

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 7**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na USF Maria das Dores Ferreira, Serrinha - RN**

**Liliana Torrecilla Torres**

**Pelotas, 2015**

**Liliana Torrecilla Torres**

**Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na USF Maria das Dores Ferreira, Serrinha - RN**

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

Orientadora: Aline Gomes de Oliveira Nascimento

Pelotas, 2015

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

T693m Torres, Liliana Torrecilla

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na USF Maria das Dores Ferreira, Serrinha - RN / Liliana Torrecilla Torres; Aline Gomes de Oliveira Nascimento, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

79 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. Nascimento, Aline Gomes de Oliveira, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico a meu filho, Ernesto, por ser o motor impulsor que me ajuda em todos os momentos de minha vida.

A minha mãe Mirna por sua presença em todos os momentos de minha vida mesmo estando longe.

A meu esposo Pedro Pablo pelo amor incondicional dedicado a mim todos esses anos.

## **Agradecimentos**

A minha orientadora Aline Gomes de Oliveira Nascimento por seus ensinamentos metodológicos que me ajudaram na elaboração deste trabalho e por seu compromisso e dedicação com o processo ensino-aprendizagem que me auxiliaram nesta caminhada.

A Equipe da UBS Maria das Dores Ferreira por ser incansável partícipe nos momentos de realização deste trabalho e por seu compromisso com o cuidado da saúde da comunidade.

Ao município Serrinha que facilitou o necessário para a construção deste estudo. A comunidade Maretas do município Serrinha pela colaboração e apoio a nossa intervenção. Aos meus amigos que colaboraram direta ou indiretamente na conclusão deste trabalho.

## Resumo

TORRECILLA Torres, Liliana. GOMES de Oliveira Nascimento, Aline. **Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na USF Maria das Dores Ferreira, Serrinha - RN. 2015.** 75f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano 2015.

A Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus são doenças altamente prevalentes e representam um sério problema de saúde pública, em decorrência das suas complicações crônicas. Entre elas, as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbidade e mortalidade na população brasileira. O presente trabalho trata-se de uma intervenção desenvolvida a proposta do Curso de Especialização em Saúde da Família, de ensino a distância, da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Teve como objetivo geral a melhoria da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na USF Maria das Dores Ferreira, Serrinha - RN. As ações desenvolvidas aos usuários hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais foram: o cadastro, a visita domiciliar, os atendimentos clínicos, identificação de novos usuários para o programa, com isso houve uma adesão maior dos usuários ao programa de hipertensão e diabetes. Nos atendimentos clínicos, com encaminhamento e convencimento dos usuários a fazer exames. Os dados coletados foram registrados nas fichas espelho disponibilizadas pelo curso, o que resultou em um controle adequado dos usuários que fazem parte do programa possibilitando acompanhamento dos mesmos, análise dos resultados. A equipe foi capacitada sobre o protocolo do Ministério da Saúde, Caderno de Atenção Básica 15 e 16 de 2013, preenchimento da ficha espelho e planilha de coleta de dados. Os resultados obtidos evidenciaram uma melhoria do atendimento na área, após a intervenção. Evidenciou-se o impacto positivo da intervenção na comunidade, por meio dos indicadores de cobertura e de qualidade obtidos. Alcançamos a cobertura para hipertensão de 91,5% (390) e diabetes de 93,3% (98) Pode-se destacar que a referida intervenção é de relevância social, pois fortaleceu a Atenção Primária da Saúde no município e possibilitou a vivência dos princípios do SUS.

**Palavras-chave:** Saúde da família; Atenção Primária à Saúde; Doenças crônicas; Hipertensão; Diabetes Mellitus.

## Lista de Figuras

Figura 1	Programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Maria das Dores Ferreira. Município Serrinha. RN.	57
Figura 2	Programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Maria das Dores Ferreira. Município Serrinha. RN.	58
Figura 3	Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Maria Das Dores Ferreira. Serrinha. RN.	59
Figura 4	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Maria Das Dores Ferreira. Serrinha. RN.	59
Figura 5	Proporção de hipertensos faltosos as consultas com busca ativa na UBS Maria Das Dores Ferreira. Serrinha. RN.	61

