porque antes da implantação do programa as atividades direcionadas a estes usuários eram bem inferiores.

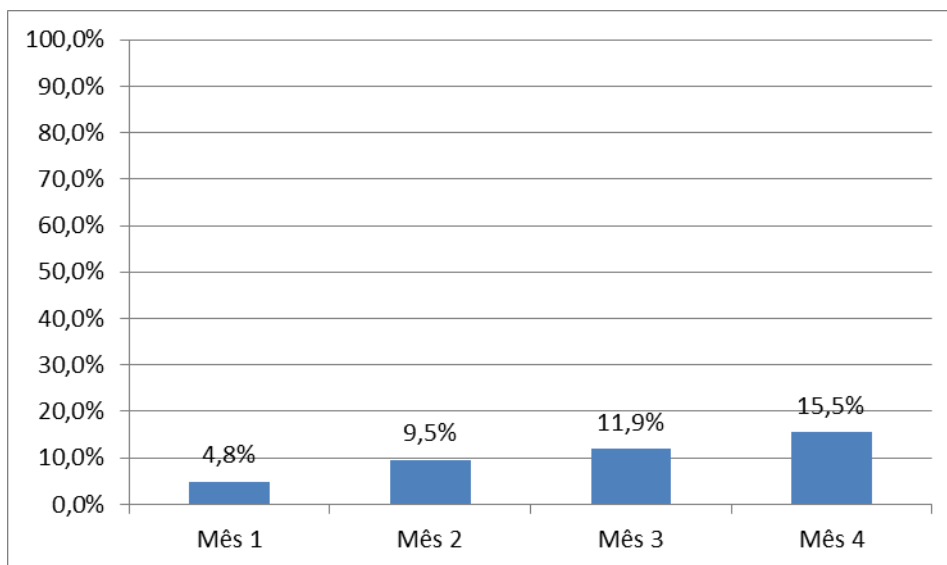


Figura 4 - Gráfico indicativo da cobertura do Programa de Atenção ao Diabético. Unidade Básica de Saúde Nova e Timbaúva, São Nicolau, RS.

### **Relativos ao objetivo 2: Melhorar a adesão do hipertenso e diabético ao programa.**

**Meta 2.1:** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 2.1:** Proporção de hipertensos faltosos com a consulta médica com busca ativa.

**Meta 2.2:** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 2.2:** Proporção de diabéticos faltosos com a consulta médica com busca ativa.

Ao longo dos 04 meses de intervenção não tivemos usuários faltosos às consultas, conforme a periodicidade recomendada, de modo que não foi necessária a realização de busca ativa. A agenda é bem organizada de forma que os usuários tenham como comparecer às consultas. Também contamos com mais alguns pontos positivos: profissional direcionado para atender o programa, divulgação da importância de manter as consultas em dia e agendamento das consultas conforme a disponibilidade do usuário. Para o serviço, isso significa organização e cumprimento das ações pactuadas e, assim, estamos conseguindo alcançar o presente objetivo de melhorar a adesão do hipertenso e diabético ao programa.

**Relativos ao objetivo 3: Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e diabético realizado na unidade de saúde.**

**Meta 3.1:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Indicador 3.1:** Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Com a implantação do programa obtivemos um atendimento focalizado nos usuários hipertensos e com isso houve melhorias na qualidade do atendimento. Dos 120 usuários hipertensos atendidos, no primeiro mês realizaram o exame clínico apropriado 31 usuários (100%). No segundo mês 55 usuários (98,2%) realizaram o exame clínico e no terceiro mês 87 (98,9%) e quarto mês 120 (100%). Não foi alcançada a cobertura de 100% em todos os meses, mas obtivemos um resultado bem significativo, sendo que. Para o serviço isto é um grande avanço, pois está havendo o fortalecimento e a qualificação da atenção à pessoa com hipertensão por meio da integralidade da assistência.

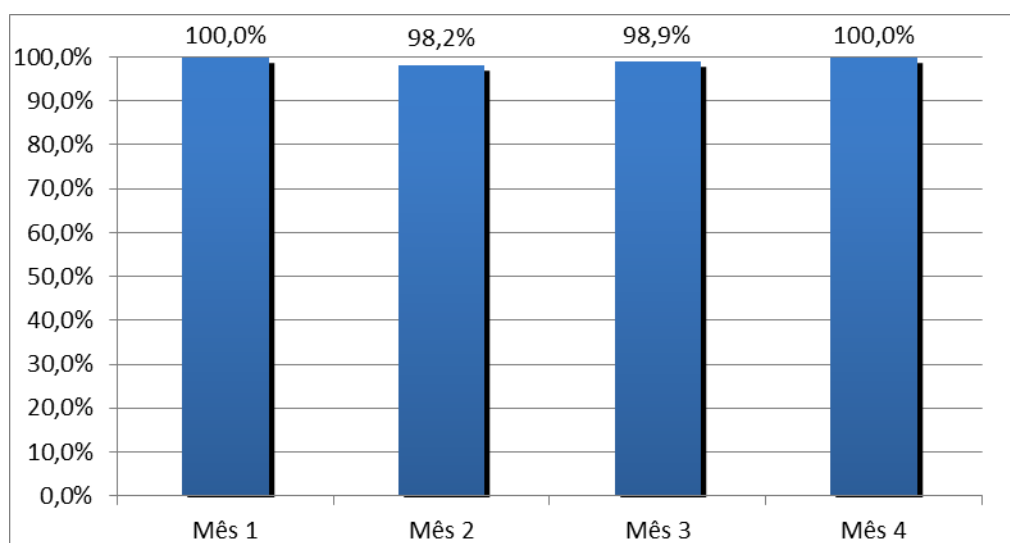


Figura 5 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Unidade Básica de Saúde Nova e Timbaúva, São Nicolau, RS.

**Meta 3.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Indicador 3.2:** Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Foram cadastrados 26 usuários diabéticos e todos realizaram o exame clínico, com o objetivo de colher dados que construiriam a base do diagnóstico. A meta foi alcançada e se manteve em 100% em todos os meses da intervenção. O

monitoramento da realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos influenciou positivamente no indicador.

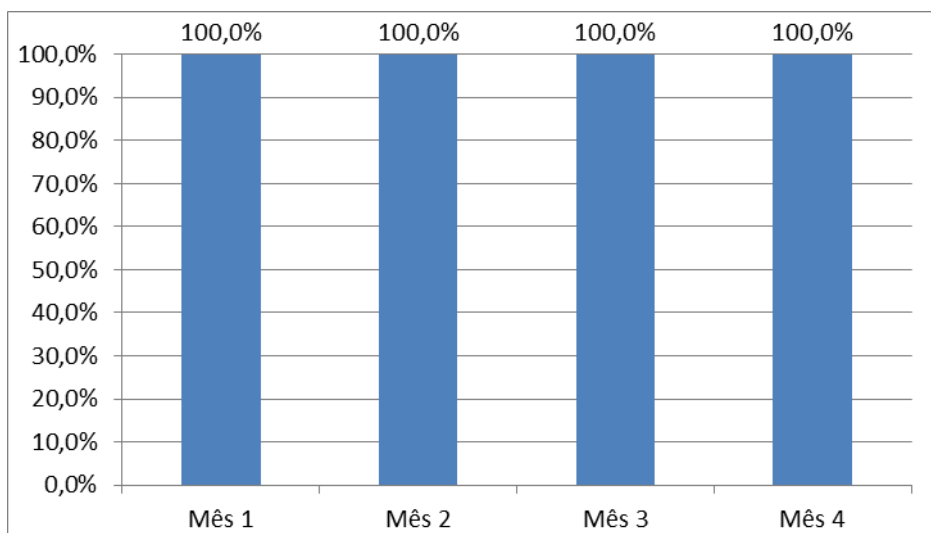


Figura 6 - Gráfico indicativo da proporção de diabético com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Unidade Básica de Saúde Nova e Timbaúva, São Nicolau, RS.

