

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma nº 5**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários portadores de Hipertensão Arterial  
Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da UBS/ESF Campos Da Serra, Caxias do  
Sul/RS**

**Fiolangel De La Cruz Roble**

**Pelotas, 2015**

**FIOLANGEL DE LA CRUZ ROBLE**

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários portadores de Hipertensão Arterial  
Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da UBS/ESF Campos Da Serra, Caxias do  
Sul/RS**

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

Orientador: Glebson Moura Silva

Pelotas, 2015

R666m Roble, Fiolangel de la Cruz

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da UBS/ESF Campos da Serra, Caxias do Sul/RS / Fiolangel de la Cruz Roble; Glebson Moura Silva, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

92 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Silva, Glebson Moura, orient. II. Título

CDD : 362.14

## **Agradecimentos**

A realização deste trabalho só foi possível graças à colaboração de muitas pessoas:

Meus colegas do curso de especialização Saúde da Família, agradeço pelas trocas de experiências.

Aos meus colegas de trabalho pela cumplicidade ao longo da jornada. Sempre com muito respeito, ética e compromisso.

A meu Orientador, Glebson Moura Silva, pela disponibilidade, compromisso e incentivo.

À Universidade Federal de Pelotas pela oportunidade de realizar este curso.

## Resumo

ROBLE, Fiolangel De La Cruz. **Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus da UBS/ESF Campos da Serra, Caxias do Sul/RS**. 2015. 90f. Trabalho de Conclusão de Especialização em Saúde da Família - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

As Doenças Crônico-Degenerativas têm assumido importância cada vez maior no elenco de ações programáticas típicas da ação básica em função da modificação da pirâmide populacional e do estilo de vida que levam a estas doenças. A Unidade Básica de Saúde Campo da Serra, está localizada na periferia de Caxias do Sul, na área urbana, com uma população de abrangência de 4760 habitantes, onde a principal causa de atendimento a adultos está associada à hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, com inúmeros usuários incapacitados e acamados, que sofrem as consequências destas doenças. Por isso a certeza em trabalhar este tema sabendo que são situações que poderiam ser evitadas e que não precisariam de tantos recursos para ser prevenidas, só com ações de promoção e prevenção, mantendo as doenças sob controle por meio da conscientização da população. O objetivo desta intervenção foi Melhorar a Atenção à Saúde dos usuários Hipertensos e/ou Diabéticos da área de abrangência, realizada num período de 12 semanas, entre fevereiro e maio de 2015. Os usuários priorizados formaram um universo de 724 hipertensos e 179 diabéticos, sem dados de cobertura, pois não existiam informações que permitissem fazer uma avaliação do desenvolvimento desta ação programática, uma vez que a Unidade era recém-inaugurada. Com o objetivo de qualificar o programa de atenção aos diabéticos e/ou hipertensos foi planejado e desenvolvido uma intervenção baseada em quatro eixos de: organização e gestão do serviço, engajamento público, monitoramento e avaliação, e qualificação da prática clínica; que visou ampliar a cobertura de atendimento clínico dos usuários diabéticos e hipertensos, aprimorar a adesão ao programa, aperfeiçoar a qualidade do programa, melhorar os registros das informações, promover e prever sua saúde, assim como as ações de prevenção de riscos cardiovascular e outras complicações. Este trabalho permitiu o desenvolvimento de cadastramento, busca ativa de faltosos, visitas domiciliares, atendimento clínico e odontológico e avaliação dos riscos cardiovasculares. Assim, mesmo com o trabalho da equipe e comunidade não foi possível atingir a meta de cobertura proposta (50%), mas foram alcançados 24,6% (178) de cobertura para hipertensos e 31,8% (57) para diabéticos, com melhorias significativas nos registros, atualização dos prontuários, adesão dos tratamentos, ampliação da cobertura, avaliação clínica, ações de promoção e agendamento das consultas de clínica geral. Portanto, com os resultados obtidos na intervenção, as ações desenvolvidas na UBS ficaram incorporadas na rotina do serviço com mudanças no atendimento dos usuários na atenção primária à saúde.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico indicativo da Proporção de Cobertura do programa de Atenção ao Hipertenso, Fonte Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.	48
Figura 2	Gráfico indicativo da Proporção de Cobertura do programa de Atenção ao Diabético, Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.	49
Figura 3	Gráfico indicativo da Proporção de Hipertensos com exame clínico em dia, Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.	51
Figura 4	Gráfico indicativo da Proporção de Diabéticos com exame clínico em dia, Fonte Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.	52
Figura 5	Gráfico indicativo da Proporção de Hipertensos com exames complementares em dia, Fonte Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.	53
Figura 6	Gráfico indicativo da Proporção de diabéticos com exames complementares em dia, Fonte Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.	55
Figura 7	Gráfico indicativo da Proporção de Hipertensos com prescrição de medicamentos de Farmácia Popular-HIPERDIA priorizada, Fonte Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.	56
Figura 8	Gráfico indicativo da Proporção de Diabéticos com prescrição de medicamentos de Farmácia Popular-HIPERDIA priorizada, Fonte Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.	57
Figura 9	Gráfico indicativo da Proporção de Hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento Odontológico, Fonte Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.	59
Figura 10	Gráfico indicativo da Proporção de Hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento Odontológico, Fonte Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.	61
Figura 11	Gráfico indicativo da Proporção de Hipertensos faltosos as consultas com busca ativa, Fonte Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.	63

Figura 12	Gráfico indicativo da Proporção de Diabéticos faltosos as consultas com busca ativa, Fonte Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.	64
Figura 13	Gráfico indicativo da Proporção de Hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento, Fonte Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.	65
Figura 14	Gráfico indicativo da Proporção de Diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, Fonte Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.	66
Figura 15	Gráfico indicativo da Proporção de Hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, Fonte Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.	67
Figura 16	Gráfico indicativo da Proporção de Diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, Fonte Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.	68
Figura 17	Gráfico indicativo da Proporção de Hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação Saudável, Fonte Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.	69
Figura 18	Gráfico indicativo da Proporção de Diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação Saudável, Fonte Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.	70
Figura 19	Gráfico indicativo da Proporção de Hipertensos com orientação sobre pratica de atividade Física, Fonte Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.	72
Figura 20	Gráfico indicativo da Proporção de Diabéticos com orientação sobre pratica de atividade Física, Fonte Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.	73
Figura 21	Gráfico indicativo da Proporção de Hipertensos com orientação sobre riscos do tabagismo, Fonte Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.	74
Figura 22	Gráfico indicativo da Proporção de Diabéticos com orientação sobre riscos do tabagismo, Fonte Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.	75

- Figura 23 Gráfico indicativo da Proporção de Hipertensos com orientação sobre Higiene Bucal, Fonte Planilha Final da Coleta de Dados, 2014. 76
- Figura 24 Gráfico indicativo da Proporção de Diabéticos com orientação sobre Higiene Bucal, Fonte Planilha Final da Coleta de Dados, 2014. 77



## Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitária de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
EAD	Ensino à distância
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SAMU	Serviço de atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISCOLO	Sistema de Informação do câncer de colo de útero
SISMAMA	Sistema de Informação do câncer de mama
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UPA	Unidade de pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito

## Sumário

Apresentação .....	10
1 Análise Situacional .....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo do texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .	19
2 Análise Estratégica .....	21
2.1 Justificativa .....	21
2.2 Objetivos e metas .....	22
2.2.1 Objetivo geral .....	22
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	22
2.3 Metodologia .....	24
2.3.1 Detalhamento das ações .....	24
2.3.2 Indicadores.....	34
2.3.3 Logística.....	40
2.3.4 Cronograma .....	43
3 Relatório da Intervenção.....	44
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	44
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	45
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	45
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	46
4 Avaliação da intervenção.....	47
4.1 Resultados .....	47
4.2 Discussão.....	77
5 Relatório da intervenção para gestores.....	80
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	82
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	83
Referências .....	85
Anexos .....	88

## **Apresentação**

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família modalidade à distância da Universidade Aberta do SUS- UNASUS / Universidade Federal de Pelotas – UFPEL (EAD UFPEL) é o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as Unidades de Ensino que integram o Projeto Pedagógico do curso. Realizada na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Campos da Serra, localizada no município de Caxias do Sul, estado Rio Grande do Sul, que visou qualificar o programa de atenção ao Hipertenso e/ou Diabético. Dessa forma, o presente trabalho está estruturado em cinco seções:

A primeira é a Análise Situacional, que inclui o diagnóstico da Unidade de Saúde, de acordo com estrutura, processo e resultado; a segunda é a Análise Estratégica que abarca o planejamento da intervenção, com foco na organização e gestão do serviço, engajamento público, monitoramento e avaliação, e a qualificação da prática clínica com objetivos, metas e indicadores claramente definidos na confecção do projeto; a terceira seção é o Relatório da Intervenção onde se expõe todas as atividades realizadas referentes ao foco da intervenção, as dificuldades encontradas e as mudanças que foram realizadas na prática em relação ao projeto; a quarta é a Avaliação dos Resultados da Intervenção que informa o que a equipe, UBS e a comunidade conseguiram com a intervenção; a quinta é o Relatório de intervenção para os gestores, onde informamos o que aconteceu durante nossa intervenção e como aporta significativamente ao município, estado e país; a sexta parte é o Relatório de intervenção para a comunidade onde se oferece informação aos usuários sobre o trabalho que foi desenvolvido e a vantagem para a comunidade; e, a sétima parte é a Reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem, expõe como o curso foi de utilidade para melhorar conhecimento tanto prático como teórico, repercutindo na melhoria da organização do trabalho na UBS. Na finalização do volume, constam as Referências Bibliográficas, os Anexos e Apêndices utilizados durante a intervenção.

## **1 Análise Situacional**

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

A UBS Campos da Serra está localizada na periferia de Caxias do Sul/RS, é uma UBS com ESF, de fácil acesso. A estrutura física está construída segundo padrão vigente do Ministério de Saúde, é uma UBS nova inaugurada em 2014, portanto não existiam informações antigas que permitiram fazer uma avaliação do desenvolvimento das ações programática, a equipe fazia acompanhamento a usuários Hipertensos e Diabéticos, mais sem registro quantitativo que pudesse avaliar cobertura, pois a UBS, há pouco recebeu o código, e a partir do qual é registrado no sistema todas as atividades da UBS. A equipe está formada por: 2 enfermeiras, 04 técnicas de enfermagem, 1 dentista, 2 clínicos gerais, 1 assistente de dentista, 1 gerente e 1 assistente social.

São desenvolvidas as ações programáticas: Pré-natal, saúde da criança, hipertensão e/ou diabetes, saúde da mulher e atenção aos idosos. A estrutura é boa, porém falta acolhimento, condições de acesso às pessoas portadoras de necessidades especiais, estruturação interior com melhor distribuição da área e painéis de localização. Isso vai ao encontro da concepção arquitetônica da UBS para que se integre ao entorno, de acordo com os valores da comunidade local, acesso facilitado e identificação visível. Deve-se considerar que além do trabalho dentro da UBS, atendimento tem atividades extras exercidas como visitas domiciliares, reuniões com a comunidade e outras, o que reforça o compartilhamento dos consultórios e demais espaços físicos da unidade.

A situação que eu vejo é que a comunidade ainda precisa ser vista como parte da estrutura da UBS, portanto, o trabalho a ser feito deve ser forte para empreender a tarefa de alcançar ainda mais a participação dos líderes comunidade no trabalho de saúde da comunidade adscrita à UBS. Por enquanto a equipe de saúde vai fazendo as atividades para fortalecer as relações com a comunidade.

Em conjunto com os líderes formais da comunidade estamos planejando ações conjuntas, a fim de conhecer e fortalecer os vínculos entre a UBS, sua equipe e aos membros da comunidade. Entendendo que a equipe da UBS é parte ativa da comunidade e pode ajudar a melhorar suas condições de vida e saúde.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

A história de Caxias do Sul começa quando a região era percorrida por tropeiros, ocupada por índios e chamada Campo dos Bugres. Em 1875, chegaram os primeiros imigrantes italianos em busca de um lugar melhor para viver. Dois anos após, a sede da colônia do Campo dos Bugres recebeu a denominação de Colônia de Caxias. No dia 20 de junho de 1890 foi então criado o Município, e a 24 de agosto do mesmo ano, foi efetivada a sua instalação. No dia 1º de junho de 1910, Caxias foi elevada à categoria de cidade e, neste mesmo dia, chegava o primeiro trem, ligando a região à capital do Estado. Vários ciclos econômicos marcaram a evolução de Caxias do Sul ao longo destes séculos: do cultivo da uva e do vinho ao segundo polo metalomecânico do Brasil. Junto com os imigrantes, outras etnias partilharam desse caminho. Aconteceram a miscigenação e a aculturação. Ao lado do lastro cultural itálico, convive a tradição gaúcha. A garra e determinação herdadas dos imigrantes são a marca do povo caxiense. A ele foi erguido, em 1954, o Monumento Nacional ao Imigrante, na cidade da Festa da Uva. “Somos uma nação de nações. É justo que se erguesse aqui esse marco memorável”, disse na ocasião da inauguração, o presidente Getúlio Vargas. Caxias do Sul tem uma extensão territorial de 1643,913 km<sup>2</sup>, uma população de 441.332 habitantes (IBGE, 2010).

Referente ao meio ambiente o município de Caxias do Sul está situado dentro do bioma da Mata Atlântica, com vegetação predominante de floresta ombrófila mista, conhecida como mata de araucária. A leste, norte e nordeste a floresta se intercala com áreas da vegetação rasteira dos Campos de Cima da Serra, que ocorrem em solos de pouca profundidade. A paisagem encontra-se bastante alterada devido ao manejo agrícola e industrial e à expansão da área urbana, havendo grande redução da presença da araucária. O clima de Caxias do Sul é temperado com verões amenos, invernos relativamente frios e geadas frequentes. Pode nevar nos meses mais frios, mas geralmente com pouca intensidade.

O Poder Executivo local é representado pelo prefeito municipal mais seus secretários, coordenadores e diretores de status equivalente. A administração é partilhada pelo prefeito com seus dez subprefeitos. A cidade é dividida em 65 bairros, 6 distritos rurais e 15 Regiões Administrativas. O governo municipal emprega o sistema do Orçamento Participativo, chamado na cidade de Orçamento Comunitário,

que convoca a população a se integrar às discussões e decisões a respeito da distribuição das verbas públicas.

A saúde em Caxias do Sul conta com 139 estabelecimentos de saúde, sendo 46 deles públicos e 17 privados, mas conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecimentos oferecem internação total, 89 ofereciam atendimento ambulatorial total (51 pelo SUS), 39 com atendimento odontológico, 12 com serviço de emergência e 3 com Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Os leitos disponíveis somavam 1.292. Os principais hospitais, todos com mais de cem leitos e especializações em várias áreas como pediatria, cirurgia, ginecologia-obstetrícia, psiquiatria, oncologia, medicina interna, neurologia, ortopedia e muitas outras, são o Hospital Nossa Senhora de Pompeia, o Hospital Geral Presidente Vargas, o Hospital Saúde, 148 o Hospital Virvi Ramos, o Hospital do Círculo Operário Caxiense, e o Hospital Unimed Caxias do Sul.

A cidade conta com 46 Unidades Básicas da Saúde, dessas só 19 possuem Estratégia da saúde da família (ESF), onde estão distribuídas num total de 33 equipes de ESF e 17 equipes de Saúde Bucal. Além destas, Caxias do Sul ainda dispõem de 18 UBS com Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

Os serviços prestados pelas Unidades Básicas da Saúde são:

- Consultas médicas em ginecologia-obstetrícia, clínica geral e pediatria;
- Tratamento odontológico (prioritariamente para gestantes e crianças). Está sendo implantado gradativamente o atendimento ao adulto.
- Programa Dente na Boca (aplicação de flúor, palestras, teatro, escovação aos alunos das escolas e encaminhamento para tratamento na UBS);
- Assistência pré-natal;
- Programa Acolhe o Bebê;
- Aleitamento Materno;
- Acompanhamento do desenvolvimento da criança;
- Acompanhamento de oxigenoterapia domiciliar.
- Acompanhamento Nutricional;
- Planejamento Familiar;
- Prevenção de câncer de mama e colo uterino;
- Coleta para exame citopatológico e teste do pezinho;

- Ações de educação em saúde (realização de palestras, grupos de orientação preventiva sobre diversas temáticas de saúde pública);
- Controle das Doenças Respiratórias e Diarreicas;
- Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS).
- Acompanhamento domiciliar de doentes crônicos;
- Vigilância das condições de saúde da população de sua área de abrangência;
- Vacinação;
- Nebulização;
- Medicamentos (Conforme lista básica definida por equipe multidisciplinar da Secretaria da Saúde);
- Verificação de sinais vitais;
- Curativos, aplicação de injeções (desde que se apresente receita médica), retirada de pontos, etc.
- Marcação de consultas especializadas e encaminhamento para serviços especializados;
- Acolhimento e Vinculação dos usuários a UBS;
- Planejamento, avaliação e controle das ações de saúde de acordo com a realidade da população atendida;
- Planejamento das ações de saúde junto à comunidade através dos Conselhos Local e Municipal de Saúde;
- Visita domiciliar dos agentes comunitários de saúde;
- Visita domiciliar de enfermeiros, assistentes sociais ou médicos quando necessário.

### **Caracterização Unidade Básica de Saúde Campo da Serra**

UBS Campos da Serra, onde atualmente trabalho está situada na periferia da Cidade de Caxias do Sul, tem Estratégia de Saúde da Família - ESF, depende de verba tanto da prefeitura como do ministério de saúde, com atendimento a usuários que dependem dos SUS em um 100%. Conta com uma equipe de profissionais formada por 2 clínicos gerais, 2 enfermeiras, 4 técnicas de enfermagens, uma gerente e 1 assistente social.

Trata-se de uma UBS nova, inaugurada em maio 2014, cumprindo padrão do Ministério de Saúde, adequada para que os usuários trabalhem de forma confortável. Pretendemos trabalhar em parceria com a Secretaria municipal de Saúde, a comunidade, assim como outras instituições para a construção de um anexo na UBS para sala dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Os funcionários da UBS precisaram trabalhar mais articulados, principalmente no caso das enfermeiras e técnicos de enfermagem, pois dá para perceber que, às vezes, há funcionários que não têm domínio de uma área de trabalho específica na UBS, mas já estão em discussão propostas para dar solução a este fato.