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

<b>ACS</b>	Agente Comunitário da Saúde
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>DCNT</b>	Doença Crônica Não Transmissível
<b>DM</b>	Diabetes Mellitus
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>HAS</b>	Hipertensão Arterial Sistêmica
<b>MS</b>	Ministério de Saúde
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio da Saúde da Família
<b>RN</b>	Rio Grande do Norte
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UFPEL</b>	Universidade Federal de Pelotas
<b>USF</b>	Unidade de Saúde da Família

## Sumário

Apresentação.....	8
1 Análise Situacional.....	8
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	8
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	20
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.....	41
2.3.3 Logística.....	47
2.3.4 Cronograma .....	52
3 Relatório da Intervenção .....	53
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	53
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	54
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	54
Não tivemos muita dificuldade na hora de preencher a planilha de coleta de dados, mas quando ocorreu algum equívoco este foi identificado pela orientadora e devidamente corrigido. ....	54
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	54
4 Avaliação da intervenção .....	56
4.1 Resultados.....	56
4.2 Discussão .....	63
5 Relatório da intervenção para gestores.....	67
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	70
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	72
Referências.....	73
Anexos.....	74

## **Apresentação**

Trata-se do Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família realizado pela equipe de saúde da família da USF Maria das Dores Ferreira. Serrinha/RN, a qual objetivou a melhoria do atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos na área adstrita.

Está organizado em sete partes: Análise Situacional, a Análise Estratégica que contempla como será desenvolvido o projeto de intervenção, a terceira parte inclui o Relatório da Intervenção que apresentam as atividades realizadas na intervenção. A Avaliação da Intervenção está descrita na quarta parte do volume, na qual se faz uma comparação da situação da comunidade antes e depois da intervenção, com apresentação da evolução dos indicadores. Por fim, a quinta, sexta e sétima parte são, respectivamente, relatório de intervenção para os gestores, para comunidade e a reflexão crítica sobre o meu processo de aprendizagem, e a vivência no curso.

### **1 Análise Situacional**

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

Eu trabalho no município Serrinha, na Unidade Saúde Família (USF) Maria das Dores Ferreira, na zona rural Maretas só com atendimento área rural. Minha unidade funcionava há cinco anos como uma USF, nela são desenvolvidas atividades de ensino. Existe uma área de abrangência delimitada com uma equipe de saúde, composto por sete pessoas que trabalham na unidade, mais sete ACS com o mapa da área de abrangência, delimitada por todos os agentes de saúde.

Minha USF é pequena, própria de uma área rural, mas tem boas condições com boa iluminação e com sala de espera com ambiente claro e máximo de luminosidade natural possível. A ventilação é adequada, contamos no local de recepção onde se preenche a ficha do usuário: seus dados, controle do peso corporal, temperatura e pressão arterial por nossa técnica de enfermagem; uma sala para procedimentos básicos de enfermagem, vacina, de nebulização, de curativos e de esterilização. Temos também consultório odontológico. Contamos com consultório médico amplo com iluminação adequada e equipamentos básicos para o trabalho. Na UBS tem uma pequena cozinha onde temos uma geladeira para conservar alimentos e prepararmos, com mobiliário adequado, ventilação e iluminação. Na estrutura da UBS tem acesso a pessoas idosas e com deficiências, com barreiras arquitetônicas propícias para essas pessoas.

Eu realizo consulta na área rural e visitas aos acamados de nossa área de abrangência. Continuamos trabalhando para melhorar os outros serviços, a unidade não tem laboratório clínico, os exames laboratoriais são realizados no hospital do município, não temos equipamento de RX, temos convênio com outro município que atende urgências e quando ocorre uma emergência o usuário é encaminhado para o hospital geral que fica no Município de Santo Antônio. Em relação ao desenvolvimento de ações intersetoriais em minha comunidade e em meu município, está-se cumprindo a intersectorialidade nas comunidades, assim como os conselhos de saúde.

Temos dificuldade em agendar atendimento para especialista pois a espera é longa, a contra referência não é efetiva ainda; temos muita demanda espontânea, para isso planejamos um cronograma mensal o qual é discutido na reunião da equipe. Também não temos medicamentos suficientes para todos os usuários, e alguns deles estão faltando, muitos os definidos para a assistência farmacêutica na atenção básica no caso de anti-hipertensivos, e de outras doenças crônicas, de antibióticos já que há demanda e grande e a quantidade destinada para a unidade não é suficiente. Continuamos trabalhando com apoio de gestores de saúde para a resolutividade destes problemas.