**Meta 3.3:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 3.3:** Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 3.4:** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 3.4:** Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Os exames complementares, de acordo com os protocolos seguidos, foram garantidos aos hipertensos e diabéticos, conforme a meta proposta. Como o cadastramento é realizado de forma lenta, então a solicitação de exames complementares também ocorreu dessa forma, não acumulando demanda. Dos 120 usuários hipertensos e 26 usuários diabéticos atendidos até o momento, aproximadamente 50% tiveram a necessidade de colocar seus exames em dia, conforme o protocolo adotado, os demais já estavam em dia com seus exames, totalizando 100% dos usuários com exames em dia.

No primeiro mês foram atendidos 31 usuários com HAS, destes 15 possuíam exames complementares em dia e 16 fizeram atualização, já no segundo mês foram



solicitados exames a 13 usuários, enquanto 12 já possuíam seus exames em dia, totalizando 25 usuários atendidos neste mês e 56 (100%) nos dois meses da intervenção. Dando sequência, no terceiro mês com mais 32 usuários, sendo que destes 16 estavam com exames em dia e 16 necessitaram de atualização. Por fim, no quarto mês mais 32 usuários cadastrados, com 16 usuários que precisaram de atualização e 16 que não.

Os usuários diabéticos, referente à meta 3.4, totalizaram 26 ao final dos quatro meses de intervenção, sendo que 13 destes usuários já possuíam exames em dia e 16 fizeram a atualização.

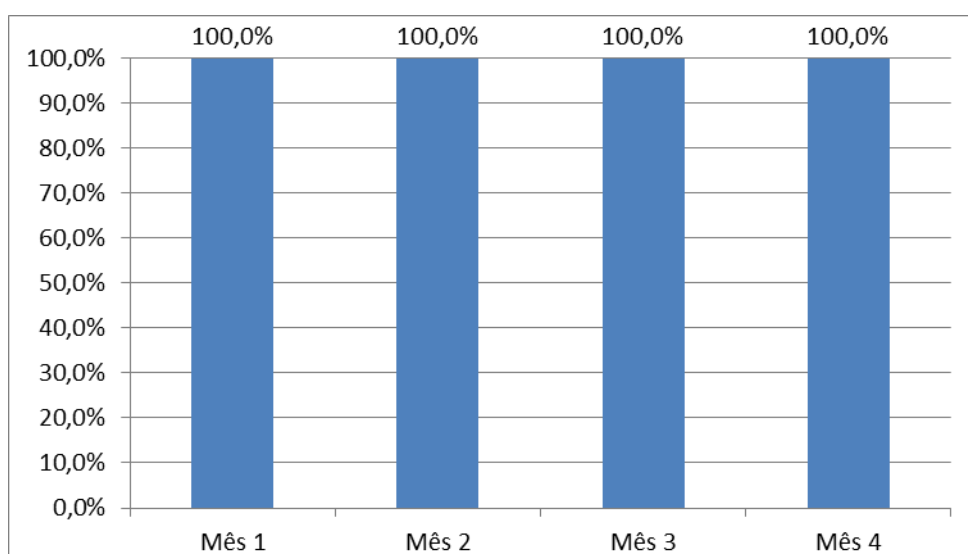


Figura 7 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Unidade Básica de Saúde Nova e Timbaúva, São Nicolau, RS.

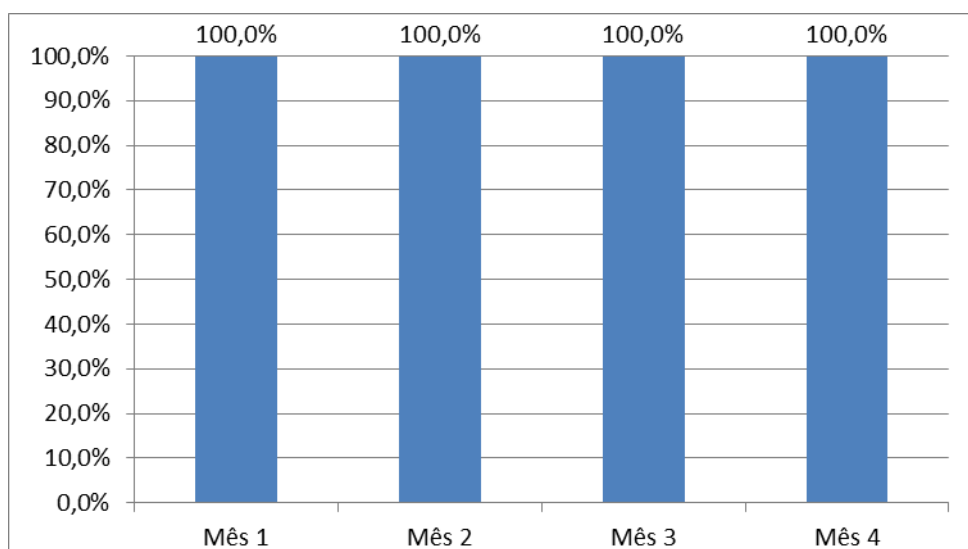


Figura 8 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Unidade Básica de Saúde Nova e Timbaúva, São Nicolau, RS.

**Meta 3.5:** Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 3.5:** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

A maioria dos usuários hipertensos usam medicamentos da farmácia popular. Dos 120 usuários já cadastrados neste programa durante os 04 meses de intervenção, 116 (96,7%) usuários hipertensos utilizam medicamento da farmácia popular, mas os demais ainda não, porque usam medicamentos que não têm na lista da farmácia popular, visto que estes medicamentos são prescritos por um profissional cardiologista. A meta era garantir 100% dos medicamentos da farmácia popular para os usuários. No primeiro mês, foram registrados 29 usuários (93,5%), no segundo mês foram 54 usuários (96,6%), no terceiro mês tivemos 86 (97,7%) e no último mês 116 usuários (96,7%), mas a maior porcentagem atingida foi de 97,7% no terceiro mês. Ao final do 4º mês atingimos, em termos absolutos, cerca de 116 usuários de um total de 120 cadastrados.

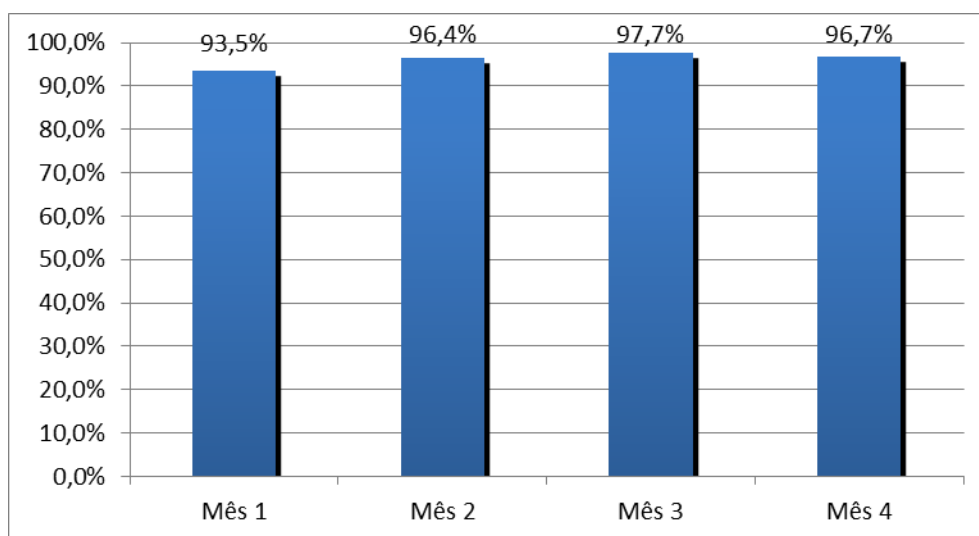


Figura 9 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular. Unidade Básica de Saúde Nova e Timbaúva, São Nicolau, RS.