Em relação à população da área adstrita a nossa UBS, temos um total de 4760 pessoas, a população muito vulnerável, de baixo nível socioeconômico, dependente 100% do SUS, precisa de muita atenção, sendo que os problemas sociais repercutem de grande maneira na saúde desta população. Para isto a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) está realizando o processo de seleção dos ACS, para dar seguimento mais de perto com maior número de visitas domiciliares a estes usuários.

No referente aos programas desenvolvidos na UBS, estamos fazendo uma reunião com cada grupo, hipertensos, diabéticos, grávidas, idosos, bolsa família. Para informar sobre estratégia da saúde da família, lutar contra a procura desmedida de atestados, cadastrar a população e criar vínculos. Todas estas estratégias sempre procurando oferecer alternativas que beneficiem ao coletivo e mudar a atitude de isolamento que existe. Convém referir que refletimos sobre os programas, mas não temos dados de cobertura nem de qualidade dos serviços, pois ainda estamos em fase de cadastramento da população adstrita.

No caso da demanda espontânea os usuários são acolhidos pelas técnicas de enfermagem e enfermeiras, elas avaliam o caso (demanda do atendimento do dia/atendimento imediato/prioridade) partindo daqui o usuário é passado para consulta médica e no caso dos usuários que precisem de exames de urgência para confirmar ou descartar doenças que ponham em risco sua vida, ou que precise de monitoramento contínuo, é encaminhado para o Pronto atendimento 24 horas, depois de ser avaliado pelo clínico em prévia comunicação com o plantonista. Geralmente conseguimos dar atendimento aos casos que precisam atendimento no



dia, sem precisar fazer encaminhamento ao Pronto Atendimento 24 horas (PA 24 Horas) por excesso de demanda.

Em relação ao trabalho de cada integrante da equipe está estabelecido as responsabilidades específicas de cada um, trabalhando em suas funções e integrando todos os esforços para ter um só resultado. Em parceria com outras instituições industriais e religiosas que ficam dentro da comunidade estão fazendo atividades coletivas para promover a promoção e prevenção em saúde. Baseados nos princípios da ESF e protocolos de atuação se estão tentando estabelecer ações que permitam ampliar a cobertura e envolvimento dos moradores, lograr que eles se integrem a estas ações, para poder ter uma ideia mais geral da realidade que vivem; existe uma forte resistência à participação nas atividades da UBS, esta situação pode ser considerada normal, já que é uma população que não está acostumada a receber cuidados à saúde na perspectiva da ESF. É uma luta que devemos ter para alcançar as mudanças necessárias. A equipe considera que este é o maior desafio que temos, mas também temos certeza que é possível, porque temos uma equipe comprometida.

Referente à saúde da criança, na minha UBS as consultas são feitas de segunda a sextas no turno da manhã e tarde. São levadas diferentes ações nas crianças: consulta de puericultura, sendo que a primeira consulta deve ser nos primeiros 7 dias, vacinas, revisão odontológica, teste do pezinho, estas ações são realizadas de forma programada. Não temos dados de cobertura nem de outros tipos, pois se trata de um Bairro e UBS nova. Estamos criando um registro, que permita o monitoramento das crianças faltosas e das diferentes ações recebidas.

É preciso fomentar as informações às mães, tais como cuidados das crianças, saúde reprodutiva, pois há mães que não têm o conhecimento adequado para a prevenção e/ou controle de doenças. Também os gestores da saúde têm que entender que a promoção e prevenção não é um gasto mal efetuado, que estas ações no futuro vão permitir melhorar os indicadores e permitir melhor distribuição dos recursos, ofertar melhor qualidade de atenção e assistência.

As consultas pré-natais são feitas pela clínica geral, todas as segundas no horário da tarde. Para cada gestante, é enfatizada a importância do número de consultas conforme o Ministério da Saúde, uso de ácido fólico até os 3 meses, uso de ferro depois das 20 semanas, vacinas, solicitação dos exames complementares,

revisão odontológica, encaminhamento a consulta de alto risco às grávidas com complicações, seguindo protocolo.

Há um caderno-registro das grávidas onde a enfermeira faz monitoramento das ações feitas e das gestantes faltosas, é feita busca ativa. Não temos dados de cobertura nem outros dados, por ser um Bairro e UBS nova. É uma ação programática que funciona muito bem na UBS.

As consultas de puerpério são informadas pelo hospital geral quando as usuárias estão liberadas. Então se faz agendamento da consulta e as técnicas de enfermagem fazem visitas para avaliar e sinalizar para a equipe de saúde. Normalmente estas consultas são efetuadas nos primeiros 5 dias, já que também deve fazer na primeira consulta do bebê.

Na UBS, de maneira geral, este programa funciona bem, mas ainda tem alguns detalhes que devem melhorar, pode-se aumentar a informação e disponibilidade de acesso que tem os usuários, melhorar ainda mais o tratamento das usuárias no hospital, melhorar o acolhimento dos hospitais para que seja uma experiência mais agradável, pois é um momento maravilhoso na vida da mulher.

Em relação à prevenção de câncer de colo uterino são feitas diferentes ações: orientação para uso de preservativo em todas as relações sexuais, educação da mulher para realização periódica do exame preventivo do câncer do colo uterino, as coletas geralmente são por agendamento, no entanto, se a usuária consulta por queixa ginecológica ou em usuárias de difícil adesão é feita no dia.

No caso de câncer de mama, faz-se solicitação de mamografia anual a todas as usuárias com idade superior a 40 anos. Realizamos também, orientação sobre autoexame de mama, educação da mulher para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama.

Para o controle de câncer de colo uterino e de mama existe protocolo providenciado pelo Ministério da Saúde (MS) e contamos com um registro específico onde conta dados gerais da usuária, data de coleta, resultados tanto do preventivo quanto da mamografia. Aproveitam-se também as campanhas de saúde da mulher para que as usuárias realizem o preventivo e solicitação de mamografia.

De forma geral, as políticas atuais de prevenção e promoção de câncer neste município são bem aceitas pela população feminina, ainda falta mais força para poder ter melhores resultados, maiores campanhas de informação, melhorar as

capacidades das estruturas da saúde em todos os níveis. Na UBS é prioritário melhorar as formas de registro, atualizar os cadastros, e assim integrando todos os níveis se podem obter melhores respostas das políticas aplicadas.

A consulta programada aos usuários diabéticos e/ou hipertensos é feita de segunda a sexta no horário de manhã e tarde. São realizadas atividades coletivas em saúde a cada mês. Temos protocolos de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), mas não tem registro que permita avaliar a qualidade da atenção, nem mesmo o monitoramento destas ações, assim como também não tem equipe que se dedique ao planejamento e monitoramento.

Percebemos no dia-a-dia que a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus são as doenças mais prevalentes, que existem muitos usuários que ainda desconhecem que têm essas doenças, a cultura da população em Caxias do Sul é de trabalho, a população só vive para trabalhar, este trabalho está acima da qualquer coisa da família, é uma cultura com fortes raízes.

Na UBS ainda não existe um cadastro real de hipertensos e/u diabéticos, só existem atendimentos e estes usuários são responsáveis pela maioria destes. As consultas de medicina geral se realizam para fazer cadastros tanto de hipertensos quanto de diabéticos. A população tem muitas carências econômicas, sociais, afetivas, essa é a realidade com a qual temos que trabalhar pessoas que falam que não têm nenhuma possibilidade de fazer mudança em sua alimentação já que só podem ter um tipo de comida não tem outra possibilidade, outros que só têm para comer uma vez ao dia.

A complexidade da situação obriga a equipe a fazer múltiplas estratégias para poder ter alguma boa resposta no tratamento, realizam-se comidas coletivas para os mais necessitados, isto obtido pelas doações das igrejas e algumas indústrias. Esta situação mostra que a doença é um problema social que tem relação direta nos indicadores de prevalência e incidência. Por enquanto a equipe procura fazer o cadastro para ter uma melhor ideia do número real de usuários com estas patologias, e continuar fazendo atividades sociais para promover ajuda.

Outra ação que é muito importante é a atenção aos usuários idosos. Brasil pode ser considerado um país envelhecido, pois já tem 10% da população com mais de 60 anos (IBGE, 2010). Os idosos são mais vulneráveis às doenças em função do processo de envelhecimento que ocasiona perdas funcionais como da visão, da capacidade de deambulação e que determinam também diminuição da autonomia.

Por isto, o atendimento a esta população foca intensamente na preservação da funcionalidade, na preservação de sua autonomia, na inclusão social e em cuidados e tratamentos que visam melhorar a qualidade de vida. As consultas para idosos na UBS são feitas de segunda a sexta no turno de manhã e tarde e podem fazer agendamento de consulta pelo telefone. Agora recebemos um documento da secretaria de saúde para melhorar o atendimento destes usuários, já estamos discutindo nas reuniões um mecanismo para implementar esta ação programática na UBS.

A UBS tem serviço de saúde bucal instalado. Os usuários que precisam do serviço são encaminhados para o dentista, o pessoal de enfermagem faz acompanhamento dos usuários para garantir atenção. Há algumas semanas, por orientação da secretaria da saúde do município foi feita uma jornada de visitas às escolas da área de abrangência para fazer um levantamento. Então, o acesso está garantido pela rede municipal e a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) que tem atendimento 24 horas. Também conta com o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) para os tratamentos especializados. Também não são feitas atividades coletivas de saúde bucal, já que não temos pessoal para estas ações.

O principal desafio na minha UBS é fazer cadastramento dos 100% da população e ter informação, registro, dados atualizados, de cada uma das problemáticas tanto das pessoas em particular, como das famílias e a comunidade toda, para pôr em prática uma atenção primária dinâmica, onde a equipe vá até aos usuários, família, comunidade quando eles não procuram nosso serviço; dar uma atenção não só desde o ponto de vista biológico até o biopsicossocial. Não atuando de uma forma passiva, na UBS, precisamos conhecer o meio onde as pessoas convivem. Para isto contamos com o espírito empreendedor de cada um dos funcionários da UBS e o apoio da comunidade.

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

Fazendo uma comparação da segunda semana de ambientação “qual é a situação de sua UBS” e o relatório de análise situacional, No início do curso por falta de conhecimento, para mim tudo estava perfeito na UBS e no transcurso, lendo

todos os materiais de apoio, trocando vivências com os colegas, percebi que para ficar pelo menos perto do que o SUS tem como sonho, a equipe tem um desafio muito grande por vencer, porém com o esforço de todos, tanto dos funcionários como da comunidade, onde a população jogue um papel fundamental no cuidado da saúde coletiva e busca de recursos para melhorar a atenção, ou seja, é preciso trabalhar de maneira articulada, com intersetorialidade, envolvendo os organismos que fazem parte da comunidade.

As melhorias foram mais evidenciadas na organização do trabalho e especificamente na rotina de atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos, antes destas leituras e reflexões, as ações só eram efetuadas com objetivo assistencial, o atendimento clínico estava limitado mais aos sintomas agudos e não tinha um enfoque preventivo e de avaliação de risco. Depois deste aprofundamento, perceber-se os resultados positivos na mudança de postura frente ao usuário.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

As Doenças Crônico-Degenerativas têm assumido importância cada vez maior no elenco de ações programáticas típicas da ação básica em função da modificação da pirâmide populacional e do estilo de vida que levam estas doenças a condições epidêmicas na população brasileira. A Hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus são as doenças mais comuns que afetam a saúde dos indivíduos e das populações em todo o mundo. Elas representam importante fator de risco para outras doenças, principalmente para a cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca, doença vascular cerebral, insuficiência renal e contribui significativamente para a retinopatia (OMS, 2013).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é uma das portas de entrada do sistema de saúde e é onde se faz principalmente o trabalho de promoção e prevenção. Pensando nesta assertiva, faremos uma intervenção na área de abrangência da UBS Campo da Serra, do Município de Caxias do Sul. A população de abrangência desta UBS é de, aproximadamente, 4.760 pessoas, ainda em processo de cadastramento. Esta população apresenta alta estimativa de hipertensão (724) e diabetes (179), mas nem todos diagnosticados. Este é o maior desafio, diagnosticar todos os possíveis usuários com fatores de risco e manter o acompanhamento, saindo de uma cobertura de 0% (não conhecida) para 50% em três meses de intervenção. Consideramos que esta é uma população de baixo nível socioeconômico, onde predominam hábitos de vida totalmente inadequados, em suas maiorias tabagistas, que contribuem para o predomínio das doenças crônicas.

As atividades de promoção e prevenção são muito escassas por isso temos uma forte tarefa, para os quais precisamos do trabalho e dedicação de toda a equipe, para a realização sistemática de atividades relacionadas com os hábitos de vida saudável, intensificar o trabalho com o grupo de usuários Diabéticos e/ou Hipertensos onde eles possam fazer atividades em conjunto. Este foco de intervenção é importante em minha UBS porque é a principal causa de consulta em adultos, com inúmeros usuários, incapacitados e acamados, que sofrem as consequências destas doenças.

Por isso a certeza em trabalhar este tema sabendo que são situações que poderiam ser evitadas e que não precisariam de tantos recursos para serem prevenidas, principalmente com ação de promoção e prevenção, mantendo a doença sob controle por meio da conscientização de nossa população. Os aspectos que viabilizam a realização desta intervenção é o trabalho em equipe e a participação da comunidade. Com certeza este fato será de impacto positivo na população alvo, pois vamos diagnosticar usuários que nem sabiam serem portadores de doenças crônicas, assim como prevenir complicações naqueles que já tinham.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a Atenção à Saúde de Hipertensos e Diabéticos da área de abrangência da UBS Campos da Serra, Caxias do Sul/RS

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

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura de Hipertensos e Diabéticos.

**Meta 1.1:** Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

**Meta 1.2:** Cadastrar 50 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a Hipertensos e Diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

Este projeto foi estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família USF Campos da Serra, no Município de Caxias do Sul/RS, após liberação do comitê de ética da Universidade Federal de Pelotas (ANEXO A). Iniciará no mês de fevereiro 2015, onde serão desenvolvidas as ações através de acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos, pertencentes à área da unidade de saúde. A captação dos usuários será realizada na UBS e na visita domiciliar. Assim que os usuários procurarem atendimento na unidade, já será marcada consulta com a enfermeira, que o cadastrará no Programa, realizada parte do exame físico e marcada consulta médica quem realizará o restante exame.

Os dados coletados dos hipertensos e/ou diabéticos serão repassados na ficha espelho (ANEXO B) e prontuário que contém todas as informações necessárias para o seu acompanhamento, sendo posteriormente transferidas para as planilhas de coleta de dados da intervenção (ANEXO C). Também serão realizadas atividades como: Grupos de hipertensos e/ou diabéticos, orientações, integração da equipe multiprofissional durante o cuidado, capacitação da equipe, com acompanhamento e avaliação periódica.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

#### **1-Cobertura**

**Objetivo:** Cadastrar 50% dos hipertensos e Diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

**Eixo: monitoramento e avaliação:**

**Ação:** Monitorar o número de hipertensos e Diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde por meio da equipe de gestão/monitoramento.

**Detalhamento das ações:** O monitoramento será feito a cada 15 dias a cargo do pessoal de enfermagem. Informando e atualizando o número de novos hipertensos e Diabéticos que serão incorporadas ao programa.

**Eixo: organização e gestão do serviço:**

**Ação:** Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa; Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS; Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (Esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde; Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa; Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes; Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

**Detalhamento das ações:** Criar um arquivo específico para os registros dos atendimentos dos adultos com HAS e Diabetes e que o mesmo seja revisado periodicamente com a finalidade de verificar usuários faltosos ao retorno programado; Verificar completude de registros; Identificar procedimentos em atraso, Identificar adultos com HAS de risco e Avaliar a qualidade do programa por meio da equipe de gestão/monitoramento. O cadastramento destes usuários será feito imediatamente, durante o diagnóstico de novos casos, as buscas ativas nas visitas domiciliares ou na UBS, a cargo do pessoal de enfermagem, de maneira contínua, as mesmas se encargaram de registrar os casos no livro de registro de hipertenso e diabético, desde que estes estejam previamente cadastrados. Para melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e Diabetes empoderando a Equipe sobre a importância de melhorar o acolhimento, fazendo o mesmo de forma humanizado, será discutido a na reunião de equipe; Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde questionando a secretaria de saúde sobre a compra dos

mesmos com qualidade e educando os profissionais sobre o cuidado dos mesmos. Para isto vamos solicitar à secretaria municipal, através de nossa gerente os equipamentos necessários; Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde educando os profissionais de saúde sobre o cuidado do mesmo. Para a educação de como fazer hemoglicoteste vamos fazer exercício demonstrativo.

### **Eixo: engajamento público**

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

**Detalhamento das ações:** Para estas ações vamos oferecer palestras na sala de espera da UBS, visitas domiciliares, na associação de bairro / comunitária, reunião de conselho local de saúde e em outros espaços comunitários, por uma enfermagem e uma técnica de enfermagem.

### **Eixo: Qualificação da prática clínica**

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

**Detalhamento das ações:** Esta capacitação será feita pelo clínico geral, aproveitando o espaço da reunião semanal. Esta capacitação tratará, majoritariamente para que nossa equipe saiba oferecer aos usuários informação necessária sobre a importância de fazer acompanhamento de sua doença na UBS de forma contínua, e como fornecer esta orientação de uma forma humanizada, a fim de que os nossos usuários se sintam à vontade.

## **2-QUALIDADE**

**Objetivo:** Melhorar a qualidade do atendimento aos 100% dos usuários Hipertensos e Diabéticos.

**Eixo: monitoramento e avaliação**

**Ação:** Monitorar o percentual de usuários que ingressam no programa de HAS e DM.

**Detalhamento das ações:** Este monitoramento vai ser feito pela clínica geral, uma enfermagem e uma técnica de enfermagem quinzenalmente, na reunião de equipe, fazendo revisão sistemática do livro de registro destes usuários.