Estão sendo realizadas as consultas agendadas para gestantes, criança, doenças crônicas e outros, as doenças mais frequentes são Doença Crônica não transmissível (DCNT) entre elas as mais frequentes são Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus (HAS, DM), doenças respiratórias agudas,

reumatologias, digestivas os fatores de risco mais frequentes são obesidade, dislipidemia, alcoolismo, tabagismo, dependentes a psicotrópicos. Estamos trabalhando para mudar todos os problemas de saúde identificados na comunidade, realizamos atividades educativas para a promoção da saúde nas escolas e grupos sociais, idosos, gestantes e outros.

O acolhimento da comunidade do atendimento que faz a equipe é muito bom, acredito que os usuários e suas famílias se sentem acompanhados por nossa equipe, pois estamos trabalhando para qualificar as ações das ESF. Minha expectativa é que com nossa intervenção melhore o trabalho da equipe de saúde e sejam resolvidos todos os problemas identificados.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O município Serrinha, no estado do Rio Grande do Norte, localizado na microrregião do Agreste Potiguar (IBGE, 2000), tem uma população de 7.253 habitantes limitando-se com os municípios de Lagoa de Pedras, Boa Saúde, Santo Antônio e São José do Campestre. O clima muito quente e semiárido, com estação chuvosa adiantando-se para o outono. Tem período Chuvoso: março a julho, as temperaturas Médias Anuais: máxima: 32,0 °C, média: 25,6 °C e mínima: 21,0 °C.

A infraestrutura de saúde está representada por uma unidade de saúde que funciona 24 horas e três USF duas delas em zona rural e uma urbana. O município também dispõe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) composta por psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta fonoaudiólogo, assistente social, preparador físico, estes profissionais são um grande apoio para desenvolver as atividades da estratégia de saúde da família. Contamos com disponibilidade de atenção especializada em ginecologia e pediatria, as demais são realizados na capital do estado (Natal) os usuários são encaminhados. O município Serrinha fica a 87,4 km de Natal, a capital do estado, necessitando empregar 1h 40 minutos de viagem.

Existe serviço hospitalar em convenio com o município Santo Antonio que fica perto; disponibilidade de exames complementares básicos, os exames mais complexos são realizados em Natal, capital do estado. Não contamos com serviço de radiografia em nosso município, mas são realizados em o outro município.

Nossa unidade Maria das Dores Ferreira, localizada na zona rural Maretas, tem cinco anos funcionando como o modelo de atenção EFS, tem vínculo com as

instituições de ensino, atende 6 escolas de nível fundamental as quais são públicas. Segundo último cadastramento realizado em 2015 existe 2798 números de pessoas cadastradas no território da equipe, não temos área descoberta e uma população pequena existe sítios distantes que temos que fazer atendimento, como são Várzeas Grandes, Barrentas, Góis, Araçá, Gameleira e Cachoeira, Baixa Verde. Minha equipe de saúde esta composta por uma enfermeira, o médico, três técnicas de enfermagem, um dentista, um assistente dental, sete agentes de saúde, quantidade suficiente para cobrir toda a comunidade, todos trabalhamos em conjunto com o NASF e realizamos diferentes atividades educativas.

O atendimento é espontâneo e agendado, muitas pessoas solicitam consultas, mas estamos fazendo o atendimento organizado e planejado, utilizamos cronograma mensal, disponibilizando dia específico para atenção pré-natal, outro para as crianças (puericultura), as doenças crônicas e demandas espontâneas são desenvolvidas todos os dias da semana em ambos os turnos. A equipe de saúde já realizou do cadastro da comunidade com ajuda de os agentes de saúde, para a análise de situação de saúde na comunidade. Foi possível perceber que existe um grande número de idosos, pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. Dentro das expectativas e estratégias propostas por nossa equipe de saúde essas pessoas serão encaminhadas para atividades educativas com objetivo de prevenir estas doenças, com vistas a mudanças de estilos de vida e melhor qualidade de vida.