**Meta 3.6:** Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 3.6:** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

A meta não foi alcançada por haver usuários que precisam de medicamentos que não têm na farmácia popular. Foram cadastrados 26 usuários diabéticos e 25 possuem prescrição de medicamentos da lista da farmácia popular. No primeiro mês houve o registro de 7 usuários (87,5%), no segundo mês 15, no terceiro mês 19 (95%) e no quarto mês 25 usuários foram registrados, o que totaliza 96,2% da quantidade total. A quantidade de usuários com prescrição fora da lista da farmácia popular totaliza menos de 4% o que corresponde a 01 usuário. As ações como: orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso, contribuíram positivamente para este indicador.

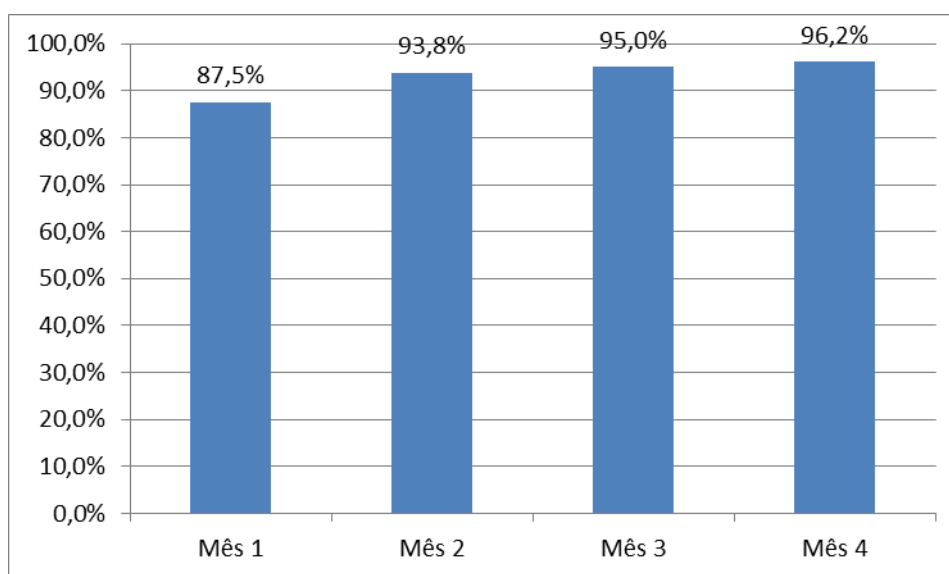


Figura 10 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular. Unidade Básica de Saúde Nova e Timbaúva, São Nicolau, RS.

#### **Relativos ao 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.

Todos os usuários hipertensos cadastrados no programa, total de 120 usuários, possuem ficha de acompanhamento completo. A meta foi alcançada e se manteve no percentual máximo durante os quatro meses, influenciando positivamente no indicador. No primeiro mês, 31 usuários foram registrados, no segundo mês foram 56 usuários, no terceiro mês tivemos 88 e no último mês 120

usuários. O registro adequado na ficha de acompanhamento mostra o andamento eficaz e completo do andamento da intervenção. Para o serviço isso é importante, pois é através desse registro que damos continuidade às ações e realizamos o monitoramento das ações que ainda precisamos realizar.

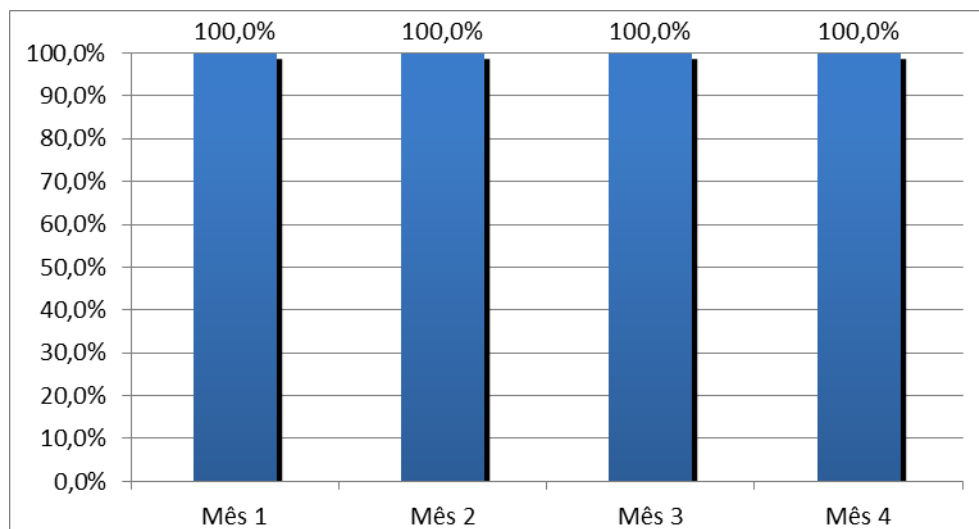


Figura 11 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Unidade Básica de Saúde Nova e Timbaúva, São Nicolau, RS.

**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.

Quanto aos diabéticos, seguimos na mesma linha de cuidado dos hipertensos e a meta também foi alcançada em sua totalidade. Manter a meta estabelecida de acompanhamento é fácil, mas é uma ação que exige cuidado, pois as informações obtidas estabelece muitas vezes qual a linha de cuidado a ser adotada para cada um dos usuários. Dos 26 usuários cadastrados, todos tiveram fichas de acompanhamento completa e arquivada na unidade de saúde.

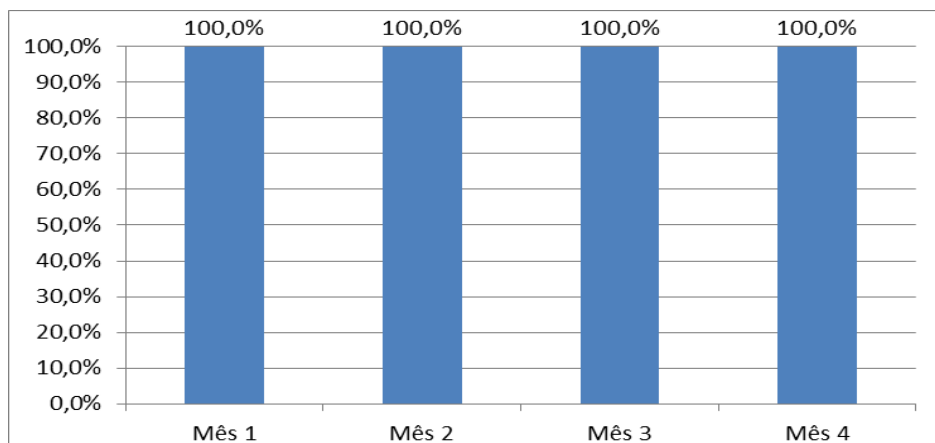


Figura 12 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.  
Unidade Básica de Saúde Nova e Timbaúva, São Nicolau, RS.

### **Relativos ao 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:** Proporções de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

A estratificação de risco cardiovascular foi alcançada a meta pactuada de 100%. Foi possível realizar a estratificação em todos os usuários hipertensos atendidos. A organização aconteceu de forma contínua e com qualidade.