**Eixo: Organização e gestão dos serviços**

**Ação:** Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos; Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde; Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais; Dispor de versão atualizada do protocolo impresso na unidade de saúde; Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos; Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde; Garantir a solicitação de exames complementares; Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo; Estabelecer sistemas de alerta nos exames complementares preconizados; Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos; Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Detalhamento das ações:** Fazendo reajuste na agenda, para que uma vez que estes usuários cheguem à UBS sejam atendidos no mesmo dia ou, pelo menos, em 3 dias não mais tardar, aproveitando o contato para conscientizar da importância de acompanhamento regular e explicando em que consiste o programa. Esta ação será desenvolvida pela visita domiciliar pela enfermeira, uma técnica de enfermagem será encarregada de receber estes usuários, provenientes da visita domiciliar. Para ter um monitoramento mais real destes usuários na UBS, eles estarão divididos por setores, onde um agente de saúde será o responsável da realização dos exames, assistência nas consultas especializadas e obtenção dos medicamentos que

precise. Com esta estratégia vai facilitar o monitoramento do grupo de usuários cadastrados com uma determinada doença.

### **Eixo: Engajamento público**

**Ação:** Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos das doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e Diabetes Mellitus, sobre a importância de revisão periódica para a realização de exame físico completo que permita identificar complicações em estágio cedo; assim como da necessidade de realização de exames complementares periódico e sobre seus direitos de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso.

**Detalhamento das ações:** Esta ação será feita por todos os integrantes da equipe (equipe de enfermagem e a médica), os usuários serão informados dos serviços que a UBS oferece: coleta de sangue para laboratório, acompanhamento médico e odontológico, encaminhamento para atendimento especializado, nutricionista (não temos na UBS), caso seja necessário encaminhamos para a UBS mais próxima, vacina e medicamento. Também nos grupos serão dadas as informações de cada tipo de exame para que os usuários conheçam a importância dos mesmos, e como estes exames ajudarão para o controle de sua doença. Nas consultas serão enfatizadas as ações que avaliam integralmente a individualidade e caso clínico de cada usuário. Sempre fazendo todas as ações de maneira integral. Estará sob a responsabilidade de toda a equipe (estratificada no planejamento interno).

### **Eixo: qualificação da prática clínica**

**Ação:** Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado; Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares; Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão; Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

**Detalhamento das ações:** As capacitações serão feitas na reunião de equipe utilizando, pelo menos 20 minutos, para orientação a todo o pessoal sobre a atenção de qualidade e humanizada para estes usuários, em cada espaço da UBS, assim como a visita domiciliar, esta capacitação será a forma de conversa, sendo a médica

que vai aclarar as dúvidas, dos demais colegas. E com a comunidade aproveitando o espaço durante as reuniões mensais do conselho local de saúde/associações de Barrios, oferecendo informação da importância de fazer acompanhamento contínua de HAS e DM para prevenção de complicações que acarretam estas doenças, o fornecimento desta informação nos espaços públicos vai estar a cargo de uma agente de enfermagem.

### **3-ADESÃO**

**Objetivo:** Buscar 100% dos hipertensos e Diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

#### **Eixo: Monitoramento e avaliação**

**Ação:** Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo.

**Detalhamento das ações:** Esta atividade será feita pela revisão a cada semana, na reunião de equipe, dos prontuários clínicos dos hipertensos e Diabéticos, pela revisão da agenda com as datas de retorno será feita pela médica e enfermagem e será exposta na reunião da equipe a lista de Hipertensos e Diabéticos faltosos, para fazer busca ativa. Na próxima reunião a agente de enfermagem fará a apresentação dos resultados das buscas, no caso de usuário que não comparecera após das visitas domiciliares, combinaremos uma nova visita com a enfermagem, assistente social e clínico geral.

#### **Eixo: Organização e gestão do serviço**

**Ação:** Organizar as visitas domiciliares para buscar os Hipertensos e Diabéticos faltosos; Organizar a agenda para o acolhimento dos hipertensos e Diabéticos provenientes das buscas.

**Detalhamento das ações:** A visita domiciliar será feita uma vez por semana pelos profissionais de enfermagem e serviço social para a busca dos faltosos. Serão disponibilizadas 5 vagas por semana para estes usuários.

#### **Eixo: Engajamento público**

**Ação:** Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de

hipertensão e Diabetes mellitus e Esclarecer sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

**Detalhamento das ações:** Aproveitaremos para passar estas informações na sala de espera e reuniões de grupo de bairros, do conselho local de saúde e nas atividades de grupo de hipertensos e Diabéticos, também na visita domiciliar. Toda equipe vai ser responsável por esta tarefa.

#### **Eixo: Qualificação da prática clínica**

**Ação:** Treinar a equipe para a orientação de hipertensos e Diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

**Detalhamento das ações:** Esta atividade será feita pela médica e enfermeira na reunião de equipe semanal, principalmente para que eles possam de uma forma humanizada e qualificada, orientar sobre a periodicidade das consulta e sua importância.

#### **4-REGISTRO**

**Objetivo:** Melhorar o registro das informações num 100% de Hipertensos e Diabéticos atendidos na UBS.

#### **Eixo: Monitoramento e avaliação**

**Ação:** Monitorar os registros de todos os acompanhamentos dos hipertensos e Diabéticos na unidade de saúde.

**Detalhamento das ações:** Será feito pela separação dos prontuários em arquivos específicos para facilitar a busca, e pela revisão da ficha espelho, esta atividade será feita pelo pessoal de enfermagem.

#### **Eixo: Organização e gestão do serviço**

**Ações:** Manter as informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) atualizadas; Implantar planilha/registro específico de acompanhamento; Pactuar com a equipe o registro das informações; Definir responsável pelo monitoramento dos registros; Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não

avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

**Detalhamento das ações:** Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença. Responsável: médica e enfermeira.

#### **Eixo: Engajamento público**

**Ações:** Orientar a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via se necessário

**Detalhamento das ações:** Estas informações serão oferecidas na sala de espera, reunião do conselho local de saúde e associação de mãe e outros espaços públicos, aproveitando os líderes comunitários. Responsável: Toda a equipe.

#### **Eixo: Qualificação da prática clínica**

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

**Detalhamento das ações:** Esta capacitação estará a cargo do clínico geral e se aproveitará o momento da reunião semanal da UBS.

### **5-AVALIAÇÃO DE RISCO**

**Objetivo:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e Diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

#### **Eixo: Monitoramento e avaliação**

**Ações:** Monitorar o número de usuários hipertensos e Diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

**Detalhamento das ações:** Os prontuários dos usuários com alto risco vão ser identificados e, para dar prioridade no atendimento e ter um melhor controle deles e acompanhamento, mas contínuo. Este monitoramento será feito cada semana, pela enfermeira e uma técnica de enfermagem, nas sextas feiras, no ultimo horário de 17h00min às 17h30min.



**Eixo: Organização e gestão do serviço**

**Ação:** Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco; Organizar agenda para o atendimento desta demanda.

**Detalhamento das ações:** Este reajuste de agenda será feito por toda a equipe na reunião semanal.

**Eixo: Engajamento público**

**Ação:** 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).

**Detalhamento das ações:** Estas informações serão oferecidas na sala de espera, visita domiciliar e nas reuniões de grupos de hipertensos e diabéticos, reunião do conselho local de saúde e estará envolvido toda a equipe.

**Eixo: Qualificação da prática clínica**

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

**Detalhamento das ações:** Estas capacitações serão feitas ao início da intervenção, o pessoal estudara o material relacionado e na reunião de equipe se fara uma conversa breve ao respeito. Responsável: A médica.

**6-PROMOÇÃO DE SAUDE**

**Objetivo:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável, de atividades físicas, de risco do tabagismo e higiene bucal a 100% dos hipertensos e Diabéticos.

**Eixo: Monitoramento e avaliação**

**Ação:** Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e/ou diabéticos com o dentista; Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e/ou diabéticos; Monitorar a realização de orientação para atividade

física regular aos hipertensos e/ou diabéticos; Monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e/ou diabéticos.

**Detalhamento das ações:** Este monitoramento será feito pela enfermeira e médica, mediante a revisão dos prontuários e ficha de espelho com periodicidade quinzenal, ao final da reunião semanal de equipe.

### **Eixos: Organização e gestão do serviço**

**Ações:** Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção prioritária aos usuários hipertensos e diabéticos; Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico; Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários; Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção aos Hipertensos e Diabéticos; Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável; Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade; Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física; Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade; Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do “abandono ao tabagismo”.

**Detalhamento da ação:** Para procurar obter resultados satisfatórios no controle dos usuários hipertensos e diabéticos a equipe realizará parceria com instituições da rede SUS; a UBS tem serviço de odontologia, igualmente a avaliação pelo nutricionista, psicólogo e psiquiatra, grupo de ajuda aos fumantes. Para isto vamos reorganizar agenda para dar prioridade para estes usuários na consulta com a dentista. Realização coletiva de exercício físico do grupo de Hipertenso e Diabético, pelo menos 3 vezes por semana. Palestra na sala de espera, reunião de conselho local de saúde, atividade do grupo de Hipertenso e Diabético sobre importância de acompanhamento odontológico, alimentação saudável, prática sistemática de exercício físico, eliminar o tabagismo. Encaminhamento aos usuários tabagista ao grupo tabagista de referência de nossa UBS. Estarão envolvidos médica enfermeira, técnico de enfermagem, a dentista, o seja a equipe toda.

### **Eixo: Engajamento público**

**Ação:** Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersectorialidade nas ações de promoção da saúde; Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista; Orientar hipertensos, Diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável; Orientar hipertensos, Diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular; Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

**Detalhamento das ações:** Os líderes da comunidade mediante o conselho local de saúde estão solicitando à secretaria de saúde algumas melhoras para a UBS e outras áreas do bairro; para as atividades físicas. A participação dos usuários é pequena, mas constante, procuraremos que aumente o número envolvendo mais aos líderes comunitários para que sejam participes destas atividades, semanalmente uma técnica de enfermagem será responsável pela atividade. Estas informações também serão providenciadas mediante palestra na sala de espera, na reunião do conselho local de saúde, atividade de grupo de Hipertensos e Diabéticos e na visita domiciliar. Responsável: Uma técnica de enfermagem e a dentista.

### **Eixo: Qualificação da prática clínica**

**Ação:** Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável; Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde; Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular; Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde; Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento das ações:** A capacitação será feita no início da intervenção, o pessoal estudara o material previamente e será discutido na reunião semanal mediante conversa. Responsável: A médica. Estas capacitações serão reforçadas mensalmente pela médica e enfermeira da equipe para que esta ação não seja apenas pontual, mas perdure enquanto rotina nas reuniões de equipe.

### **2.3.2 Indicadores**

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

**Meta 1.1.** Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

**Indicador 1.1.** Proporção de hipertensos cadastradas no Programa de Hipertensão e Diabetes na unidade de saúde.

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

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

**Meta 1.2.** Cadastrar 50 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 1.2.** Proporção de diabéticos cadastradas no Programa de Hipertensão e Diabetes na unidade de saúde.

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

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

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a Hipertensos e Diabéticos.

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

**Indicador 2.1.** Proporção de hipertensos com o exame clínico 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 2.2.** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Indicador 2.2.** 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 2.3.** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.



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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa da Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus adotaremos o protocolo vigente do Ministério da Saúde (2006), caderno 36 para DM e 37 para HAS. Vamos iniciar fazendo uma capacitação em relação a este protocolo, cada integrante da equipe estudará o conteúdo do protocolo e será discutido no dia da reunião semanal - a médica estará a cargo dessa atividade. Como recursos serão utilizados um computador, um projetor e livro-ata.

Será utilizada ficha de acompanhamento individual, de exames complementais e odontológica. Para alcançar a cobertura proposta (50%) o acolhimento dos usuários hipertensos e Diabéticos que procurarem o serviço será realizado pelo pessoal de enfermagem; os usuários que não tiverem cadastrados, se farão o cadastro e atendimento no mesmo dia, ou pelo menos nos próximos 3 dias, igual os que já estejam cadastrados e que procurem a UBS por problema de saúde agudo, se fará a consulta, será verificado se todas as ações estão ao dia e se lembrara a data da próxima consulta programada, a cargo da medica e pessoal de enfermagem.

Para a o atendimento dos usuários com problemas de saúde agudos e dos provenientes da busca ativa não haverá necessidade de alterar a agenda, pois já temos disponibilizadas vagas para o atendimento no dia. Serão registradas no prontuário todas as ações realizadas neste usuários e o monitoramento será feito mediante a revisão de ficha espelho, que será revisada ao final de cada semana pelo pessoal de enfermagem e médica.

No que se refere à qualidade da prática clínica serão deixadas definidas as atribuições para cada integrante da equipe. Será função da enfermeira, realizar medidas antropométricas (peso, estatura, circunferência abdominal), medida de pressão arterial, medida de HGT. O médico realizará exame clínico geral, solicitação de exames complementares, estratificação de risco cardiovascular, prescrição de medicamentos, avaliação de complicações, etc. Os acompanhamentos odontológicos e nutricionais serão feitos pelo dentista e nutricionista respectivamente, sendo que não temos nutricionista na UBS, os usuários serão encaminhados para a UBS de referência.

As coletas para os exames complementares serão realizadas na mesma semana: segundas e quartas-feiras, na UBS por um laboratório contratado pela Secretaria municipal de Saúde e os resultados disponibilizados 72hs após a coleta da mostra. O controle de estoque e registro de necessidades de medicamentos se realizará mensalmente e estará a cargo de uma técnica de enfermagem.

Para melhorar a adesão dos usuários utilizaremos um caderno de agenda, onde todos os dias ao final da consulta, uma técnica de enfermagem fará revisão dos usuários faltosos, para fazer busca ativa. Para dar cumprimento ao engajamento público será esclarecido à comunidade sobre a atenção prioritária para estes usuários na UBS, além disso informaremos sobre grupo de Hipertensos e Diabéticos realizado mensalmente na UBS, onde se farão atividades em conjunto, principalmente atividades esportivas, exercícios físicos, trocas de experiências, explicando a importância de cuidar de sua saúde de uma forma ativa, trabalhando junto com o equipe da UBS, comprometendo-se a levar um modo de vida saudável, sendo responsável para deixar os hábitos tóxicos, além de incentivar uma boa alimentação.

Estas informações serão oferecidas todos os dias na sala de espera, antes de iniciar a consulta, para que os usuários que permaneceram sirvam de divulgadores para a comunidade em geral, a cargo de um Profissional diferente a cada dia (técnica de enfermagem, dentista, clínica geral, serviço social)

Estas informações serão divulgadas nas igrejas, escolas (para que os filhos levem a informação a seus pais). Enquanto as atividades de promoção de saúde oferecidas aos usuários e a comunidade, estarão presente em todos os momentos da intervenção, ofertadas por todos os profissionais da equipe.





### **3 Relatório da Intervenção**

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

A intervenção iniciou no dia 13 de fevereiro de 2015, com uma reunião da equipe da UBS Campos da Serra, onde foi exposto o projeto a realizar, as ações que foram desenvolvidas por cada um dos integrantes da equipe, o pessoal da enfermagem fazia acolhimento, detecção dos usuários Hipertensos e Diabéticos. Foi explicado o protocolo atualizado de atenção aos Hipertensos e Diabéticos do Ministério de Saúde. O cronograma das atividades propostas foi discutido, a Secretaria de Saúde (direção de atenção básica) foi informada da implementação de nossa intervenção. Os líderes da comunidade junto com o conselho local de saúde também foram informados.

Segundo o cronograma, as capacitações à equipe foram feitas em parceria com a direção de educação permanente da Secretaria de Saúde. Estas capacitações tiveram diversos tópicos: Acolhimento, tabagismo, visita domiciliar, álcool, etc. No início destas ações, a equipe apresentou algumas dificuldades; as mudanças na forma de trabalho, o pessoal teve certas resistências às mudanças, porque achava que o trabalho seria maior. Para vencer esta dificuldade tivemos que fazer comparações com outras unidades de saúde do município.

Então, quando iniciou a intervenção uma parte da equipe ainda não entendia porque era necessário mudar a forma do trabalho e essa resposta deles é normal, porque só estavam trabalhando na atenção curativa; as palavras prevenção e promoção de saúde eram só palavras. Quando iniciaram as capacitações onde foi demonstrado que existe outra forma de atendimento e que eles são a base disso, simplesmente fazendo seu trabalho baseado nos princípios do SUS e estratégia de saúde da família.

Acostumamo-nos com as planilhas, fichas-espelho, em ter atualizado os prontuários, os usuários tiveram também a percepção do novo atendimento, eles ficaram surpresos pelo jeito de trabalhar, verbalizaram que agora o atendimento é mais próximo, tem melhor acesso aos serviços, o novo agendamento permite ter melhor ideia das consultas na UBS e as consultas especializadas, assim como o agendamento dos exames, ampliação das visitas domiciliares. O fortalecimento dos grupos foi notório, com a criação das parcerias com grupos existentes (clube de

mães), eles agora contam com informações de vários tópicos de nutrição, antitabagismo, educação física, dentre outros.

O atendimento dos usuários foi ampliado com a integralidade, os usuários recebem atendimento nutricional, odontológico, exames complementares, medicamentos garantidos na UBS e na farmácia básica, atendimento psicológico, e agendamento de consultas especializadas.

De modo geral, praticamente todas as atividades planejadas foram efetivadas, algumas mais amplas que outras, mas foram realizadas e o mais importante é que tiveram a participação da comunidade como ator principal, eles tomaram as atividades como sua e formaram parte do dia a dia; os planejamentos passaram a não serem mais vistos como coisas isoladas, agora são partes da rotina tanto do pessoal como dos líderes da comunidade.

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

As ações previstas segundo o cronograma foram realizadas a exceção do grupo tabagista. Este grupo não foi realizado devido a que foram priorizadas outras ações (detecção e busca de Hipertensos e Diabéticos), pois a UBS era nova e estava sem equipe completa, além de não ter pessoal qualificado pela secretaria de Saúde para a realização destes grupos.

Sabemos da importância das ações de prevenção para o bom alcance dos resultados almejados, todavia, tivemos que realizar um processo de priorização para que conseguíssemos realizar as ações propostas. É sabido da importância do combate ao tabagismo enquanto fator de risco para doenças crônicas, porém em nossa realidade foi mais importante, para o momento, a detecção e cadastramento dos casos de hipertensão e diabetes.

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

Em relação à coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, no início não foi bem aceita pela equipe, pois ninguém possuía experiência de como trabalhar com estas planilhas, pois era uma nova abordagem da equipe, para que pudessemos resolver esta situação fizemos várias práticas com a equipe para

demostrar que o preenchimento das planilhas poderia ser otimizado. Também foram demonstrado as vantagens de ter os prontuários atualizados; em referência à planilha de coleta de dados, a clínica geral foi encarregada do preenchimento desta, e assim confiar nos dados preenchidos.