A UBS é pequena própria de uma área rural, com boas condições, tem uma sala de espera máxima de luminosidade natural possível, a ventilação excelente, contamos com sala de recepção, onde se realiza controle de peso, temperatura, pressão arterial (PA) e local específico para preenchimento da ficha dos usuários e seus dados, sala para procedimentos básicos da enfermagem, sala de vacina e de nebulização, de curativos, esterilização, consultório de odontologia, consultório médico com adequada iluminação e equipamento básico para o trabalho. Na unidade temos uma área pequena copa, com uma geladeira para conservar alimentos, com mobiliário adequado, tem água suficiente, ventilação e iluminação. Nossa unidade tem acesso a pessoas idosas e com deficiências, como rampa de acesso porta com dimensões ampliadas, maçanetas do tipo alavanca e barras de apoio. Em relação ao desenvolvimento de ações intersetoriais em nossa

comunidade e no município está cumprindo a intersectorialidade nas comunidades, assim como os conselhos de saúde.

Quanto às necessidades e limitações da USF, nos falta oftalmoscópio, otoscópio, e outras necessidades como um telefone fixo, antena digital, sinal com operadoras telefônicas, e conexão de internet. Porém temos computador, mas não podemos fazer consultas bibliográficas para a aprendizagem e atualização de temas de saúde para nossa equipe e ainda não temos implantado o prontuário eletrônico. As maiores dificuldades estão na referência para atenção especializada que são muito demorados, os usuários para serem atendidos por cardiologista, dermatologia, neurologia, traumatologia, tem que esperar seis meses até um ano; outra limitação que temos é na realização de exames laboratoriais, de alta complexidade e em quanto à entrega dos resultados. Também os medicamentos estão faltando, muitos deles definidos para a assistência farmacêutica na atenção básica no caso de anti-hipertensivos, e de outras doenças crônicas, de antibióticos já que há demanda e grande e a quantidade destinada para a unidade não é suficiente. Avaliamos em nossa equipe de saúde várias estratégias para superar ou minimizar estas deficiências. Solicitaremos apoio dos gestores de Secretaria Municipal de Saúde (SMS), para solucionar os problemas existentes com equipamentos e materiais médicos para o desenvolvimento do trabalho, assim como priorizar a maior quantidade possível de medicamentos básicos, que são solicitados a UBS.

Entre as atribuições dos profissionais da equipe de Saúde da Família/Atenção Básica está à participação no mapeamento e territorialização da área já que através dela existe um melhor controle na área de abrangência, em nossa unidade temos o mapa que limita nossa área de saúde. A outra atribuição específica para cada profissional e este realize o cuidado em saúde à população. Realizamos atendimento em domicílio, planejados em diferentes grupos especialmente aqueles que têm limitações para chegar até a unidade. Os profissionais participam do gerenciamento dos insumos da unidade e existe qualificação dos profissionais em gestão em saúde; as reuniões de equipe ocorrem a cada 15 dias, primeiramente para discutir no cronograma e planejamento de atendimento do mês e a outra para discutir os problemas. Em relação aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) eles realizam suas atividades diariamente com visitas domiciliares em sua área para avaliar a situação de saúde da família e do ambiente doméstico e comunitário. Na unidade realiza-se notificação compulsória pela médica

e pela enfermeira e funciona muito bem, existe qualificação profissional com busca ativa dos usuários faltosos, através de um cronograma que fazemos mensalmente em conjunto com a equipe de saúde. Também utilizamos protocolos para os encaminhamentos.

De acordo com a última atualização do cadastro da população feita neste ano 2015, nossa Unidade Básica de Saúde, conta com 751 famílias cadastradas, e 2798 pessoas. Quando analisamos as distribuições da população em faixas etárias, em nossa área de abrangência, existe o incremento de número de idosos, isso provoca um aumento da expectativa de vida já que temos 293 pessoas maiores de 60 anos, isso também eleva o número de doenças crônico-degenerativas sendo as mais freqüentes em nossa unidade de saúde: Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Temos em nossa área de abrangência para um total de 41 crianças menores de um ano todos cadastrados e fazem acompanhamento em nossa unidade tanto pela enfermeira, como pela médica, 39 gestantes cadastradas correspondendo a 1,5% de nossa população adstrita, 606 mulheres em idade fértil.