O tempo que se leva para realizar o exame clínico é essencial para obter informações verdadeiras e reais. Assim, todos os 120 usuários realizaram a estratificação de risco, o que equivale a 100%.

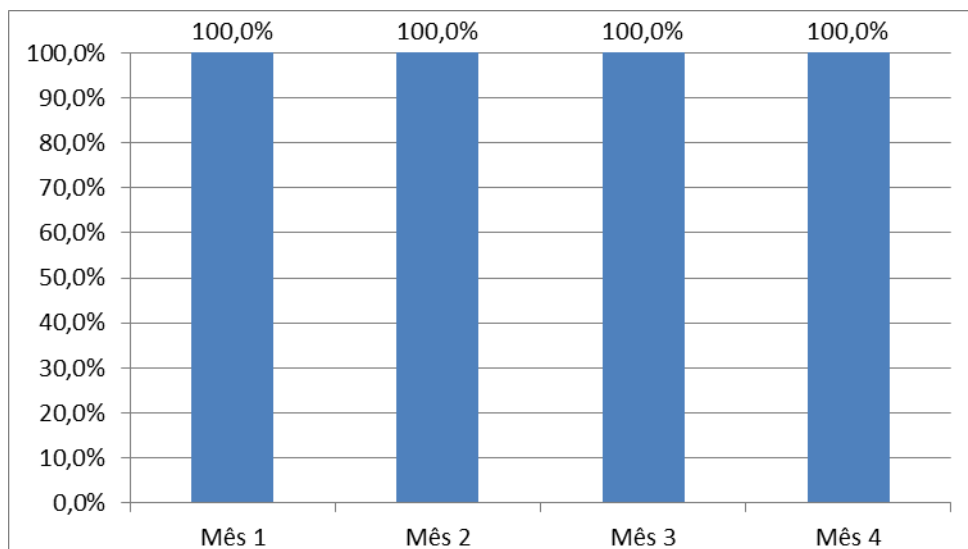


Figura 13 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Unidade Básica de Saúde Nova e Timbaúva, São Nicolau, RS.

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

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

A meta proposta neste projeto era realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos, foi possível alcançar a meta pactuada e com certeza essa ação traz benefício para o usuários e para o serviço. Os 26 usuários diabéticos todos conseguiram realizar a estratificação de risco, ou seja, conseguimos alcançar os 100%, tal qual é recomendado para uma meta de qualidade.

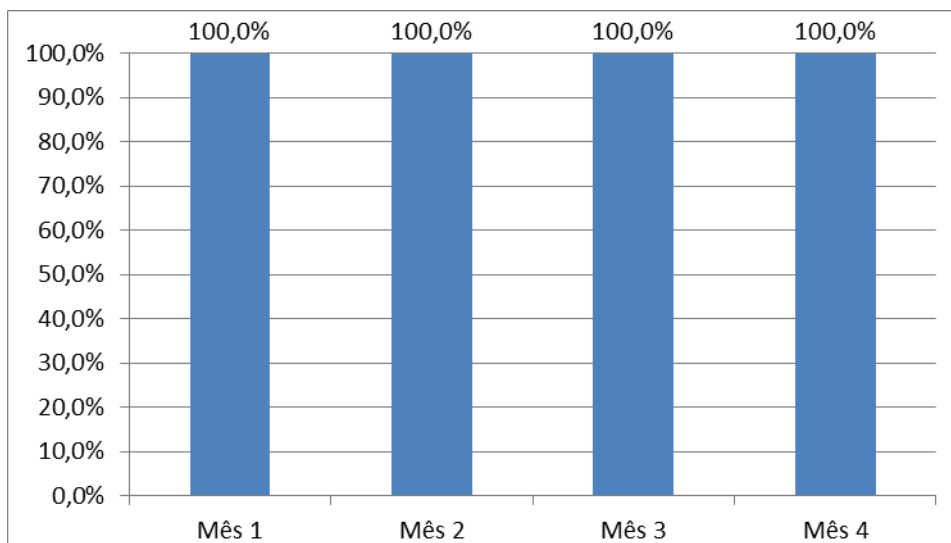


Figura 14 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.  
Unidade Básica de Saúde Nova e Timbaúva, São Nicolau, RS.

### **Relativos ao objetivo 6: Trabalhar com a promoção da saúde.**

**Meta 6.1:** Garantir avaliação odontológica a 100% dos pacientes hipertensos.

**Indicador 6.1:** Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

Não foi possível alcançar a meta desejada. Dos 120 usuários hipertensos atendidos foi garantida a avaliação odontológica para 93 usuários (77,5%). A demanda de usuários para esta área de atendimento é grande na unidade de saúde. Em virtude disso, a gestão está pensando em criar uma nova equipe de saúde bucal para sanar dificuldades como estas.

Devido à grande demanda, a equipe de saúde bucal tem ficado constantemente sobrecarregada com os diversos atendimentos, somados a uma falta de sistematização da assistência e de pouca organização da agenda de atendimento. No entanto, apesar das dificuldades com alcance dessa meta, conseguimos que o serviço de saúde bucal implantasse uma agenda de atendimento na qual a atenção ao usuário com HAS e DM fossem compreendidos.

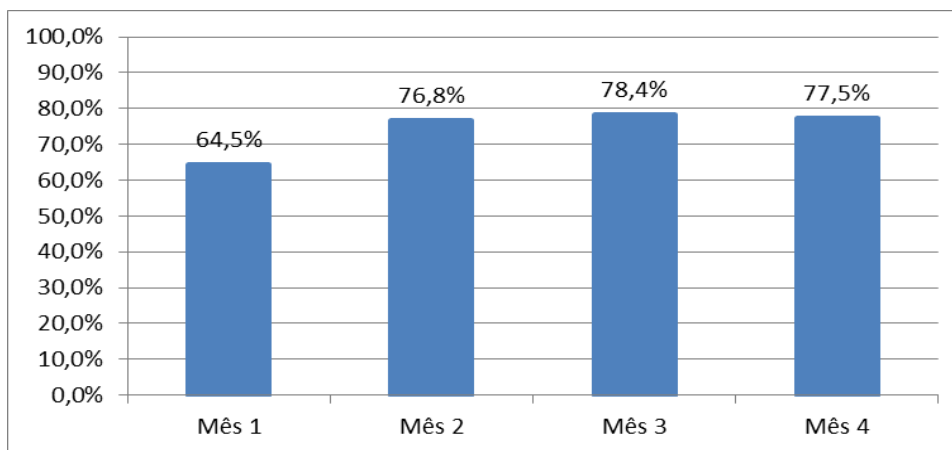


Figura 15 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

Unidade Básica de Saúde Nova e Timbaúva, São Nicolau, RS.

**Meta 6.2:** Garantir avaliação odontológica a 100% dos pacientes diabéticos.

**Indicador 6.2:** Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.

Usuários diabéticos necessitam de cuidados odontológicos, curativos e preventivos para erradicação de focos infecciosos e manutenção da saúde bucal. Dos 26 usuários diabéticos atendidos em consultas, 20 (76,9%) conseguiram realizar avaliação odontológica ao final do quarto mês de intervenção. Não foi possível alcançar a meta pactuada, mas observando os atendimentos durante os 04 meses nós podemos ver que houve oscilações no período. No segundo mês, proporcionalmente, houve mais atendimentos odontológicos.