Durante as 12 semanas foram registradas a situação de cada usuário nas fichas-espelho. Assim como um exame exaustivo de cada nome na planilha para certificar que não tinha nomes repetidos, dar baixa nas pessoas falecidas e completar dados faltantes. Quanto aos indicadores e metas propostas, alcançou-se um cadastramento de 24,6% dos hipertensos e 31,8% dos diabéticos. No total foram atendidos 178 hipertensos e 57 diabéticos, aos quais se monitorou suas fichas, medicamentos, exames clínicos, físicos e a estratificação de risco, encaminhamos aos exames complementares, assim como para novos agendamentos e orientações sobre nutrição, atividade física, tabagismo e saúde bucal.

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

Devido aos bons resultados obtidos na intervenção ainda mais pelo novo jeito de trabalho e parceria estabelecida. Fazendo uma retrospectiva do processo todo se pode dizer que estamos em uma nova UBS, quanto à organização e dinâmica de trabalho. A intervenção permitiu a integração da equipe e comunidades, este e o melhor alcance possível, atuando dentro dos princípios do SUS e fortalecendo as potencialidades latentes no ambiente de trabalho, com grande impacto na coletividade.

Depois de 12 semanas da intervenção a equipe em conjunto decidiu manter as ações realizadas; atualização dos prontuários, detecção e busca ativa de usuários Hipertensos e Diabéticos, classificação de risco cardiovascular, dentre outros. Em geral o resultado obtido da intervenção foi muito produtivo, portanto, vão se manter conforme planejado e executado. A equipe decidiu implantar estas rotinas em outras ações programáticas, ainda em avaliação.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Os resultados aqui apresentados refletem o compromisso e engajamento da equipe de trabalho frente a intervenção desenvolvida. Convém referir que os gráficos apresentam o quarto mês sempre em 0%, pois a intervenção foi pensada para 16 semanas, todavia durante a vigência da mesma nos foi orientado encerrar/reprogramar para 12 semanas de intervenção.

Começamos considerando a hipertensão arterial sistêmica (HAS) como uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA  $\geq$ 140 x 90mmHg) (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010). Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal (Duncan; Schmidt; Giugliani, 2006).

Motivado por estas realidades epidemiológicas tanto no Brasil, quanto na comunidade de Campos da Serra, Caxias do Sul, RS, Brasil que apresenta alta prevalência e incidência de Hipertensão Arterial, portanto foi priorizado dentre as ações programáticas a intervir.

A população abrangência de nossa UBS é de 4.760 pessoas. A cobertura foi ampliada na população de Hipertensos que compreende 724 pessoas, alcançamos um cadastro de 178 usuários, representando 24,6% desta população. No caso dos Diabéticos temos um total na área de abrangência 179 e alcançamos um número de 57 usuários cadastrados, representando 31,8%.

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura de Hipertensos e Diabéticos.

**Meta 1.1-**Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus

**Indicador 1.1:** Proporção de hipertensos cadastrada no Programa de Hipertensão e Diabetes na unidade de saúde.



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

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

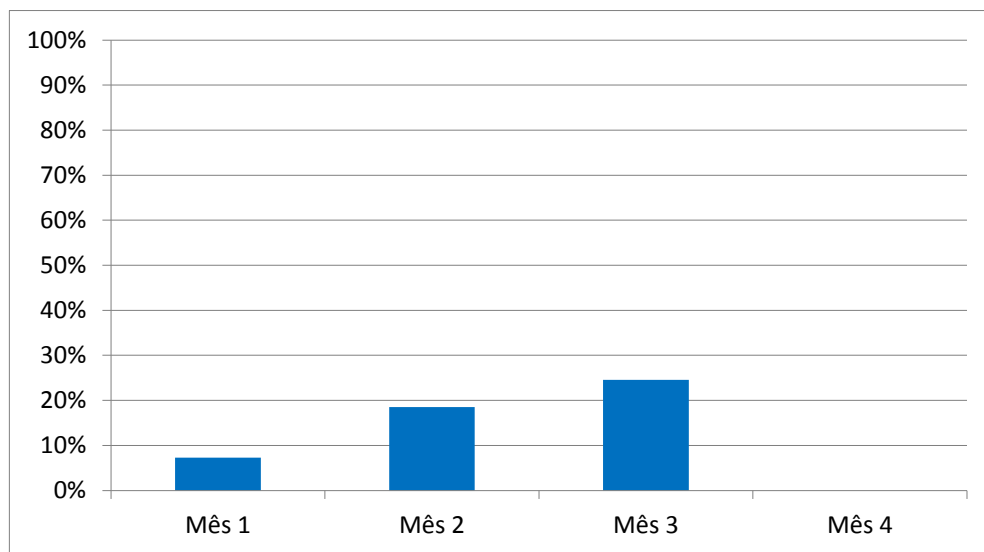


Figura 1 - Proporção de Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

Devido a que nossa UBS ser nova, não existia nenhum tipo cadastro dos usuários, pelo que foi utilizada a estimativa de pessoas hipertensas com 20 anos ou mais (22,7% da população total desta faixa etária) por Vigitel (2011) como numerador desta meta, o que equivale a 724 pessoas. Para esta intervenção a nossa meta era cadastrar um 50% de Hipertensos da área de abrangência, mas, ao ser uma UBS e um Bairro novo, sem registro prévio, com equipe reduzida e sim agentes comunitários de saúde (ACS), pode-se observar no gráfico que não foi alcançada esta meta. Alcançamos uma cobertura 7,3% (53) usuários no primeiro mês, 18,5% (134) no segundo mês e 24,6 % (178) terceiro mês de um total de 724 (Figura 1). Ainda com os resultados obtidos a equipe ficou contente já que foi um avanço muito importante no cadastramento dos usuários. Se não fosse pelo trabalho

em equipe e o empoderamento de cada Profissional e da comunidade através do conselho local de saúde, estes resultados não tinham sido alcançados.

Convém salientar que a meta programa era para 16 semanas de intervenção e realizamos apenas 12, o que denota um grande avanço para uma área recém-inaugurada.

**Meta 1.2-** Cadastrar 50 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 1.2:** Proporção de diabéticos cadastrada no Programa de Hipertensão e Diabetes na unidade de saúde.

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

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

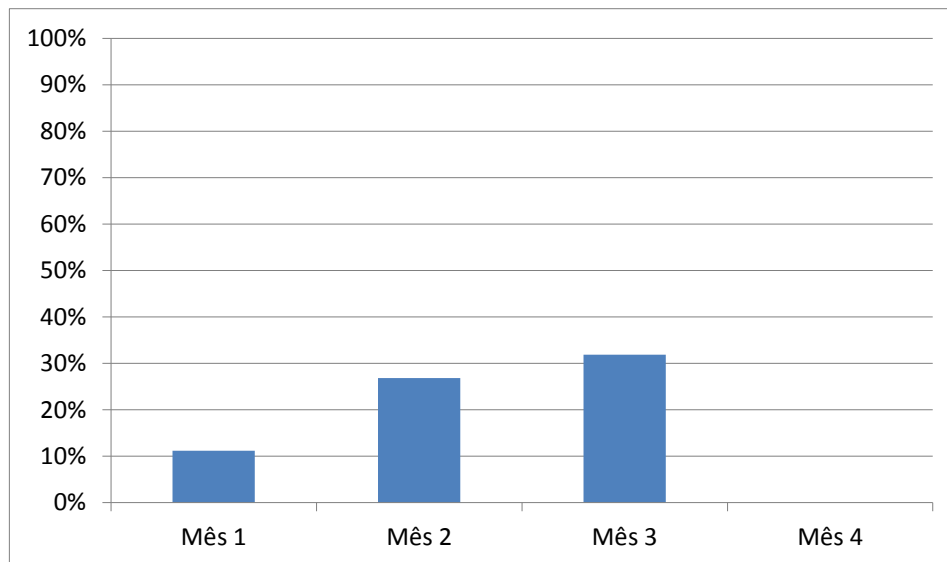


Figura 2 - Proporção de Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

O termo “diabetes mellitus” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (World Health Organization, 1999). O DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (Alfradique, 2009).

Sendo que em nossa UBS os Bairros são novos, não existia nenhum tipo de cadastro dos usuários, pelo que foi utilizada a estimativa de diabéticos com 20 anos ou mais (5,6% da população total desta faixa etária) segundo Vigitel (2011). De 179 usuários pertencentes a nossa área de abrangência foram cadastrados um total de 57 usuários Diabéticos, distribuídos em 11,2% (20) no primeiro mês 26,8% (48) no segundo mês e 31,8% (57) no terceiro mês (Figura 2). Ao início da intervenção a equipe tinha como meta atingir 50% do total de diabéticos da área de abrangência, mas devido a que a UBS tem equipe reduzida, sem ACS ainda não foi alcançada esta meta, porém a equipe ficou satisfeita com os resultados, pois foi um grande avanço no cadastramento dos usuários e aquisição de novas capacidades de trabalho. Se não fossem pelo trabalho em equipe e do apoio do conselho de saúde, não tínhamos conseguido alcançar esta cobertura, pois mesmo com equipe reduzido e sem ACS, foi boa esta cobertura. Nosso objetivo é alcançar em curto prazo 100% de da cobertura.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a Hipertensos e Diabéticos.

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

**Indicador 2.1.** Proporção de hipertensos com o exame clínico 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.

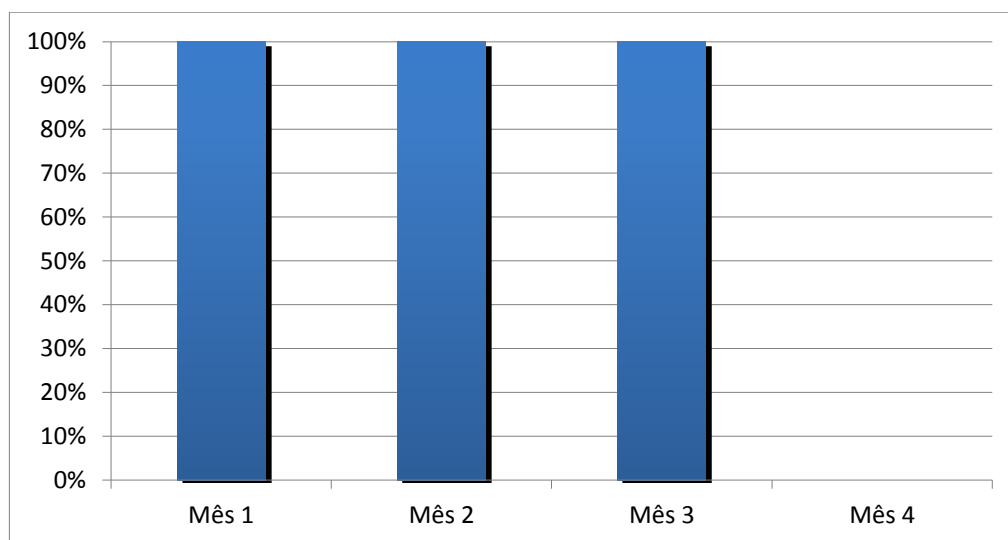


Figura 3 - Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada. A partir de 115 mmHg de pressão sistólica (PS) e de 75 mmHg de pressão diastólica (PD), o risco para eventos cardiovasculares aumenta de forma constante, dobrando a cada 20 mmHg no primeiro caso e a cada 10 mmHg no segundo caso (Lewington et al., 2002; Chobanian et al., 2003). Os valores de 140 mmHg para a PS e de 90 mmHg para a PD, empregados para diagnóstico de HAS, correspondem ao momento em que a duplicação de risco repercute de forma mais acentuada, pois já parte de riscos anteriores mais elevados (Chobanian et al., 2003).

Além do diagnóstico precoce, o acompanhamento efetivo dos casos pelas equipes da AB é fundamental, pois o controle da pressão arterial (PA) reduz complicações cardiovasculares e desfechos como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), problemas renais, entre outros (Hipertensão Arterial Sistêmica 1ª edição, 2ª reimpressão. Brasília-DF 2013).

Pelo anteriormente dito é importante uma avaliação clínica completa em cada consulta dos usuários Hipertensos para detectar mau controle destas doenças, assim como diagnóstico precoce de complicações. Com nosso trabalho em equipe foi possível fazer exame clínico a 100% (178) dos usuários Hipertensos cadastrados

no programa ao longo dos 3 meses (Figura 3). A nossa dinâmica funcionou muito bem, onde os usuários eram recebidos pela equipe de enfermagem, realizava o acolhimento, a avaliação física geral era realizada pelo clínico, devido aos bons resultados obtidos continuará acontecendo igual à rotina estabelecida na intervenção.

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

**Indicador 2.2.** 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.

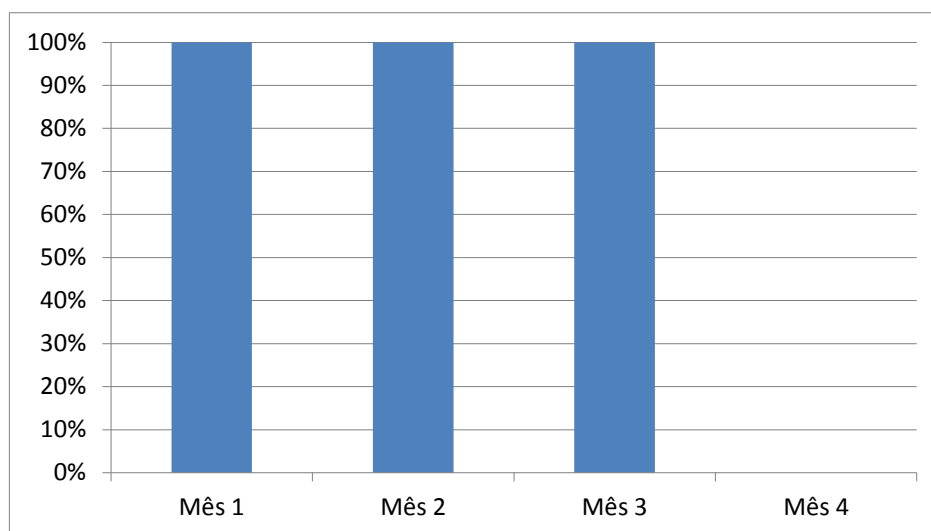


Figura 4 - Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

O exame físico da pessoa com DM é muito importante, visto que pode detectar complicações da doença e identificar outras condições que, associadas, aumentam a morbimortalidade e influenciam no tratamento. No transcurso de nossa intervenção como mostra a Figura 4, foi possível realizar exame clínico completo a 100 % (57) dos usuários diabéticos ao longo dos três meses. Se não tinha sido pelo

envolvimento da equipe isto não teria sido possível. Normalmente os usuários passavam por uma primeira avaliação pela enfermeira, passagem, estatura, hemoglicoteste etc., e o resto do exame físico realizado pelo clínico geral. Este trabalho articulado entre clínico e enfermeira é o principal facilitador para esta ação, e a principal limitante é a falta de funcionário o que ocorreu sobrecarrega para a equipe.

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

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

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

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

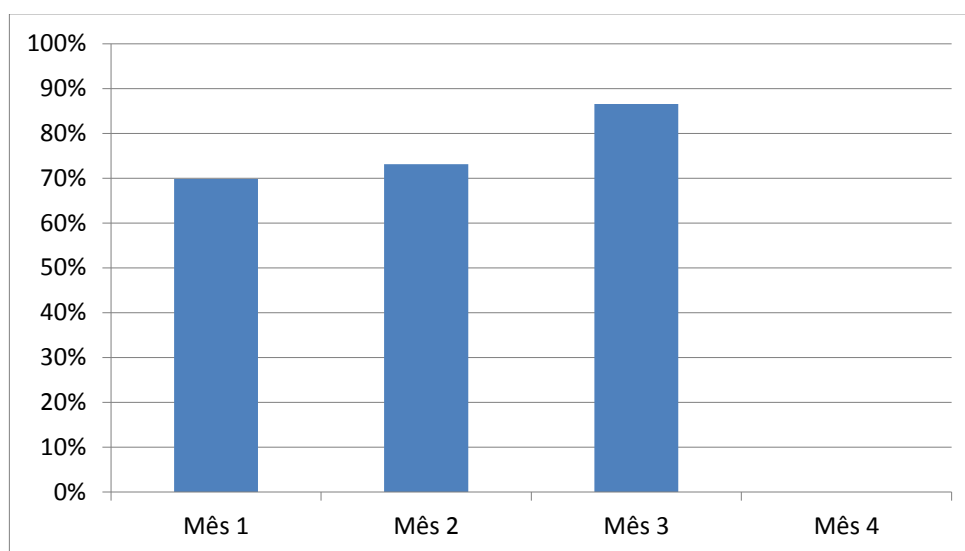


Figura 5 - Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

O atendimento inicial e acompanhamento da pessoa com diagnóstico de HAS requer um apoio diagnóstico mínimo. Sugere-se uma periodicidade anual destes exames, no entanto, o profissional deverá estar atento ao acompanhamento individual de cada usuário, considerando sempre o risco cardiovascular, as metas de

cuidado e as complicações existentes. Dentre destes: Eletrocardiograma, Dosagem de glicose, Dosagem de colesterol total, Dosagem de colesterol HDL, Dosagem de triglicerídeos, Cálculo do LDL = Colesterol total - HDL- colesterol - (Triglicerídeos/5), Dosagem de creatinina, Análise de caracteres físicos, elementos e sedimentos na urina, dosagem de potássio, Fundoscopia. (DAB/SAS/MS.).

Ao avaliar os exames de rotina, o profissional deve observar alguns aspectos: O eletrocardiograma é razoavelmente sensível para demonstrar repercussões miocárdicas da hipertensão, como sobrecarga de ventrículo esquerdo. A presença de proteinúria leve a moderada no sedimento urinário é, geralmente, secundária à repercussão de hipertensão sobre os rins. Proteinúria mais acentuada, leucocitúria e hematúria (excluídas outras causas), especialmente se acompanhadas dos cilindros correspondentes, indicam hipertensão grave ou hipertensão secundária à nefropatia. O potássio sérico anormalmente baixo sugere o uso prévio de diuréticos. Excluída essa causa, o usuário deve realizar, via encaminhamento, investigação de hiperaldosteronismo primário. A dosagem do colesterol e da glicemia visa detectar outros fatores que potencializam o risco cardiovascular da hipertensão. Outros exames complementares poderão ser solicitados conforme a apresentação clínica. A radiografia de tórax deve ser feita quando houver suspeita de repercussão mais intensa de hipertensão sobre o coração, como insuficiência cardíaca, podendo demonstrar aumento do volume cardíaco, sinais de hipertensão venocapilar e dilatação da aorta, ou quando houver outra indicação, como doença pulmonar obstrutiva crônica. O ecocardiograma é indicado quando existem indícios de insuficiência cardíaca, mas não é indispensável para estratificar o risco e tomar decisões terapêuticas no usuário hipertenso (DAB/SAS/MS).