Em nossa unidade de saúde é realizado o acolhimento do usuário na recepção, sendo os profissionais como o médico, enfermeira, técnico auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, os que fazem essa atividade. Não temos sala especifica para isso, mas a realização fica na recepção, já que nossa unidade é pequena e não conta com suficiente espaço, com o acolhimento é possível solucionar a maioria dos casos para o atendimento que necessitam, este é realizado todos os dias de atendimento, nos dois turnos, com média de tempo entre 10 a 15 minutos. A equipe de saúde conhece, utiliza a avaliação e classificação de risco biológico e de vulnerabilidade social para definir o encaminhamento da demanda do usuário. O número de equipe é adequado para a população adstrita.

Na UBS a médica e dentista fazem consultas para os usuários quando estão com problemas de saúde agudos que precisam de atendimento do dia, de imediato e prioritário, existe um excesso de demanda também já que esta localizada na zona rural distante do serviço hospital e atendemos os usuários que precisam de ajuda, quando esta a nosso alcance. Para lidar com esse excesso de demanda de atendimento nossa equipe trabalha com o cronograma que discutimos nas reuniões de equipe de saúde, o horário nas consultas ficam de 8 horas a 12 horas de manhã e à tarde de 13 às 16 horas, três dias na semana porque temos um dia para fazer visitas domiciliares.

A unidade oferece uma boa qualidade na atenção da criança, observando redução dos agravos nesta faixa etária pelas condutas preventivas e cuidados prestados em tempo oportuno. São realizadas durante o primeiro ano de vida da criança, consultas de acompanhamento, sendo com o médico e com enfermeira. Essas consultas acontecem na 1ª semana e no 1º, 2º, 4º, 6º, 9º e 12º mês. Além, de duas consultas no segundo ano de vida (18 meses e 24 meses), com avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e ações de promoção, com busca ativa (faltosos, prematuros, baixo peso ao nascer). Quanto às consultas odontológicas, no primeiro ano de vida da criança (quando se inicia a erupção da dentição decídua) e outra no segundo ano de vida da criança (quando geralmente se completa a erupção da dentição decídua). Ainda fazemos avaliação o estado de saúde geral da criança: na caderneta de saúde, no prontuário (com espelho do cartão ou equivalente) e no sistema de informação, incorporando avaliação do peso, comprimento, altura, desenvolvimento, intercorrências e estado nutricional, atualização do calendário vacinal, suplementação profilática e controle de carências nutricionais como a anemia ferropriva e a deficiência de vitamina A e orientamos a mãe e família sobre os cuidados com a criança (alimentação, higiene, imunizações, estimulação e aspectos psicoafetivos). Enfatizamos também sobre as orientações para prevenção de acidentes com a família quando realizamos as visitas domiciliares.

Os indicadores de cobertura demonstram que 100% (41) das crianças menores de um ano residente na área são acompanhadas na USF, nos indicadores de qualidade temos problemas com atraso de oito consultas agendadas em mais de sete dias para um 20% (8) as quais moram longe da unidade, e às vezes tem dificuldade em chegar à UBS, mas já ficam identificadas e fazemos as visitas domiciliares correspondentes, sem deixar de exigir suas participações nessas consultas e explicamos a importância delas. Temos feito o teste de pezinho e triagem auditivo 100% (41) crianças cadastradas, assim com as primeiras consultas antes os sete dias, vacinas e ainda monitoramos do desenvolvimento e avaliamos saúde bucal em todas as crianças. A equipe avalia e encaminha em tempo oportuno a realização dos testes de triagem neonatal: teste do pezinho, da orelhinha e do olhinho, 100% delas fizeram estes exames, também identifica as crianças de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.

Nossa equipe também acompanha as crianças com idade até seis anos (72 meses), com definição de prioridades a partir da avaliação e classificação de risco e

análise de vulnerabilidade. Temos registro nas consultas de puericulturas, onde se realiza avaliação e classificação de sinais de risco e tratamento oportuno a partir de definição de prioridades de atendimento e acompanhamento. O acompanhamento nas consultas médicas, de enfermagem, odontológicas, e nas visitas domiciliares. A equipe de saúde também recomenda o aleitamento materno exclusivo até os seis primeiros meses de vida da criança e continuado até os dois anos ou mais, orientam a introdução dos alimentos as crianças maiores de seis meses, nas consultas e visitas domiciliares realizadas; avalia e monitora a vigilância alimentar e nutricional e explica as técnicas adequadas de amamentação para prevenir lesões das mamas. Orientamos também as mães ainda sobre aleitamento materno exclusivo, a frequência e duração das mamadas, importância da amamentação noturna, higiene e cuidados nas mamas e sobre nutrição e alimentação das mães e sobre como prevenir os acidentes domiciliares. Utilizamos protocolos de atenção da criança, o qual foi produzido por o Ministério da Saúde (MS), com sua publicação mais atual do ano 2014.