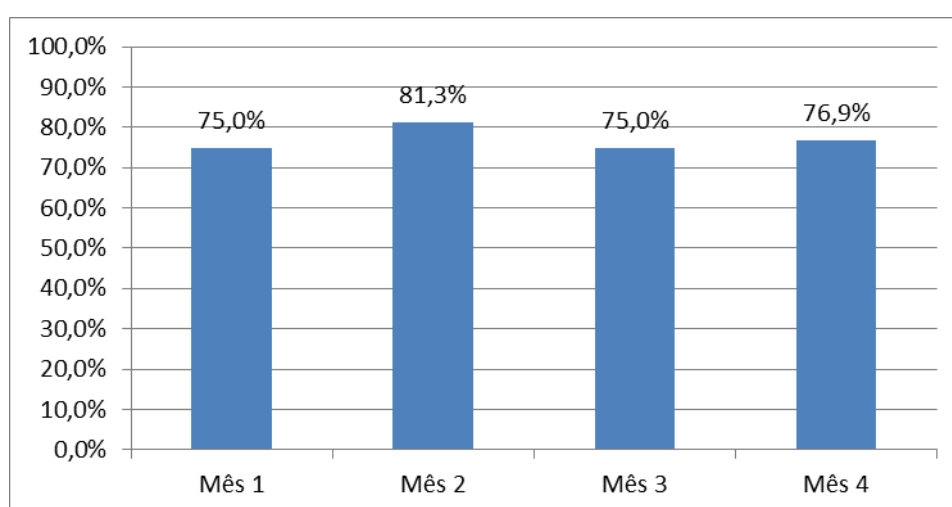


Figura 16 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com avaliação odontológica.

Unidade Básica de Saúde Nova e Timbaúva, São Nicolau, RS.



**Meta 6.3:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Indicador 6.3:** Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Dos 120 usuários hipertensos que realizaram consultas, todos obtiveram orientação nutricional sobre alimentação saudável, cumprindo a meta pactuada.

Houve a garantia de orientação nutricional sobre alimentação saudável para 100% dos pacientes, durante os quatro meses. Para o serviço de saúde isto significa missão cumprida e ação incorporada ao serviço com grande êxito.

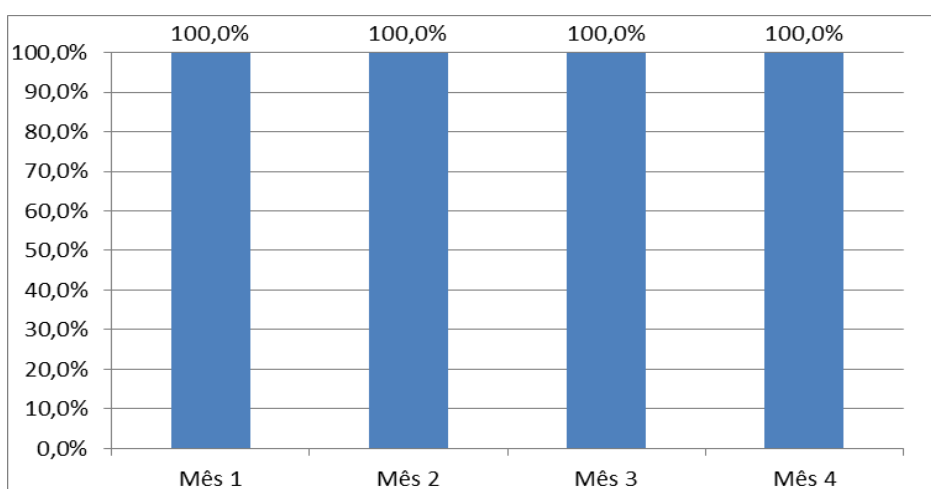


Figura 17 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Unidade Básica de Saúde Nova e Timbaúva, São Nicolau, RS.

**Meta 6.4:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Indicador 6.4:** Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

A meta pactuada foi cumprida obedecendo à porcentagem estabelecida em 100%. Foi garantida orientação nutricional sobre alimentação saudável aos 26 diabéticos atendidos no programa. A incorporação desta ação foi de grande importância para o usuário e para o serviço.

As ações como diálogo entre o profissional de saúde e o usuário, além da presença de material informativo impresso influenciaram positivamente no indicador.

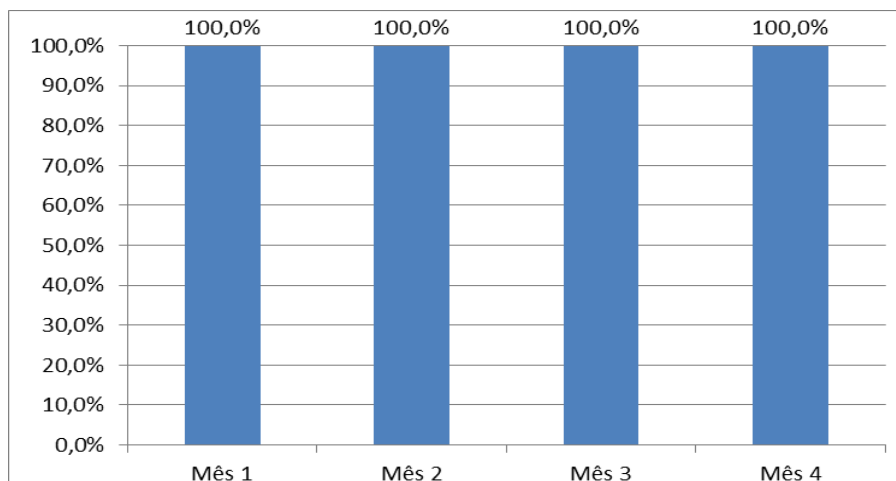


Figura 18 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Unidade Básica de Saúde Nova e Timbaúva, São Nicolau, RS.

**Meta 6.5:** Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes hipertensos.

**Indicador 6.5:** Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular.

A meta foi alcançada integralmente, devido a algumas ações realizadas durante a intervenção, como diálogo, exposição de material educativo e material impresso para realização de leitura em domicílio. Dos 120 usuários hipertensos, todos receberam orientação em relação à prática de atividade física e sua importância para a manutenção da saúde. Nos quatro meses foi mantida a mesma proporção.

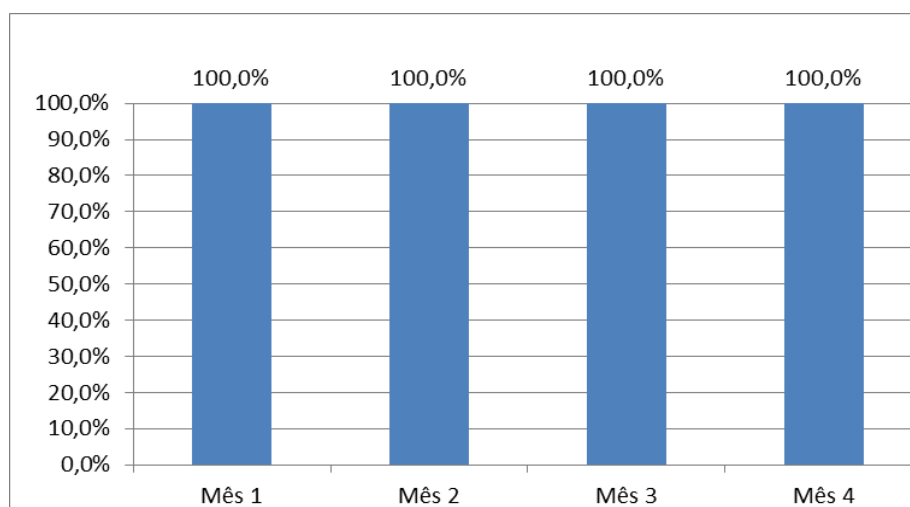


Figura 19 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Unidade Básica de Saúde Nova e Timbaúva, São Nicolau, RS.

**Meta 6.6:** Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes diabéticos.

**Indicador 6.6:** Proporção de diabéticos com orientação sobre prática de atividade física regular.

Os 26 usuários diabéticos receberam orientação sobre a prática de atividade física, totalizando 100%. Manteve-se um mesmo padrão no indicador durante os quatro meses e a meta foi alcançada com sucesso.