Foi possível solicitar os exames complementares a 100% (178) dos usuários Hipertensos ao longo dos três meses da intervenção, destes só 69,9% (37), no primeiro mês, 73,1% (58) segundo mês e 86,5% (154) no terceiro mês retornaram para mostrar resultados (Figura 5). A realização de exames está facilitada, pois a secretaria municipal de saúde contrata laboratório terceirizado que fazem coleta na própria UBS, a principal dificuldade é que muitos usuários não retornam para mostrar resultados, tendo a equipe que faz busca ativa.

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

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

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

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

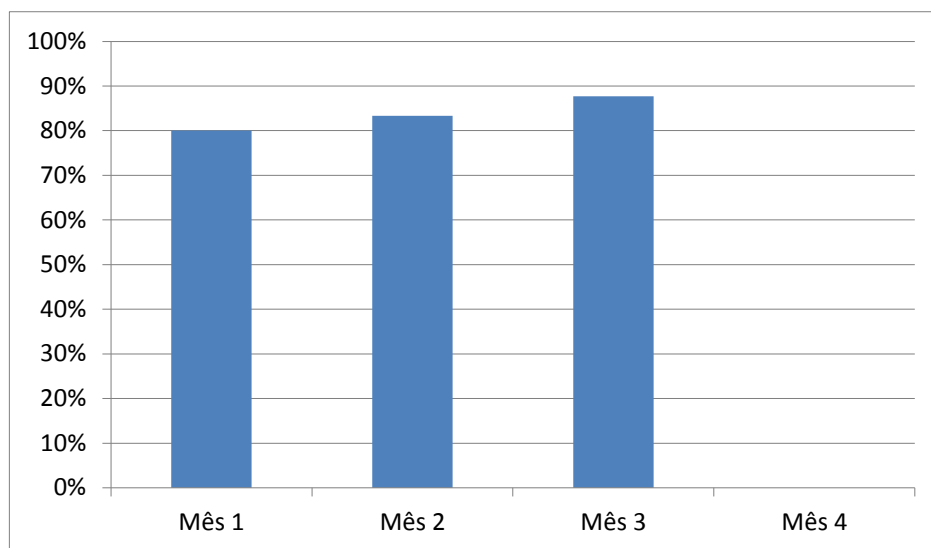


Figura 6 - Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

O elenco de exames a seguir é necessário para o atendimento inicial e acompanhamento da pessoa com DM. A periodicidade destes exames dependerá do acompanhamento individual de cada usuário, considerando o alto risco cardiovascular para a pessoa com DM, o controle metabólico, as metas de cuidado e as complicações existentes. Estes exames são: Glicemia de jejum e HbA1C, Colesterol total (CT), HDL, LDL e triglicerídeos (TG), Creatinina sérica, exame de urina tipo 1 e, se necessário, microalbuminúria ou relação albumina/creatinina, fundoscopia. Também podem ser solicitados exames para avaliação cardiológica, conforme necessidade individual, como eletrocardiograma (ECG). Atualmente, não há benefício do rastreamento adicional em usuários assintomáticos com ECG normal (Young et al., 2009). Dessa maneira, avaliação adicional para identificação de doença coronariana está indicada apenas nos usuários com sintomas cardíacos



típicos ou atípicos e quando ECG de repouso alterado (American Diabetes Association, 2012). A 100% (57) dos usuários Diabéticos cadastrados no programa foram solicitados os exames complementares, mas só um 87% (50) final da intervenção retornou para mostrar resultados (Figura 6). A secretaria municipal de saúde da facilidade para esta ação, contratando laboratório terceirizado que fazem as coletas na própria UBS, mesmo assim muitos usuários não valorizando este fato, fazem os exames e não retornam a consulta para mostrar resultados, este o principal ponto negativo.

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

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

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

Denominador: Número total de hipertensos com prescrição de medicamento.

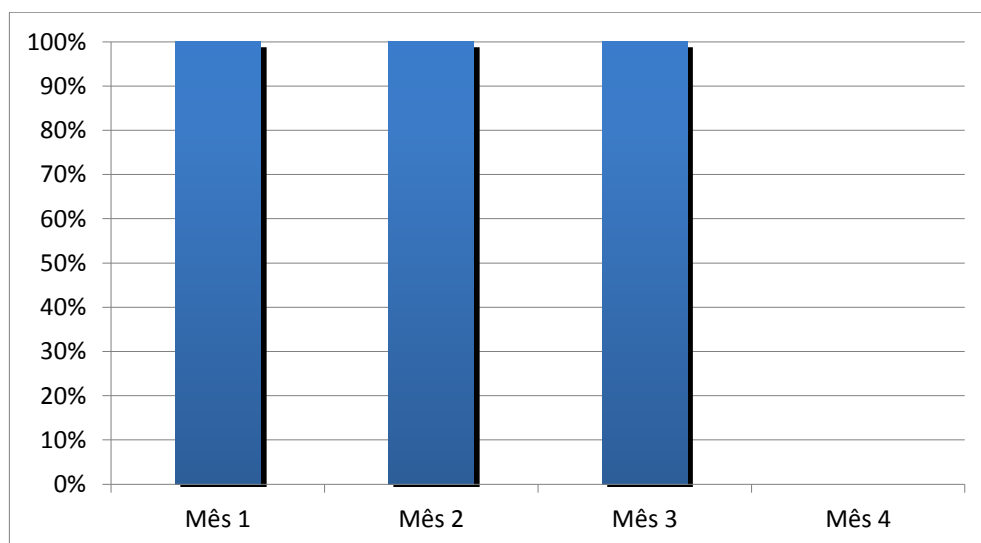


Figura 7 - Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

O cuidado da pessoa com hipertensão arterial sistêmica (HAS) deve ser multiprofissional. O objetivo do tratamento é a manutenção de níveis pressóricos controlados conforme as características do usuário e tem por finalidade reduzir o

risco de doenças cardiovasculares, diminuir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2010).

Um dos desafios para as equipes da Atenção Básica é iniciar o tratamento dos casos diagnosticados e manter o acompanhamento regular dessas pessoas motivando-as à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

Para isto a Prefeitura, mediante a secretaria municipal de saúde garanta a medicação gratuita para todos os usuários podendo eles obter na própria UBS, em alguns casos quando há algum medicamento em falta, os usuários são encaminhados para a farmácia popular. A Figura 7 mostra que o 100 % (178) dos usuários Hipertensos receberam medicamento da farmácia da UBS e/ou farmácia popular.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

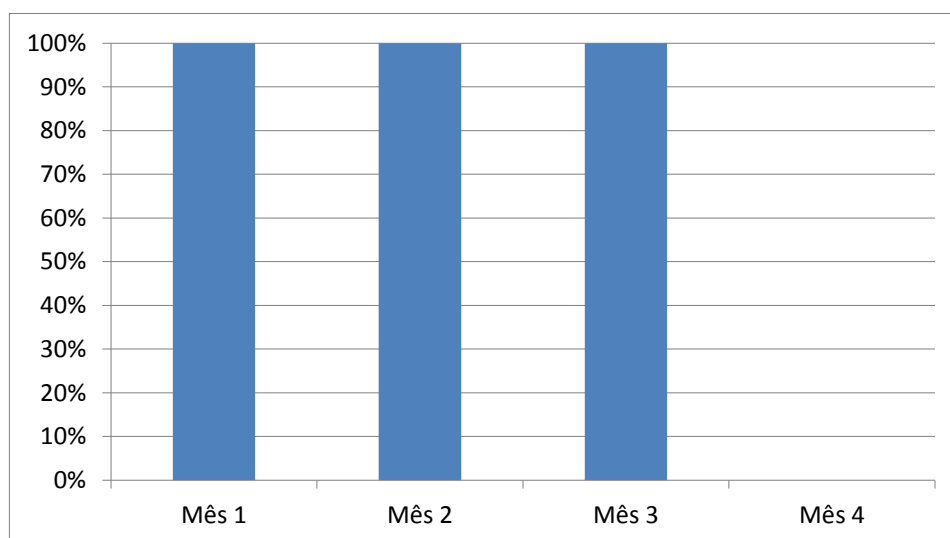


Figura 8 - Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

O tratamento do DM tipo 1, além da terapia não farmacológica, exige sempre a administração de insulina, a qual deve ser prescrita em esquema intensivo, de três a quatro doses de insulina/ dia, divididas em insulina basal e insulina prandial, cujas doses são ajustadas de acordo com as glicemias capilares, realizadas ao menos três vezes ao dia. Esse esquema reduz a incidência de complicações microvasculares e macrovasculares em comparação com o tratamento convencional de duas doses de insulina/dia (the diabetes control and complications reserch trial group, 1993). Pela maior complexidade no manejo desses usuários, eles são, em geral, acompanhados pela atenção especializada (Duncan et al., 2013).

O DM tipo 2, que acomete a grande maioria dos indivíduos com diabetes, exige tratamento não farmacológico, em geral complementado com antidiabético oral e, eventualmente, uma ou duas doses de insulina basal, conforme a evolução da doença. Casos que requerem esquemas mais complexos, como aqueles com dose fracionada e com misturas de insulina (duas a quatro injeções ao dia), são em geral acompanhados pela atenção especializada (Duncan et al., 2013). A Figura 8 mostra que 100% (57) cadastrados no programa têm garantido a medicação pela farmácia da UBS e/ou farmácia popular, tanto os diabéticos tipo I, quanto os tipo II, estão garantidas as condições para que estes usuários fiquem com bom controle metabólico, isto vai depende mais que todo da característica de cada usuário, de fazer adesão ao tratamento.

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

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

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

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

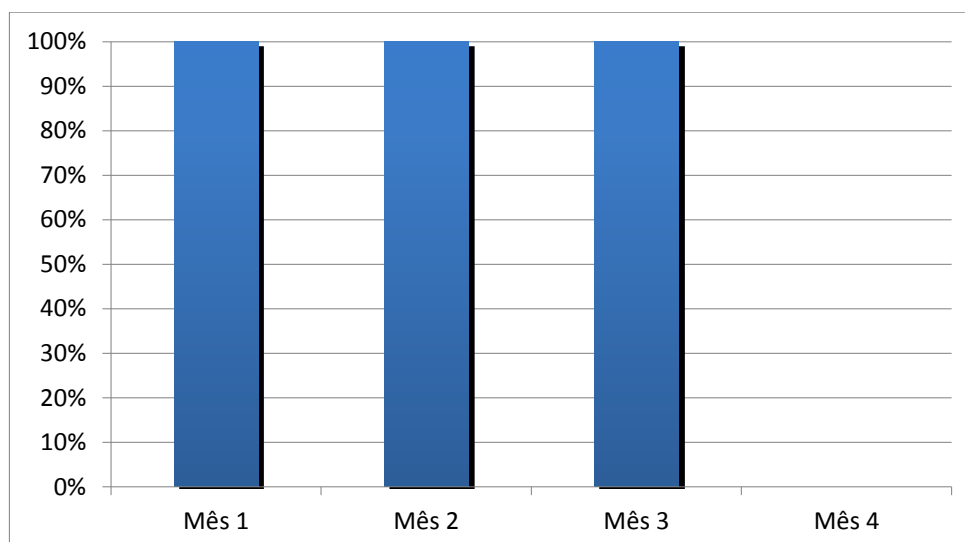


Figura 9 - Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

O atendimento odontológico para o usuário normotenso e/ou PA limítrofe, deve-se realizar o atendimento odontológico convencional. Pessoas com PA limítrofe deverão fazer avaliação para identificar a presença de fatores de risco para doença cardiovascular, é necessário verificar se o usuário apresenta necessidade de procedimentos odontológicos clínico-ambulatoriais. Os usuários hipertensos que necessitam de atendimento clínico-ambulatorial deverão ter sua PA avaliada previamente, identificando, de acordo com os níveis tensionais, o tipo de atendimento a ser realizado e os encaminhamentos necessários. Os usuários com níveis tensionais abaixo de 140/90mmHg, podem receber qualquer tratamento odontológico. Os usuários hipertensos no estágio I e II, na primeira sessão, devem ter sua PA verificada novamente cinco minutos após a primeira aferição. No estágio I, se a PA continuar elevada, o usuário deve ser orientado a agendar consulta médica para avaliação conforme rotina da Unidade Básica de Saúde, sendo agendada nova consulta odontológica após o controle da PA. No estágio II, se a PA permanecer elevada, deve-se verificar se há presença de dor de cabeça, dor no peito, falta de ar ou falta de força. Na presença de um desses sintomas, a melhor conduta é o encaminhamento imediato para avaliação médica e evitar qualquer procedimento odontológico. Na ausência de algum desses sintomas, o usuário deve ser encaminhado para avaliação médica ou com o enfermeiro (Brasil, 2006).

Não está claramente estabelecido na literatura qual é o valor de PA segura para a realização de um procedimento de urgência, porém, na prática clínica, adotam-se os valores de PA até 180/110 mmHg como valores limites para intervir em caso de urgência odontológica sem avaliação médica imediata (Herman et al., 2004). Recomenda-se que nos casos de urgência (pulpites, abscessos, entre outros) em usuários com PA sistólica acima de 160 mmHg e/ou diastólica acima de 100mmHg, discutir o caso com o médico da equipe antes de realizar o procedimento e avaliar de forma conjunta a medicação a ser indicada para a redução da PA. Se a redução da PA para níveis abaixo de 160/100mmHg for alcançada, pode-se realizar a terapêutica odontológica (BRASIL, 2006).

Nas situações em que a PA do usuário encontra-se com valores 180/100 mmHg, deve-se suspender o atendimento e encaminhar o usuário para consulta com médico ou enfermeira da UBS.

Usuários com HAS que procuram a UBS para atendimento odontológico precisam ter sua história clínica coletada previamente ao atendimento, obtendo-se informações sobre as condições de saúde. Nessa avaliação inicial, devem-se verificar quais são as necessidades destes usuários em relação a sua saúde bucal. Na consulta de revisão, o cirurgião-dentista deverá realizar o exame completo da boca, instrução de higiene bucal, quando necessário, e marcar retorno para manutenção conforme rotina da UBS (American Heart Association, 1997).

A Figura 9 aponta que 100% (178) dos usuários cadastrados no programa de atenção receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Durante a intervenção formam garantidas vagas diárias para usuários hipertensos, este acompanhamento acontece em parceria com o clínico, no caso de usuários que apresentaram níveis tensionais elevados durante a consulta odontológica, foi solicitada uma avaliação clínica pela dentista, procedendo à conduta adequada conforme o caso, este fato continuará acontecendo, mesmo terminando a intervenção.

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

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

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

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

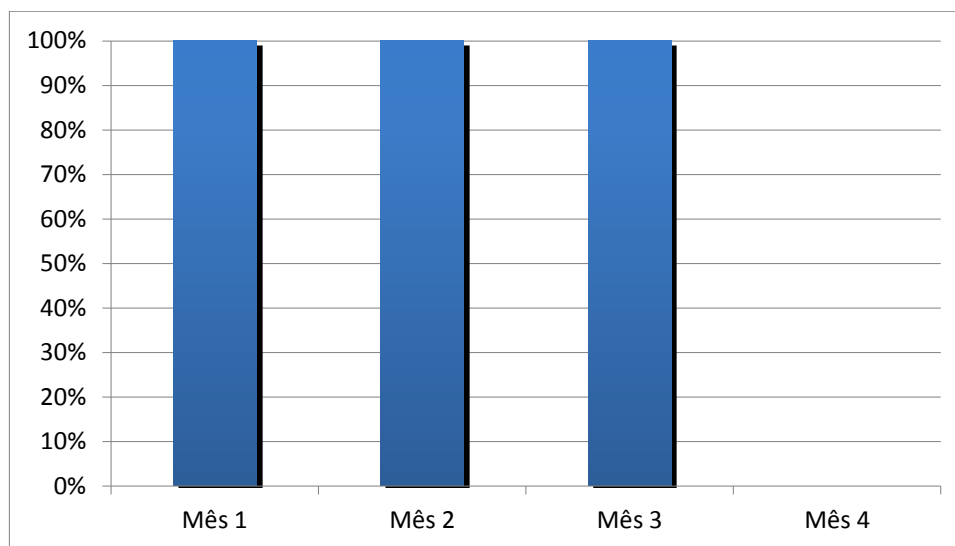


Figura 10 - Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

As pessoas com DM e bom controle metabólico podem ser tratadas pelo odontólogo da mesma forma que uma pessoa sem o distúrbio metabólico, uma vez que respondem ao tratamento de forma favorável como as pessoas que não possuem diabetes (Alves et al., 2006; Sousa et al., 2003; Associação dental mexicana, 1999), no caso dos usuários diabéticos com risco moderado é importante a orientações gerais sobre controle da glicemia, cuidados com a alimentação, redução do estresse e risco de infecção são importantes para estas pessoas. Elas poderão ser submetidas a procedimentos de exame, radiografias, instrução de higiene bucal, restaurações dentárias, profilaxia supragengival, raspagem e polimento radicular subgengival e endodontia. Cirurgia bucal moderada a extensa (exodontias simples, múltiplas ou de dentes inclusos, cirurgia a retalho e gengivectomia) pode ser executada apenas após consulta com o médico da pessoa. Pode ser avaliada com o médico a necessidade de ajustes na dosagem de insulina (Fang et al., 2006). Pessoas com DM mal controlada possuem maior risco de desenvolver infecções, sendo necessária a prescrição de profilaxia antibiótica antes

do procedimento cirúrgico nos casos em que, associado ao controle glicêmico mal executado, houver alguma infecção dentária. A prescrição dá-se de forma semelhante à utilizada para prevenção de endocardite bacteriana (Alexander, 1999). Pessoas com DM e alto risco para procedimentos odontológicos podem apenas ser submetidas a exames bucais após medidas para redução do estresse. Qualquer tipo de procedimento deve ser adiado até que suas complicações sistêmicas estejam estabilizadas, sendo o tratamento apenas paliativo (Fang et al., 2006).

Uma exceção importante são as pessoas cujo controle glicêmico está comprometido por uma infecção dentária ativa. Neste caso, deve ser executado o procedimento mais simples para a manutenção do controle. Em alguns casos a necessidade de insulina pode diminuir e um melhor controle metabólico pode ser obtido (Fang et al., 2006) Durante a intervenção foram garantidas 2 vagas por dia com a dentista para usuários diabéticos dando cumprimento aos cuidados multidisciplinar destes usuários, sendo que os cuidado odontológico é fundamental, pois como o mau controle metabólico predispõe a problemas odontológicos principalmente infecciosos, acontece a com boca mal cuidada, predispõe a descontrole em usuários diabéticos. 100% (57) dos usuários diabéticos foram avaliados da necessidade de atendimento odontológico e orientados a agendar consulta com a dentista (Figura 10).

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

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

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

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

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

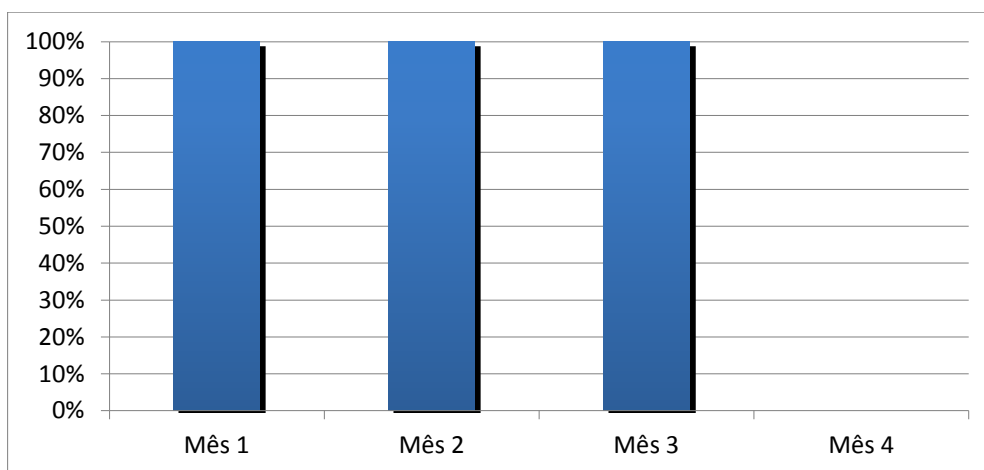


Figura 11 - Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

A hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus constituem dos principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares, motivo pelo qual constituem agravos de saúde pública onde cerca de 60 a 80% dos casos pode ser tratados na rede básica (ministério da saúde). Ambas são doenças que apresentam vários aspectos em comum, tais como: tratamento não medicamentoso; cronicidade; complicações crônicas que podem ser evitadas quando precocemente identificadas e adequadamente tratadas; geralmente assintomática na maioria dos casos; de difícil adesão ao tratamento pela necessidade de mudança nos hábitos de vida e participação ativa do indivíduo; necessidade de controle rigoroso; necessidade de acompanhamento por equipe multidisciplinar e pelo fato de serem facilmente diagnosticadas na população (International Diabetes Federation, 2013). Então conforme diz o texto supracitado, há dificuldade de adesão para alguns usuários, pelo fato da necessidade da mudança de estilo de vida que é preciso destes usuários e muito cursam assintomáticos é por isto que é preciso fazer busca ativa dos hipertensos faltos, durante a intervenção 100% (178) dos usuários hipertensos identificados como faltosos fizemos busca ativa (Figura 11). Graças ao trabalho da equipe, em parceria com o conselho local de saúde foi possível estes resultados. A principal dificuldade foi a sobrecarga dos profissionais pela falta de ACS.

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



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

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

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

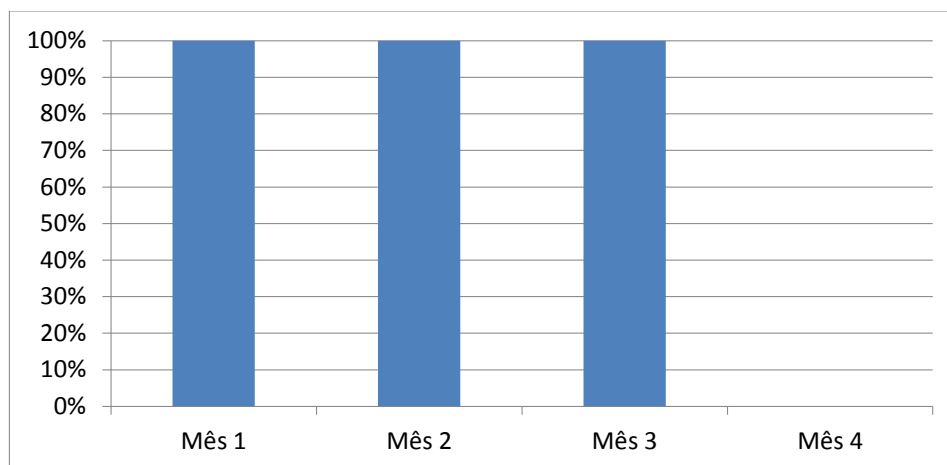


Figura 12 - Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

Para o Diabetes Mellitus não foi diferente do indicador anterior, pois por ser uma doença que para seu bom controle é preciso mudança no estilo de vida, muitos usuários têm dificuldade para fazer adesão ao acompanhamento na UBS e é necessário então busca ativa para eles, como mostra a Figura 12 durante a intervenção o 100% (57) dos usuários considerados como faltosos, fizemos busca ativa, graça ao trabalho da equipe em parceria com o conselho local de saúde.

**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.

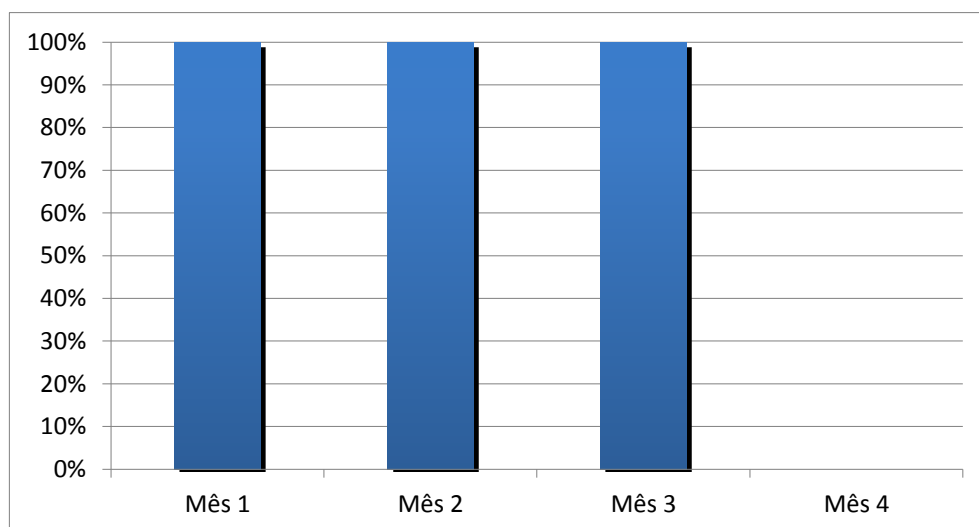


Figura 13 - Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

O prontuário é um documento único constituído de um conjunto de informações, de sinais e de imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do usuário e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. A 100% (178) dos usuários hipertensos cadastrado foram registrados adequadamente os dados no prontuário (Figura 13). Esta rotina vai se manter, pois é imprescindível para o acompanhamento subsequentes dos usuários.

**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.

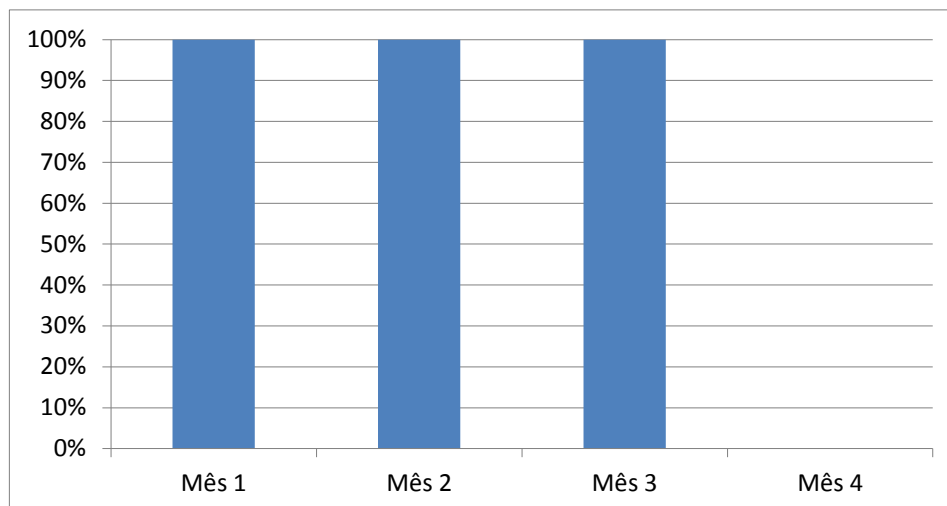


Figura 14 - Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

O prontuário é o instrumento de intercomunicação, devendo contribuir para a integração da equipe de saúde, possibilitando a coordenação do cuidado. No ensino e na pesquisa, possibilita o conhecimento dos casos, dos antecedentes, dos contatos e das patologias, condições ou agravos. Facilita o estudo de diagnóstico e a avaliação da terapêutica. É campo para pesquisa e fonte para os mais diversos dados estatísticos de incidências e prevalências, de morbidade e mortalidade. Torna possível a verificação e a comparação das diferentes condutas terapêuticas e estabelece uma análise comparativa da eficiência (Manual do prontuário de Saúde da Família, Belo Horizonte 2007).

A Figura 14 aponta que 100% (57) dos usuários Diabéticos cadastrados foram registrados adequadamente os dados no prontuário. Esta rotina vai se manter, pois é imprescindível para o acompanhamento subsequentes dos usuários.

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

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

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

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

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

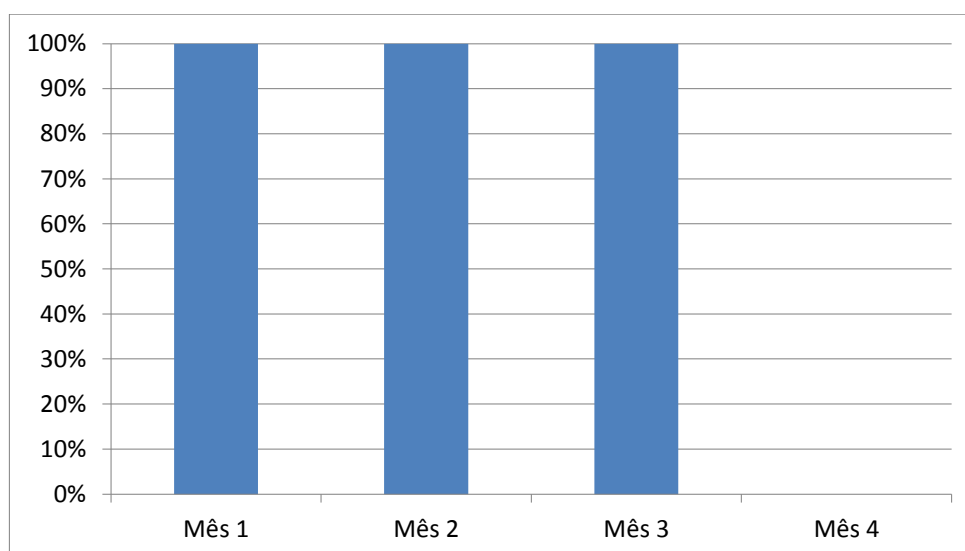


Figura 15 - Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

As doenças cardiovasculares (DCV) representam a principal causa de mortalidade e incapacidade no Brasil e no Mundo. Nesse sentido, a prevenção de doença cardiovascular passa a ser uma prioridade em termos de saúde pública, principalmente naqueles indivíduos considerados de alto risco cardiovascular. Para tanto, se faz necessária a utilização de estratégias validadas, a fim de identificarmos de modo adequado estes usuários na prática clínica diária (Sociedade de cardiologia de rio grade do Sul). Foi feito a estratificação de risco cardiovascular nos 100% (178) dos usuários Hipertensos cadastrados (Figura 15), assim conseguimos manter um maior controle de nossos usuários fazendo acompanhamento com mais frequências naquele com alto risco e assim encaminhamento para avaliação com cardiologistas.

**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.

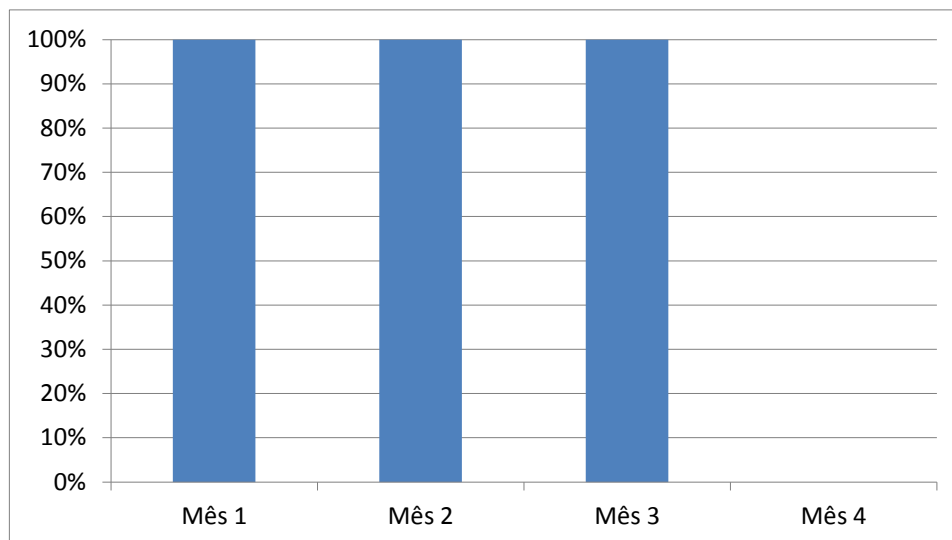


Figura 16 - Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

O objetivo de estratificar o risco cardiovascular de um usuário não se limita a simplesmente a identificar se ele possui ou não alto risco para o desenvolvimento de desfechos cardiovasculares relevantes. Dessa forma, é fundamental que a classificação do usuário como sendo de alto risco implique necessariamente em mudança de conduta terapêutica. A implementação desta conduta terapêutica, por sua vez, deve ser traduzida de maneira clínica por redução de eventos cardiovasculares maiores (Sociedade de cardiologia de rio grade do Sul). Foi feito a estratificação de risco cardiovascular nos 100% (57) dos usuários Diabéticos cadastrado no programa (Figura 16), assim conseguimos manter um maior controle de nossos usuários, fazendo acompanhamento com mais frequências naquele com alto risco e assim encaminhamento para avaliação com cardiologista.

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

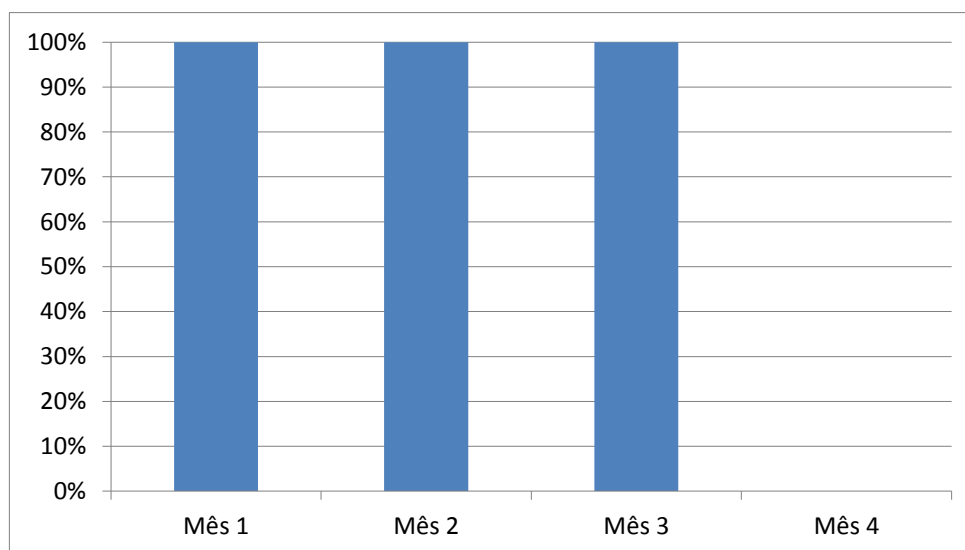


Figura 17 - Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

O estilo de vida é claramente um dos maiores responsáveis pela patogenicidade e alta prevalência da hipertensão arterial sistêmica (HAS). Entre os aspectos associados estão principalmente os hábitos e atitudes que corroboram para o aumento do peso corporal, especialmente associado ao aumento da obesidade visceral; alto consumo energético; e excesso ou deficiência de nutrientes, associados ao padrão alimentar, baseado em alimentos industrializados (Brasil, 2001; Canaan et al., 2006).

Entre os hábitos de vida, a alimentação ocupa um papel de destaque no tratamento e prevenção da HAS. Uma alimentação inadequada está associada de forma indireta o maior risco cardiovascular, que pode, ainda, ser associado a outros fatores de risco como obesidade, dislipidemia e HAS. Várias modificações dietéticas demonstram benefícios sobre a PA, como a redução da ingestão de sal e álcool, redução do peso e possivelmente aumento no consumo de alguns micronutrientes, como potássio e cálcio. Alguns estudos indicam que o padrão dietético global, mais que um alimento isolado, tem maior importância na prevenção de doenças e redução da morbidade e mortalidade cardiovascular (Miranda; Strufaldi, 2012).