A equipe acredita que as orientações feitas de forma dialogada com o usuário, causam impacto no dia-a-dia de cada um e também no serviço. O aumento visualizado do dia-a-dia de pessoas realizando caminhada ao ar livre deixa-nos satisfeitos ao observar que eles colocaram em prática a ação proposta, influenciando positivamente no resultado encontrado.

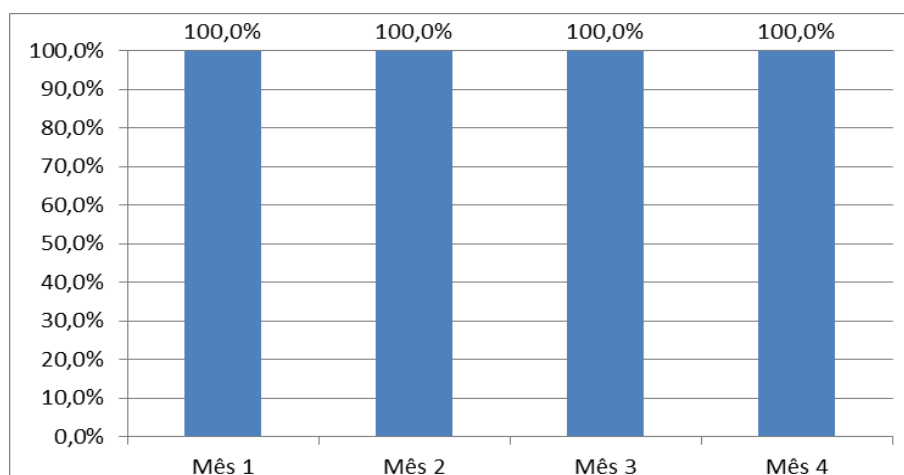


Figura 20 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular. Unidade Básica de Saúde Nova e Timbaúva, São Nicolau, RS.

**Meta 6.7:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

**Indicador 6.7:** Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Foi possível alcançar a meta pactuada ao final dos quatro meses de intervenção do projeto, ou seja, 100% dos hipertensos cadastrados no programa foram orientados sobre os riscos do tabagismo.

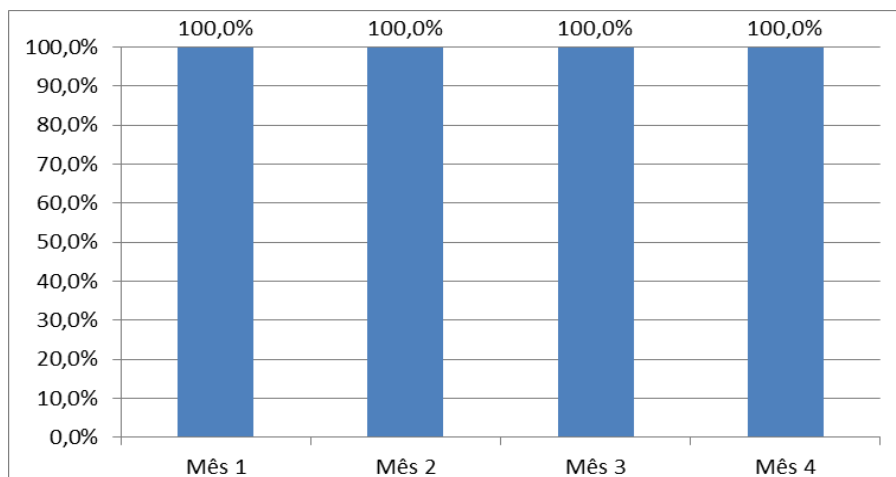


Figura 21 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Unidade Básica de Saúde Nova e Timbaúva, São Nicolau, RS.

**Meta 6.8:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabético.

**Indicador 6.8:** Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Esta meta também foi alcançada com êxito. Os 26 usuários diabéticos atendidos durante os quatro meses de intervenção receberam orientações sobre o risco do tabagismo, mantendo o mesmo padrão de orientação durante o período. Os usuários receberam essa orientação de forma dialogada e em forma de panfletos para melhor fixação das informações, influenciando positivamente no indicador e no serviço.

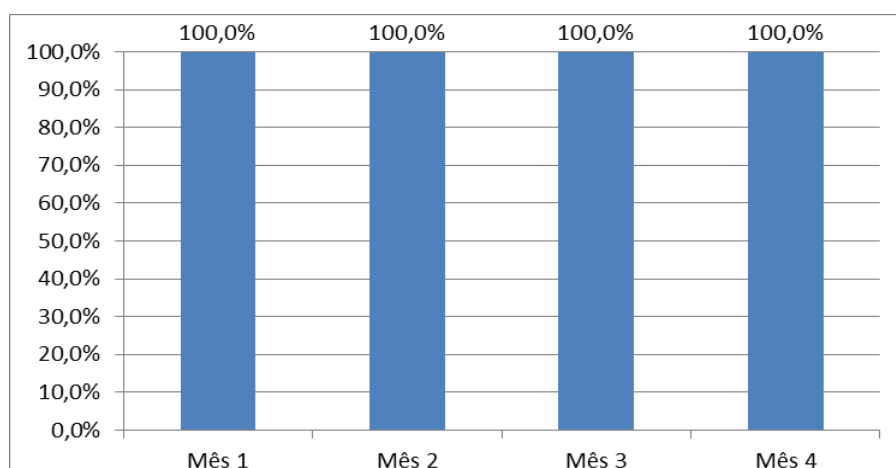


Figura 22 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Unidade Básica de Saúde Nova e Timbaúva, São Nicolau, RS.

## 4.2 Discussão

A intervenção realizada na unidade básica de saúde, abrangendo as duas ESFs, teve como objetivo melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção, com destaque para o atendimento mais focalizado nestes usuários, acompanhamento individual, ampliação da solicitação de exames complementares para controle desse tipo de doença e a classificação de risco de ambos os grupos, visando verificar o período das consultas a ser realizada, conforme o protocolo adotado. Dando também muita importância às orientações sobre nutrição, atividade física, tabagismo e saúde bucal.

A intervenção exigiu que, primeiramente, a equipe adquirisse conhecimentos sobre os protocolos, conforme as recomendações do Ministério da Saúde, relativas ao cadastramento, rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e do Diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado das médicas, das enfermeiras, dos Agentes comunitários de Saúde, da recepção e da gestão.

Uma das enfermeiras da unidade de saúde foi a responsável pela maioria das ações: cadastramento no programa; consulta clínica; registro das ações e acompanhamento das atividades de orientações e os grupos de prevenção. Os médicos ficaram com as atribuições de divulgar o programa; apoiar na consulta clínica e nas condutas a serem tomadas, principalmente nos usuários com alto risco. Os Agentes Comunitários de Saúde ficaram com a busca de usuários hipertensos e diabéticos, compondo as listas com o nome, telefone, endereço e a divulgação das ações do programa na comunidade.

A equipe da recepção da unidade de saúde se responsabilizou pela captação e cadastramento de usuários hipertensos e/ou diabéticos, divulgação do programa de atenção a esses usuários e encaminhamento dos usuários ao programa. A gestão desenvolveu ações como divulgação, compra de material solicitado e acompanhamento de atividades desenvolvidas.