Conforme esta demonstrado na Figura 17, 100% (178) dos usuários cadastrados receberam orientação nutricional, tanto na consulta da equipe, quanto

da consulta com a nutricionista. O principal limitante foi a dificuldade de adesão dos usuários às orientações nutricionais fornecidas.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

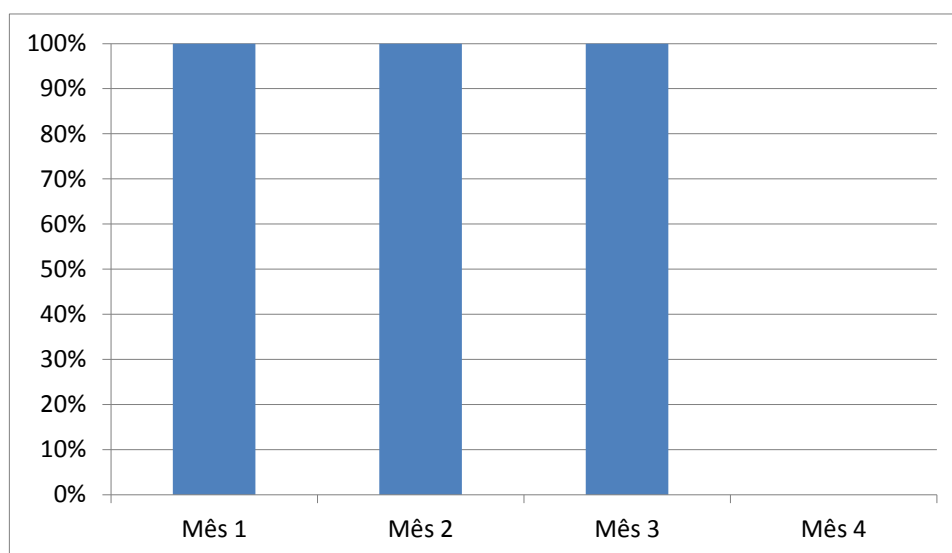


Figura 18 - Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

Os médicos e os enfermeiros das equipes de AB realizam grande parte do acompanhamento das pessoas com DM em consulta individual. É fundamental que esses profissionais estejam preparados para identificar os fatores de risco relacionados com a alimentação e que saibam realizar orientações sobre alimentação saudável para um adequado controle glicêmico e para prevenção de complicações. A perda de peso por meio de mudança intensiva do estilo de vida, em especial atividade física e modificações dietéticas, aliada a benefícios como controle da hiperglicemia, resulta em melhoria dos demais fatores de risco cardiovasculares,

especialmente para os indivíduos com alto risco de desenvolverem o DM (Wing et al., 2010; American Diabetes Association, 2013).

As recomendações nutricionais prescritas para esse fim podem restringir calorias ou reduzir carboidratos, já que o benefício observado é semelhante entre as diferentes dietas (American diabetes association, 2011; 2012). Dietas com baixo teor de carboidratos têm benefício no controle glicêmico, na perda de peso (mesmo sem focar na restrição calórica), na redução do uso de medicações e nos fatores de risco cardiovascular como aumento do HDL-colesterol, quando comparadas com dietas tradicionais (Westman et al., 2008; Esposito et al., 2009). Dietas com baixo índice glicêmico também apresentam benefício no controle glicêmico (redução de 0,43% na HbA1c) e níveis de HDL-colesterol (Brand-Miller et al., 2003; Jenkins et al., 2008).

Conforme esta demonstrado na Figura 18, 100% (57) dos usuários foram cadastrados no programa de atenção e receberam orientação nutricional, tanto na consulta da equipe, quanto da consulta com a nutricionista. A principal limitante foi a dificuldade de adesão dos usuários às orientações nutricionais fornecidas.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.



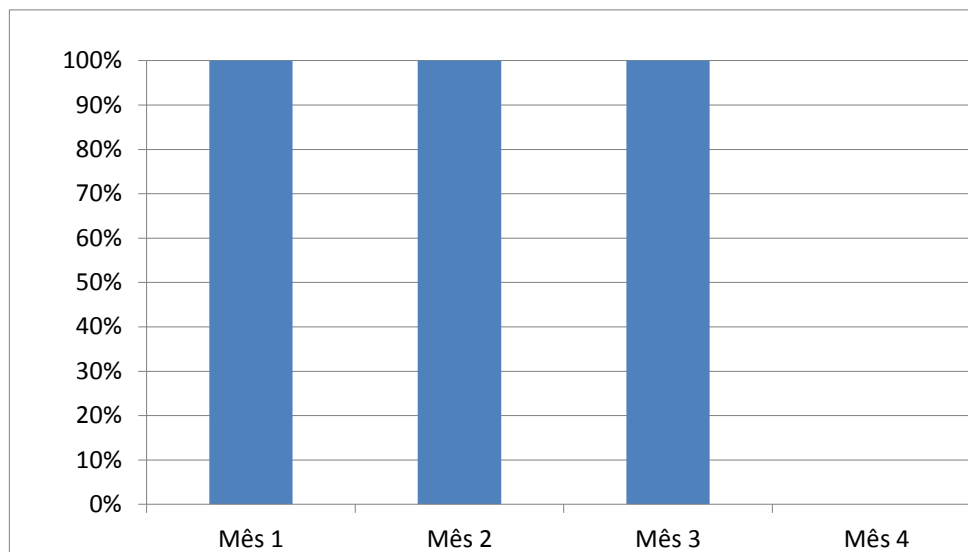


Figura 19 - Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

A promoção do estilo de vida mais ativo tem sido utilizada como estratégia de desenvolver melhoria nos padrões de saúde e na qualidade de vida. Estudos recentes têm demonstrado que intervenções não farmacológicas no manejo da HAS, complementares ao tratamento, são cada vez mais relevantes na prática clínica. A redução do peso e a menor ingestão de sódio e álcool, associados às práticas corporais, podem reduzir em até 10 mmHg a pressão arterial sistólica (PAS) (Kithas; Supiano, 2010).

Indivíduos que não praticam atividade física ou indivíduos sedentários têm um risco 30% a 50% maior de desenvolver HAS. Um estilo de vida ativo pode modificar este quadro tendo efeito preventivo importante. A atividade física regular associa-se a múltiplos benefícios para a saúde, incluindo redução da incidência de doenças cardiovasculares e morte por esta causa (Fang J. et al 2005).

Indivíduos que não praticam atividade física ou indivíduos sedentários têm um risco 30% a 50% maior de desenvolver HAS. Um estilo de vida ativo pode modificar este quadro tendo efeito preventivo importante. A atividade física regular associa-se a múltiplos benefícios para a saúde, incluindo redução da incidência de doenças cardiovasculares e morte por esta causa (Fang J. et al 2005).

A Figura 19 aponta que 100% (178) dos usuários receberam orientação sobre a importância de atividades física para o controle das doenças crônicas e

acontecem todas as quartas feiras, atividade física (ginástica), desenvolvida por uma estagiária da Universidade Caxias do Sul.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

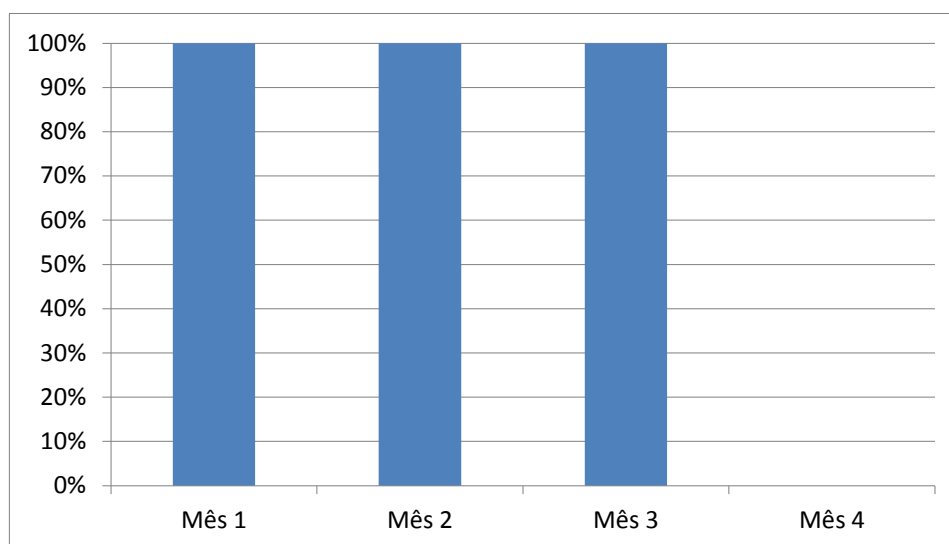


Figura 20 - Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

Várias pesquisas já avaliaram os benefícios da atividade física para a pessoa com DM. O estudo Action for Health in Diabetes avaliou o efeito de dieta e atividade física nos desfechos cardiovasculares em pessoas com DM tipo 2 com sobrepeso ou obesidade. Após quatro anos de seguimento, as pessoas que realizaram mudança intensiva do estilo de vida apresentaram benefício na perda de peso, no controle glicêmico, na capacidade funcional, no controle pressórico e no aumento do HDL-colesterol (WING, 2010).

Vimos que 100 % (57) dos usuários Diabéticos cadastrados no programa de receberam orientação sobre a importância de atividades física para o controle das

doenças crônicas e acontecem todas as quarta feiras, na própria UBS atividade física (ginástica) principalmente para estes usuários, feita por uma estagiária da Universidade de Caxias Do Sul (Figura 20).

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

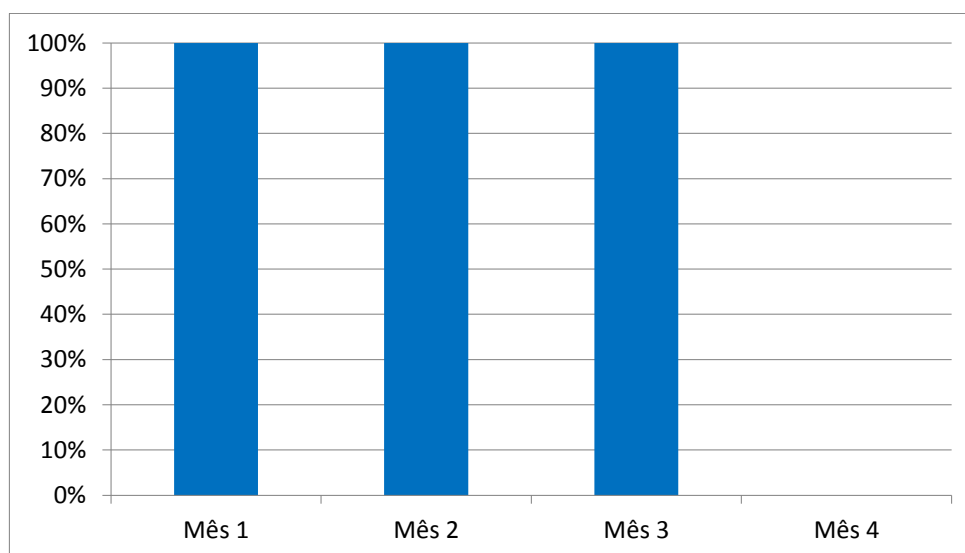


Figura 21 - Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

No Brasil estima-se que cerca de 200.000 mortes/anos sejam decorrentes do tabagismo (Opas, 2002), esta realidade afeta intensamente a Caxias do Sul, principalmente por as baixas temperaturas no período de inverno, há um alto índice de tabagista, um importante fator de risco para Hipertensão, é por isto que em cada consulta o 100% (178) dos usuários recebeu orientação sobre o risco do tabagismo (Figura 21), a fim de trabalhar a importância de sua redução/eliminação em prol de uma vida saudável.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

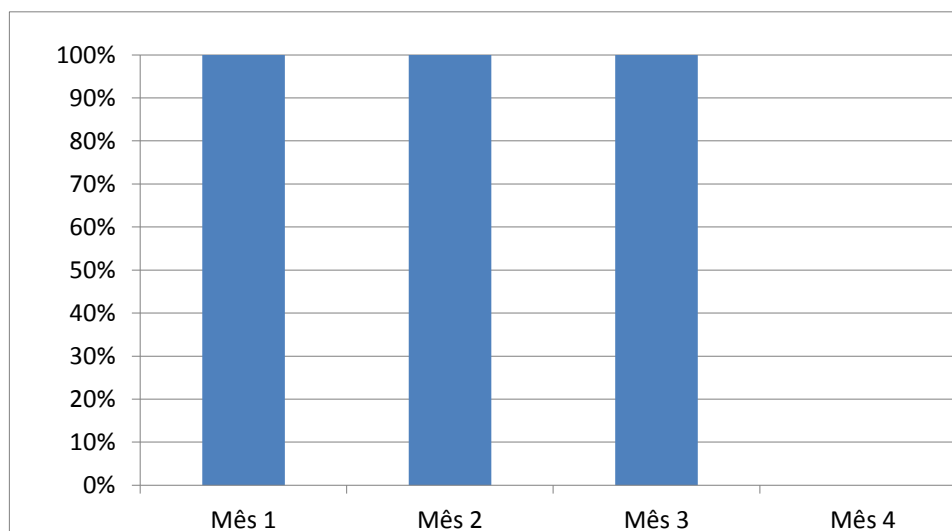


Figura 22 - Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

No Brasil estima-se que cerca de 200.000 mortes/anos sejam decorrentes do tabagismo (Opas, 2012), esta realidade afeta intensamente a Caxias do Sul, principalmente por as baixas temperaturas no período de inverno, há um alto índice de tabagista, um importante fator de risco para Diabete mellitus principalmente a tipo 2, é por isto que em cada consulta o 100% (57) dos usuários recebeu orientação sobre o risco de tabagismo (Figura 22), a fim de trabalhar a importância de sua redução/eliminação em prol de uma vida saudável.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

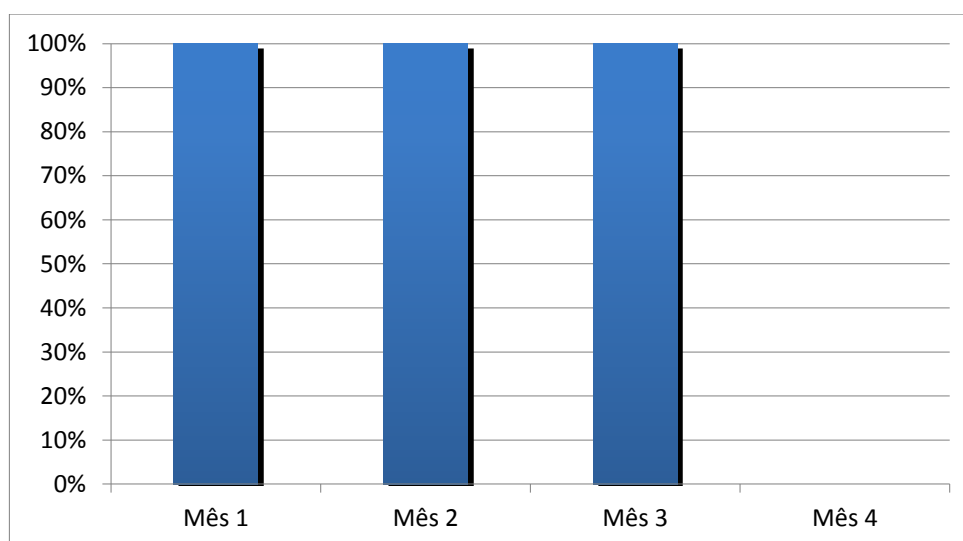


Figura 23 - Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

Tendo em conta que os usuários devem receber atenção integral, seguindo parâmetro do Sistema Único de Saúde, dentre deste esta a orientação sobre saúde bucal, neste caso referindo-nos aos hipertensos alvo de intervenção como mostra a Figura 23, 100% (178) dos usuários hipertensos recebeu orientação sobre a importância da higiene bucal para evitar doenças bucais que podem alterar o equilíbrio do organismo como um todo. Não houve grandes dificuldades no desenvolvimento desta ação, visto que houve uma boa parceria da equipe com o odontólogo e todos juntos disponibilizamos estas informações aos usuários.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

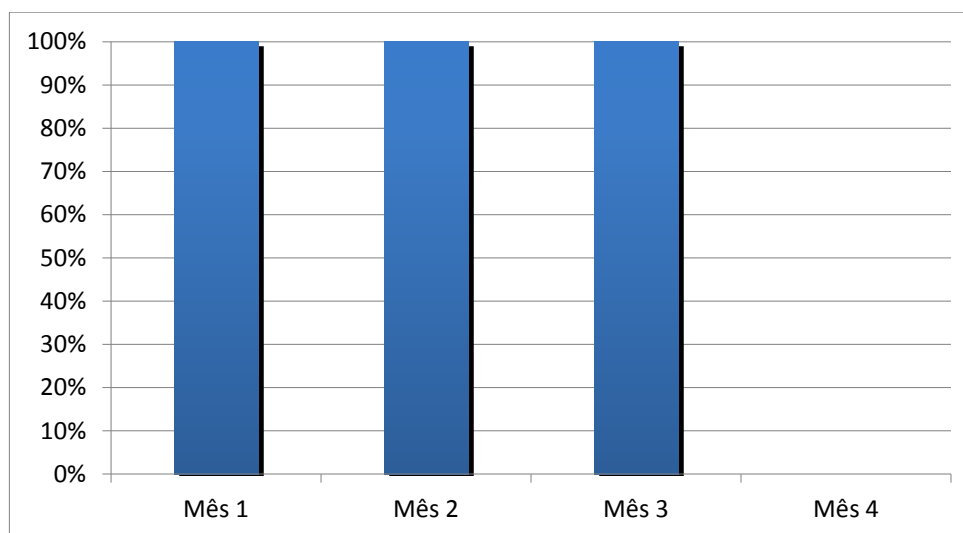


Figura 24 - Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

Um estudo demonstrou que a falta de conhecimento das pessoas com DM em relação às complicações bucais da doença e sobre a importância da manutenção adequada da saúde bucal pode prejudicar o controle glicêmico. Por isso, a equipe de Saúde tem a responsabilidade de compartilhar conhecimentos educativos sobre os riscos de complicações bucais nas pessoas com DM, bem como orientar sobre comportamentos adequados que podem reduzir os riscos de perda dentária, doença periodontal e patologias nos tecidos moles (MOORE et al., 2000), portanto, 100% (57) dos usuários receberam orientação sobre higiene bucal e a importância deste fato para evitar doenças odontológicas graves, causa de descompensação da DM (Figura 24). Não houveram grandes dificuldades no desenvolvimento desta ação, visto que houve uma boa parceria da equipe com o odontólogo e todos juntos disponibilizamos estas informações aos usuários.