As ações desenvolvidas por todos os profissionais tiveram impactos no serviço, tais como: diminuição da demanda de usuários com pressão arterial descontrolada; os idosos comparecem com menor frequência na UBS, somente quando necessitam de atendimento de urgência ou agendamento de consultas de

rotina. Assim, percebe-se que a demanda está mais organizada na unidade. A procura no serviço de saúde pelo programa de Atenção ao hipertenso e ao diabético aumentou a cada dia; o grupo de caminhada e o de grupo de tabagismo, já implantados na unidade de saúde, ganhou mais integrantes e houve maior cadastramento de hipertensos e diabéticos pelos ACS.

As atividades de atenção à Hipertensão e ao Diabetes antes da implantação da intervenção eram direcionadas ao médico. A intervenção surgiu com o intuito de proporcionar um atendimento mais direcionado aos usuários deste grupo distribuindo ações a um maior número de pessoas da equipe, ou seja, favorecendo o cuidado multiprofissional. O agendamento exclusivo aos Hipertensos e Diabéticos proporcionou para o serviço a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea.

A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido crucial para apoiar o atendimento dos mesmos. O desenvolvimento das ações permitiu a organização do cuidado continuado ao usuário portador de HAS e DM, identificando a vulnerabilidade do indivíduo a outros problemas de saúde, como também para além do processo saúde-doença. Ao mesmo tempo, promoveu uma maior aproximação dos usuários com o serviço e com os profissionais de saúde. As ações já realizadas pelo Programa de Atenção aos Hipertensos e Diabéticos já são bastante percebidas pela comunidade. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade e direcionamento no atendimento.

Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos hipertensos e diabéticos sem cobertura. A divulgação à comunidade através do programa de rádio da prefeitura municipal e no dia-a-dia pelos profissionais de saúde e pelos próprios usuários trouxe um grande impacto para a comunidade, que aumentou a procura pelo programa de atenção aos hipertensos e diabéticos.

Com tantos pontos positivos conquistados durante quatro meses de intervenção ao serviço de saúde, a gestão deu total apoio para que a intervenção seja incorporada à rotina do serviço. Assim, para incrementar mais as ações da intervenção pretende-se envolver um número maior de profissionais da saúde, tais como nutricionista, educador físico e técnicos de enfermagem.

Para tornar o programa ainda mais atrativo a equipe vai buscar mais parcerias intersetoriais e o engajamento de mais profissionais da própria equipe para dar um maior apoio ao programa, principalmente para aumentar a cobertura.

### 4.3 Relatório para o Gestor

Caro gestor do Município de São Nicolau, vimos informar sobre as atividades realizadas durante o período de quatro meses (16 semanas) de intervenção para a melhoria do Programa de Assistência ao Hipertenso e ao Diabético da Unidade Básica de Saúde Unidade Nova e Timbaúva.

Informamos que o Programa foi bem aceito pela comunidade e trouxe vários pontos positivos para a Unidade de Saúde e principalmente para o usuário. A demanda de usuário com pressão arterial descontrolada diminuiu; a demanda está mais organizada, uma vez que os idosos comparecem com menor frequência na UBS, somente quando necessitam de atendimento de urgência ou agendamento de consultas de rotina; houve aumento na procura pelo Programa de Atenção ao hipertenso e diabético, ou seja, percebemos uma maior busca de atendimentos pela equipe do programa, maior participação no grupo de caminhada e no de grupo de tabagismo já implantados na unidade de saúde; e, ainda, houve ainda maior cadastramento de hipertensos e diabéticos pelos ACS.

Antes da intervenção, as ações de atenção à Hipertensão e ao Diabetes eram focalizadas somente na equipe médica. Com a intervenção foram atribuídas responsabilidades e ações para um maior número de pessoas da equipe, ou seja, o usuário é atendido de forma multiprofissional e integral. Vale salientar que a enfermeira da unidade de saúde teve papel fundamental por dar início à implantação desta intervenção.

Os objetivos estabelecidos no projeto implantado há 16 semanas na Unidade de Saúde tais como: ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos; melhorar a adesão do hipertenso e do diabético ao programa; melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e diabético realizado na unidade de saúde, bem como o registro das informações destes usuários; mapeamento dos hipertensos e diabéticos com risco para doença cardiovascular; e a promoção da saúde foram alcançados com sucesso.

O apoio da gestão foi muito importante para conseguirmos êxito durante a realização das ações. Deste modo, agradecemos por termos nos proporcionado condições para que esta intervenção acontecesse. Obrigada pela a confiança depositada na equipe responsável; pela garantia da agilidade para a realização dos

exames complementares definidos no protocolo; pela disponibilização do material adequado para a aferição da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e para a realização do hemoglicoteste na unidade de saúde; pela compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo"; pelo espaço garantido na programação da secretaria da saúde para a realização do engajamento público.

É importante destacar que a gestão pode contribuir ainda mais para conseguirmos qualificar ainda mais o serviço e implementar mais o programa. Precisamos de parcerias institucionais para envolver nutricionistas e educadores físicos nesta atividade; organizar práticas coletivas para orientação de atividade física; buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade e o engajamento nas ações de promoção da saúde.

Busco, juntamente à gestão, o apoio para darmos continuidade às ações do programa nesta unidade de saúde, bem como expandirmos as ações para as demais unidades de saúde do município.

Agradecemos pelo incentivo recebido e desde já colocamo-nos à disposição para qualquer esclarecimento.

#### **4.4 Relatório para a Comunidade**

Senhores usuários, viemos falar para a comunidade sobre um pouco do trabalho que a Unidade Saúde da Família Timbaúva e Unidade Nova realizaram, ao longo de 16 semanas, no atendimento às pessoas com pressão alta, ou seja, aquelas que possuem hipertensão e também as que possuem diabetes. Ao longo desse período, nós conseguimos cadastrar cerca de 120 pessoas com hipertensão, que corresponde a 22,4% do total dos usuários e 26 diabéticos, que corresponde a 15,5%, mas ainda precisamos melhorar estes valores e alcançar aqueles que ainda não se cadastraram no programa.

Durante o andamento do programa, melhoramos o registro das informações; expandimos o cadastramento para melhor realizar o acompanhamento; abordamos, durante as orientações, a importância das consultas e exames em dia; orientamos quanto à forma de conseguir os medicamentos na farmácia popular; como participar do grupo de atividade física e tabagismo. Também abordamos sobre a orientação



nutricional, atividade física, tabagismo e como realizar encaminhamento para o dentista, entre outras. Os usuários tiveram um acolhimento direcionado.

A organização desse programa ficou da seguinte maneira: o Agente Comunitário de Saúde está sendo responsável em anotar o nome e o telefone dos usuários com hipertensão e/ou diabetes para podermos entrar em contato com cada um e orientar sobre o programa e os dias de atendimento. Na consulta a enfermeira faz o cadastramento dos usuários no programa, onde esses registros ficam arquivados na unidade para poder acompanhar esses usuários. Na consulta o usuário é avaliado sobre vários itens e orientado sobre alimentação saudável, atividade física e tabagismo. Também são solicitados exames de controle da hipertensão e diabetes para os usuários que não estão em dia com seus exames. Se a enfermeira, depois da consulta, achar que é necessário encaminhar para uma avaliação médica, também é agendado uma consulta médica.

Dentre alguns resultados alcançados durante esses quatro meses, conseguimos ampliar a cobertura dos Hipertensos e Diabéticos, melhorar a adesão do hipertenso e diabético ao programa.

Agradecemos a colaboração da comunidade pela participação e engajamento ao programa. É muito importante a participação de cada um na busca de informações para a prevenção de novos agravos que possam vir a acontecer.

Queremos informar à comunidade que o programa é direcionado exclusivamente para aqueles que encontram com essas duas doenças, mas devemos lembrar-lhes da importância da família para o controle e prevenção de complicações. Assim, deixo o convite para que todos possam vir e participar.