## 4.2 Discussão

A intervenção na UBS Campos da Serra Caxias do Sul propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para exame clínico completo nos usuários, solicitação de exames complementares, garantir a medicação, orientação

nutricional, avaliação de risco cardiovascular, orientação sobre saúde bucal, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, assim como busca ativa de usuários faltosos à consulta.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento dos usuários Hipertensos e Diabéticos. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da equipe. Antes da intervenção, os profissionais da UBS, realizavam os trabalhos muitas vezes separados; com a intervenção conseguimos um trabalho organizado, planejado de toda a equipe de saúde, o qual possibilitou alcançar os objetivos e metas proposto no projeto de intervenção com a exceção da cobertura que não foi alcançada conforme proposta no projeto (50%), alcançamos 24,6% (178) para os hipertensos e 31,8% (57) para os Diabéticos, principalmente pela falta de ACS e por se tratar de uma UBS nova onde não havia nenhum cadastro efetivado, apenas uma população a ser vinculada. É bom salientar que nossa meta inicial estava programa para uma intervenção em 16 semanas e durante seu percurso foi-nos orientado reduzir para 12 semanas de intervenção, dando ainda maior subsídio a nosso alcance e melhorias ao longo deste tempo.

Antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas na médica, a intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a cobertura a um maior número de pessoas. A melhoria do registro e o agendamento dos Hipertensos e Diabéticos viabilizaram a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

O impacto da intervenção foi percebido pela comunidade, pois não tinha unidade básica de saúde e os usuários Hipertensos e Diabéticos tinham que acudir à UBS de outro Barrio, com a inauguração da unidade iniciou-se a realizar os atendimentos para estes usuários, sendo prioritário.

Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos hipertensos e diabéticos sem cobertura, mas temos como objetivo continuar com a mesma organização no desenvolvimento da intervenção, para seguir melhorando a cobertura. O resto da população ainda tem receio pela prioridade que tem estes usuários, mas aos poucos tem aceitado o fato, até porque quase todo mundo na comunidade tem algum parente com uma destas doenças.

Como foi percebido o receio do resto da população quanto à prioridade de atenção nos Hipertensos e Diabéticos, se fosse iniciar a intervenção novamente faríamos uma reunião com a comunidade toda, e não só com o conselho local de saúde, para explicar antecipadamente porque seria a prioridade destes usuários.

A intervenção já está incorporada a rotina do serviço. Com a realização deste trabalho toda equipe conheceu um método mais organizado, onde se podem obter melhores resultados, ainda mais agora que os agentes comunitários de saúde estão por chegar à UBS, vamos conseguir ampliar as visitas domiciliares. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco.

A partir de setembro 2015, já tínhamos disponíveis os ACS, eles já foram selecionados e estão se capacitando para iniciar o trabalho na comunidade. Isto foi graças à insistência da equipe e comunidade à Secretaria Municipal de Saúde. com a presença destes agentes planejamos investir na ampliação de cobertura dos hipertensos e diabéticos. Tomando este projeto como exemplo, também acreditamos que implementando o programa de atenção à saúde criança, pré-natal e puerpério na UBS melhoraremos ainda mais nossa qualidade ao atendimento em geral.



## 5 Relatório da intervenção para gestores

As Doenças Crônico-Degenerativas têm assumido importância cada vez maior no elenco de ações programáticas típicas da ação básica em função da modificação da pirâmide populacional e do estilo de vida que levam estas doenças a condições epidêmicas na população Brasileira.

O presente texto tem como objetivo informar aos gestores do município de Caxias do Sul sobre a intervenção desenvolvida na Unidade Básica de Saúde Campos da Serra, localizada na periferia da cidade, o Bairro atualmente tem uma abrangência de 4760 pessoas. São pessoas de baixo nível socioeconômico, onde predominam hábitos de vida totalmente inadequados, que predispõe a doenças crônicas.

Pelas características desta comunidade e porque foi percebido como uma das principais causas de procura na UBS eram de usuários Hipertensos e Diabéticos, por unanimidade da equipe fizemos escolha desta ação programática para motivo de intervenção. Salientamos que estávamos diante de uma UBS nova onde não havia nenhum cadastro efetivado, apenas uma população a ser vinculada.

A intervenção foi iniciada o dia 13 de fevereiro de 2015, com uma duração de 12 semanas, iniciando com uma reunião da equipe, onde foi exposta a intervenção a realizar, as ações que seriam desenvolvidas por cada um dos integrantes da equipe, feita também uma reunião com os representantes do conselho local de saúde, para informar sobre a intervenção e solicitar sua colaboração.

Foram feitas capacitação em saúde à equipe sobre protocolo de Hipertensão Arterial e Diabetes e educação coletiva em saúde. Como resultado desta intervenção a equipe conseguiu um grande avanço no cadastramento de usuários, tratando-se de uma UBS nova não tínhamos registro nenhum dos usuários, ao início da intervenção tínhamos como objetivo alcançar uma cobertura de 50%, mas sendo que a UBS tem equipe reduzida e sem Agentes Comunitários de Saúde não foi possível, mesmo assim a equipe ficou contente com os resultados. Alcançamos uma cobertura de 24,6% (178) para os Hipertensos e 31,8% (57) para os Diabéticos, traduzido numa atenção mais integral e melhor controle das doenças e assim diminuindo complicações e internações.

Obrigado pela sua colaboração para o desenvolvimento desta intervenção, é bom vocês saber que será ampliada para outras ações programáticas, para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de seu envolvimento ativo no cuidado de sua saúde em conjunto com a equipe da UBS.

Então, quando se faz um trabalho organizado e de qualidade na atenção básica, baseados principalmente em promoção e prevenção, assim como mantendo controlada as doenças crônicas, são diminuídos os encaminhamentos, internações hospitalares, refletindo em diminuição de gastos, por isso que é solicitada a colaboração da comunidade para permanecer próximo a UBS a fim de continuar nosso trabalho com qualidade e autonomia.

## 6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Foi realizada uma intervenção em saúde na UBS Campos da Serra com o objetivo de ampliar a cobertura e melhorar a qualidade de atenção em usuários Hipertensos e Diabéticos, desenvolvida durante 12 semanas, iniciando com uma reunião da equipe, onde foi exposto o projeto a realizar, as ações que seriam desenvolvidas por cada um dos integrantes da equipe, feita também uma reunião com os representantes do conselho local de saúde, para informar sobre a intervenção e solicitar sua colaboração.

Foram feitas capacitação em saúde à equipe, em parceria com a direção de educação permanente da Secretaria de Saúde. Estas capacitações tiveram diversos tópicos: Sobre protocolo de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, acolhimento, tabagismo, visita domiciliar, álcool, etc.

Como resultado desta intervenção a equipe conseguiu um grande avanço no cadastramento de usuários, tratando-se de uma UBS nova, não existia registro nenhum, nossa meta era alcançar uma cobertura de 50%, mas por ter uma equipe reduzida e não ter agentes comunitários na UBS, não foi possível, mas ficamos contentes com os resultados alcançados, conseguimos elevar a cobertura a 178 Hipertensos representando 24,6 % e 57 Diabéticos representando 31,8%, assim como melhora na qualidade do acompanhamento clínico e odontológico melhorando o acesso às consultas, aumento na frequência das visitas domiciliares, garantindo assim que a população fizesse um tratamento mais adequado para cada doença. Com a intervenção conseguimos também uma maior integração da equipe com a comunidade em geral, facilitando assim que as ações fossem realizadas em conjunto.

No geral, os resultados obtidos da intervenção foram muito satisfatórios, portanto vai ser mantido na rotina do dia a dia e tentaremos sua aplicação em outras áreas do atendimento. Obrigado pela colaboração e contamos com o apoio de vocês para continuar oferecendo atenção de alta qualidade na UBS e para que seja melhor a cada dia, para manter uma população saudável, diminuindo os agravos e assim incapacidades e mortalidade.

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

O Curso de Especialização em Saúde da Família é uma ferramenta fundamental no processo de educação e atualização permanente dos profissionais da atenção básica. Para mim, particularmente, me ajudou no conhecimento da saúde pública Brasileira, diretrizes dos SUS, conhecimento dos diferentes protocolos.

Foi possível aprender como realizar um trabalho na UBS de forma mais organizada e mais eficaz, permitindo um melhor número de atendimentos, monitoramento das ações feitas nos usuários envolvendo a equipe toda, assim como dar à comunidade uma participação ativa no cuidado da sua saúde.

No caso dos estudos das práticas clínicas nos ajudou a atualizar os conhecimentos referentes a temas diversos do dia a dia na UBS, melhorando nosso conhecimento o que trouxe como resultado diminuição nos números de encaminhamentos; até porque era possível esclarecer muitas dúvidas no fórum da prática clínica.

O curso superou a minhas expectativas e estou muito contente, pois na verdade foram muitos os conhecimentos que adquirir, tanto clínicos quanto de gerenciamento, assim como melhoramento na língua portuguesa e informática. Preciso referenciar que a realização das ações em saúde e as execuções das atividades propostas no acolhimento na Estratégia de Saúde da Família foram os aprendizados mais importantes do curso.

Em relação ao conceito e organização da demanda espontânea na UBS, conheci que como demanda espontânea é a entrada de usuários nos serviços de saúde que não se enquadrem nos programas e prioridades estabelecidas na UBS, ao contrário da demanda programada, que é o agendamento de consulta para acompanhamento dos usuários que se enquadram nos programas e prioridades estabelecidas (através das ações programáticas), possuindo assim também uma lógica epidemiológica, pois, a partir desse acompanhamento (vínculo), é possível identificar os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença desses usuários; um dos principais objetivos que é nomeada de Acolhimento, o qual é seguido na UBS.

Sobre a organização do processo de trabalho da equipe multidisciplinar da UBS, aprendi que se faz necessária para proporcionar uma melhor resolubilidade das necessidades dos seus usuários.

## Referências

Brasil. Ministério de Saúde. Caderno de Atenção Básica num 37. Secretaria de atenção á saúde. Departamento de atenção básica. Estratégia para o cuidado de pessoas com doenças crônicas. Hipertensão Arterial Sistêmica 1ª edição, 2ª reimpressão. Brasília-DF 2013.

Brasil. Ministério de Saúde. Caderno de Atenção Básica num 67. Departamento de atenção básica Estratégia para o cuidado de pessoas com doenças crônicas. Diabetes Mellitus 1ª edição, 2ª reimpressão. Brasília-DF 2013.

Ministério de Saúde. Cadernos de atenção Básica. n. 28, volume II. Acolhimento a demanda espontânea. Queixas mais comuns na atenção básica. 1ª edição 2ª reimpressão Brasília DF 2013.

Ministério de Saúde. Caderno de Atenção Básica num 15. Hipertensão Arterial Sistêmica. 1ª edição, 2ª reimpressão. Brasília-DF 2006.

Sociedade Brasileira de cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento.

Duncan, b.; schmidt, m. i.; Giuliani, e. R. j. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

Vigitel 2011disponível em: [memoria.ebc.com.br/.../pesquisa-revela-que-227-da-populacao-adulta-br](http://memoria.ebc.com.br/.../pesquisa-revela-que-227-da-populacao-adulta-br).

World health organization. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: who, 1999.

Alfradique, Maria Elmira et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista Brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 2009.

International diabetes federation. Diabetes atlas update 2012: Regional & Country Facctsheets. Disponível em: <http://www.idf.org/diabetes-atlas-update-2012-regional-countryfactsheets>. Acesso em: 22 nov. 2012.

Lewington, S. et al. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a metaanalysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. The Lancet, London, v. 360, n. 9349, p. 1903-1913, dec. 2002.

Chobanian, a. v. et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 report. JAMA, [S.l.], v. 289, n. 6, p. 2560-2572, dez. 2003.

Young I. h. et al. Cardiac outcomes after screening for asymptomatic coronary artery disease in patients with type 2 diabetes: the DIAD study: a randomized controlled trial. jama, [S.l.], v. 301, n. 15, p. 1547–1555, 2009.

American diabetes association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, Alexandria, v. 33, Suppl. 1, p. S62–69, 2010.

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário Terapêutico Nacional 2010: Renome 2010. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Duncan, B. B. et al. *Medicina Ambulatorial, Condudas de Atenção Primária Baseadas em Evidências*. 4. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcdad17.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcdad17.pdf)>. Acesso em: 1 abr. 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 17).

American heart association. Prophylaxis recommendations for infective endocarditis. *Circulation*, Baltimore, v. 96, n. 1, p. 258-366, jul. 1997.

Alves, c. et al. Atendimento Odontológico do Paciente com Diabetes Mellitus: Recomendações para a Prática Clínica. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, Salvador, 2006, v. 5, n. 2, p. 97-110, maio/ ago. 2006.

Sousa, r. r. o Paciente Odontológico Portador de Diabetes Mellitus: Uma Revisão da Literatura. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, [Sl.], v. 3. n. 2, p. 71-79, jul./dez. 2003.

Asociación dental mexicana. Actualidades en el Manejo Dental del Paciente Diabético. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*, México, v. 44, n. 1, p. 18-26, enero/marzo. 1999.

Fang, l.; fazio, r. c.; sonis, s. t. *Princípios e Prática de Medicina Oral*. São Paulo: Guanabara Koogan; 2006.

Alexander, r. e. Routine Prophylactic Antibiotic Use in Diabetic Dental Patients. *Journal of the California Dental Association*, California, v. 27, p. 611-8, 1999.

Brasil. Ministério da Saúde. HIPERDIA Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id\\_area=807](http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id_area=807)> Acesso em: 17 de junho de 2013.

International Diabetes Federation. Disponível em: <<http://www.idf.org/about-diabetes>> Acesso em: 17 de junho de 2013.

Medicina, Conselho Federal. Resoluções do CFM, 1331/89, 1605/00, 1638/02, 1639/02. [www.cfm.gov.br](http://www.cfm.gov.br).

Manual do prontuário de saúde da família 1ra edição. Secretaria de estado de saúde de minas gerais Belo Horizonte, 2007

Revista da Sociedade Brasileira do RS disponível em: [sociedades.cardiol.br/sbc-rs/revista/2005/06/Artigo02.pdf](http://sociedades.cardiol.br/sbc-rs/revista/2005/06/Artigo02.pdf).

Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Brasília, 2001

Canaan, f. a. et al. Índice de massa corporal e circunferência abdominal: associação com fatores de risco cardiovascular. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 87, n. 6, p. 728-734, dez. 2006.

Miranda, r. d.; Strufaldi, m. b. Tratamento não medicamentoso: dieta DASH. In: Brandão, a. a.; Amodeo, c.; Fernando, m. hipertensão. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

Wing, r. r. Long-term effects of a lifestyle intervention on weight and cardiovascular risk factors in individuals with type 2 diabetes mellitus: four-year reSults of the Look ahead trial. Archives of internal medicine, Chicago, v. 170, n. 17, p. 1566–1575, 2010

American diabetes association. Standards of medical care in diabetes – 2011. Diabetes Care, Alexandria, v. 34, n. Suppl. 1, p. S11–61, 2011,

Americam diaetes association. Standards of medical care in diabetes – 2012. Diabetes Care, Alexandria, v. 35, n. Suppl. 1, p. S11–63, 2012.

Westman, e. c. et al. The effect of a low-carbohydrate, ketogenic diet versus a low-glycemic index diet on glycemic control in type 2 diabetes mellitus. Nutrition and Metabolism, London, v. 5, p. 36, 2008.

Esposito, k. et al. Effects of a Mediterranean-style diet on the need for antihyperglycemic drug therapy in patients with newly diagnosed type 2 diabetes: a randomized trial. Annals of Internal Medicine, Philadelphia, v. 151, n. 5, p. 306–314, 2009

Brand-miller, j. et al. Low-glycemic index diets in the management of diabetes: a metaanalysis of randomized controlled trials. Diabetes Care, Alexandria, v. 26, n. 8, p. 2261–2267, 2003

Jenkins, d. j. a. et al. Effect of a low-glycemic index or a high-cereal fiber diet on type 2 diabetes: a randomized trial. JAMA, [S.I.], v. 300, n. 23, p. 2742–2753, 2008.

Kithas, p. a.; supiano, m. a. Practical recommendations for treatment of hypertension in older patients. Vasc Health Risk Manag., [S.I.], v. 6, n. 9, p. 561-569, ago. 2010.

Fang, j. et al. Exercise and cardiovascular outcomes by hypertensive status: nhanes I epidemiological follow-up study, 1971-1992. American Journal of Hypertension, New York, v. 18, n. 6, p, 751-775, jun. 2005

Wing, r. r. Long-term effects of a lifestyle intervention on weight and cardiovascular risk factors in individuals with type 2 diabetes mellitus: four-year reSults of the Look AHEAD trial. Archives of internal medicine, Chicago, v. 170, n. 17, p. 1566–1575, 2010. Opa 2002 disponível em: [www.utfpr.edu.br/doiisvizinhos/estrutura.../dia-mundial-sem-tabaco](http://www.utfpr.edu.br/doiisvizinhos/estrutura.../dia-mundial-sem-tabaco).

Moore, p. et al. Diabetes and Oral Health Promotion: A Survey of Disease Prevention Behaviors. The Journal of the American Dental Association, Chicago, v. 134, p. 1333-1341, 2000.



## **Anexos**

## Anexo A - Documento do comitê de ética



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

---

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

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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

## Anexo B - Ficha Espelho.

Medicações de uso contínuo		FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS					
Data	Apresentação	Data					
Hidroclorotiazida 25mg		Glicemia de Jejum					
Captopril 25mg		HGT					
Propranolol 40 mg		Hemoglobina glicosilada					
Enalapril 10 mg		Colesterol total					
Atenolol 25 mg		HDL					
Metformina 500 mg		LDL					
Metformina 850 mg		Triglicerídeos					
Glibenclamida 5mg		Creatinina Sérica					
Insulina NPH		Potássio sérico					
		Triglicerídeos					
		EQU					
		Infecção urinária					
		Proteinúria					
		Corpos cetônicos					
		Sedimento					
		Microalbuminúria					
		Proteinúria de 24h					
		TSH					
		ECG					
		Hemograma					
		Hematócrito					
		Hemoglobina					
		VCM					