## **5 Reflexão crítica sobre o seu processo pessoal de aprendizagem**

O trabalho que realizei durante toda essa especialização alcançou minhas expectativas. Olhando a trajetória percorrida durante todo o curso, desde a Unidade de Ambientação até o presente momento, reconheço que junto com a equipe que integra o cenário do serviço na unidade de saúde, nós conseguimos avançar no caminho de que a Educação em Saúde e a Atenção Básica estão unidas, requerendo conhecimento e ações sólidas entre profissionais de saúde e usuários envolvidos, para que se possa qualificar, constantemente, a saúde da nossa unidade e prestar atendimento direcionado à prevenção de outros agravos em saúde.

O curso trouxe para mim um conjunto de atividades que visam à aquisição de conhecimento, capacidade, atitudes e formas de comportamentos exigidos para o exercício da minha profissão, voltadas para a aquisição de competências profissionais.

A partir destas vivências é que se constrói o profissional habilitado a agir na sociedade através do desempenho de funções e de ações que visam atender tanto aos desejos e necessidades internas, quanto às expectativas sociais que se vinculam ao seu papel.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus***. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 102p. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 192p. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcdad19.pdf>>. Acesso em: 09 fev. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 273p. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/caderno\\_33.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf)>. Acesso em 04 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 160p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_diabetes\\_mellitus\\_cab36.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf)>. Acesso em 15 fev. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 128p. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_37.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf)>. Acesso em 15 fev. 2014.

CARVALHO, V. A. S. **Uma realidade oculta e silenciosa: Casa de Caridade de Muriaé - Hospital São Paulo Análise Documental sobre a Violência Contra o Idoso**. Muriaé. 2010. 81p. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/ea000868.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2014.

IBGE. **Censo demográfico 2010**. Brasil, 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431920>>. Acesso em: 12 abr. 2014.

LOBATO, A.T.G. **Serviço Social e envelhecimento**: perspectiva de trabalho do Assistente Social na área da saúde. Saúde e Serviço Social. Rio de Janeiro: UERJ, 2004. p. 135-149. *apud* CARVALHO, V. A. S. **Uma realidade oculta e silenciosa**: Casa de Caridade de Muriaé - Hospital São Paulo Análise Documental sobre a Violência Contra o Idoso. Muriaé. 2010. 81p. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/ea000868.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG. Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição Sudeste II. **Dez passos para alimentação saudável para pessoas com HAS**. Belo Horizonte: [s.n.],2012a.

\_\_\_\_\_. Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição Sudeste II. **Dez passos para alimentação saudável para pessoas com DM**. Belo Horizonte: [s.n.],2012b.

## **Anexos**





## **Anexo C – Dez passos para uma alimentação saudável para pessoas com HAS**

**1. Procure usar o mínimo de sal** no preparo dos alimentos.

Recomenda-se para indivíduos hipertensos 4 g de sal por dia (uma colher de chá), considerando todas as refeições.

**2. Para não exagerar** no consumo de sal, evite deixar o saleiro na mesa. A comida já contém o sal necessário!

**3. Leia sempre o rótulo** dos alimentos verificando a quantidade de sódio presente (limite diário: 2.000 mg de sódio).

**4. Prefira temperos naturais** como alho, cebola, limão, cebolinha, salsinha, açafrão, orégano, manjeriço, coentro, cominho, páprica, sálvia, entre outros.

Evite o uso de temperos prontos, como caldos de carnes e de legumes, e sopas industrializadas. Atenção também para o aditivo glutamato monossódico, utilizado em alguns condimentos e nas sopas industrializadas, pois esses alimentos, em geral, contêm muito sódio.

**5. Alimentos industrializados** como embutidos (salsicha, salame, presunto, lingüiça e bife de hambúrguer), enlatados (milho, palmito, ervilha etc.), molhos (ketchup, mostarda, maionese etc.) e carnes salgadas (bacalhau, charque, carne seca e defumados) devem ser evitados, porque são ricos em gordura e sal.

**6. Diminua o consumo de gordura.** Use óleo vegetal com moderação e dê preferência aos alimentos cozidos, assados e/ou grelhados.

**7. Procure evitar a ingestão** excessiva de bebidas alcoólicas e o uso de cigarros, pois eles contribuem para a elevação da pressão arterial.

**8. Consuma diariamente** pelo menos três porções de frutas e hortaliças (uma porção = 1 laranja média, 1 maçã média ou 1 fatia média de abacaxi). Dê preferência a alimentos integrais como pães, cereais e massas, pois são ricos em fibras, vitaminas e minerais.

**9. Procure fazer atividade física** com orientação de um profissional capacitado.

**10. Mantenha o seu peso saudável.** O excesso de peso contribui para o desenvolvimento da hipertensão arterial.



## **Anexo D - Dez passos para uma alimentação saudável para pessoas com DM**

1. Realize 5 a 6 refeições diárias, evitando “beliscar” alimentos entre as refeições e permanecer longos períodos sem se alimentar.

2. Evite o consumo de alimentos ricos em açúcar, como doces, sorvetes, biscoitos recheados, sucos em pó e balas, preferindo aqueles sem açúcar como os *diet*, zero ou *light*. Utilize adoçante em substituição ao açúcar, em quantidades moderadas! Leia os rótulos dos alimentos para verificar se eles possuem açúcar.

3. Evite o consumo excessivo de alimentos ricos em carboidratos complexos como pães, bolos, biscoitos, arroz, macarrão, angu, mandioca, cará, batata e farinhas, preferindo os integrais. O ideal é consumir seis porções diárias (uma porção = 1 pão francês ou 2 fatias de pão de forma ou 4 colheres de sopa de arroz).

4. Consuma diariamente verduras (alface, almeirão, couve etc.) e legumes (cenoura, pepino, tomate, abobrinha etc.), preferencialmente crus. Recomenda-se ingerir, pelo menos, três porções diárias (uma porção de verduras = 3 colheres de sopa; e de legumes = 2 colheres de sopa). Lembre-se: legumes como batata, mandioca e cará não são recomendados.

5. Consuma frutas diariamente. O ideal são três porções diárias (uma porção = 1 maçã média ou 1 banana ou 1 fatia média de mamão ou 1 laranja média). Para evitar o aumento da glicemia, prefira consumir as frutas acompanhadas com leite, aveia, linhaça, granola *diet* ou como sobremesa após as refeições, sendo preferencialmente com casca ou bagaço, por possuírem maiores quantidades de fibras.

6. Evite consumir alimentos ricos em sal como embutidos (presunto, salame e salsicha), temperos prontos (caldos de carnes e de legumes) e alimentos industrializados (azeitonas, enlatados, *chips*, sopas e molhos prontos etc.). Prefira temperos naturais como alho e ervas aromáticas. Use pouco sal para cozinhar.

7. Diminua o consumo de alimentos ricos em gordura (frituras; carnes como pernil, picanha, maçã de peito, costela, asa de frango, lingüiça, suã etc.; leite integral; queijos amarelos; salgados e manteiga). Prefira leite semidesnatado ou desnatado e carnes magras (músculo, acém, lombo etc.).

8. Consuma peixe, assados e cozidos pelo menos, uma vez por semana.

9. Reduza a quantidade de óleo utilizado na preparação dos alimentos e evite o uso da banha de porco. Prefira alimentos cozidos, assados e preparados com pouco óleo.

10. Pratique atividade física regularmente, sob a supervisão de um profissional capacitado, mas realize um lanche 30 minutos antes para ter energia suficiente para realizar o exercício.

Fonte: UFMG, 2012b.

## Anexo E - Folha de Aprovação do Comitê de Ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª

Profª Ana Cláudia Gastal Fassa

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

Prezada Pesquisadora;

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

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

## **Apêndice**