A atenção pré-natal tem como objetivo fundamental prevenir a mortalidade e morbidade da mãe e da criança através de uma série de cuidados e recomendações, de acordo com o protocolo de MS em nossas unidades básicas, que incluem: ações de promoção da saúde; prevenção de doenças; diagnóstico precoce; e tratamento adequado dos problemas que ocorrem neste período. No CAP de acordo aos indicadores de cobertura nossa unidade tem 93% (39) do número estimado de gestantes residentes na área e acompanhadas na UBS. Quanto aos indicadores de qualidades, 100% das gestantes iniciaram atenção pré-natal no primeiro trimestre, estão com as consultas e vacinas em dias de acordo com calendário do MS, e tem prescrição de suplementação de sulfato ferroso, conforme ao protocolo. Os dados foram obtidos a partir de livros de registros de gestantes e puérperas que se encontraram na unidade. Os números de gestantes e puérperas costumam variar muito, uma vez que uma gestante hoje pode se tornar puérpera amanhã, ocasionando diferenças nos números registrados.

Em correspondência as respostas e o percentual obtido, podemos avaliar que nossa atenção no serviço pré-natal é de boa qualidade, uma vez que tudo o que é preconizado para que uma boa atenção à gestante seja prestada é realizado e garantido pela equipe de saúde da família.

De acordo CAP do Puerpério no indicador de cobertura 80% (33) das puérperas são acompanhadas. Quanto aos indicadores de qualidades 100% deles foram cumpridos, 33 mulheres são as que fizeram consultas antes dos 42 dias de pós-parto com sua consulta puerperal registrada, receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém nascido e sobre aleitamento materno exclusivo, assim como planejamento familiar. Na nossa UBS existe um efetivo cadastro pré-natal e puerperal, realizando todas as orientações sugeridas em quanto a planejamento familiar, puericultura, promoção ao aleitamento materno exclusivo, realização de triagem neonatal, auditiva e visual, imunizações, além de exames físicos gerais puerperais e de seu recém-nato, buscando possíveis malformações congênitas e fatores de risco que possam punir em perigo a saúde/vida da mãe e da criança.

Existe uma planilha onde ficam atualizados periodicamente todos os dados referentes às gestantes/puérperas, com informações sobre consultas e indicadores, para o seguimento deste grupo populacional, auxiliando-nos na busca ativa das faltosas e no monitoramento das gestantes com trabalho de parto próximo, para uma puericultura em tempo hábil.

Quanto ao câncer de colo de útero, segundo o CAP temos uma estimativa de 704 mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área, atualmente são acompanhadas 679 mulheres nesta faixa etária, 96% dessa população. Na unidade são realizadas ações educativas à mulher para realização periódica do exame preventivo do câncer de colo uterino, o qual é realizado através da coleta de exame citopatológico, uma vez por semana nos dois turnos fazemos rastreamento oportuno e organizado sobre esta doença. Trabalhamos com o protocolo produzido pelo MS de 2014. Nos últimos três anos 10 mulheres foram identificadas com exame citopatológico alterado, acompanhadas de acordo com o protocolo, são registrados em livro de registro e prontuário clinica que existe na UBS e revisado periodicamente. A equipe de saúde realiza atividades com grupos de mulheres uma vez por mês, avalia e monitora o programa de prevenção de câncer de colo de útero, onde produzem relatórios com os resultados encontrados.

No que diz respeito ao câncer de mama acompanhamos na UBS um total de 211 mulheres em idades de 50 e 59 anos, isso significa 100% de cobertura segundo a estimativa do CAP. Este grupo de mulheres é oferecidas pelos profissionais da equipe ações educativas para prevenção de câncer de mama, organizando rastreamento através de exame das mamas de todas as mulheres, todas as

mulheres que tem mais de 30 anos são orientadas quanto ao autoexame das mamas, além disso, são orientadas para realização de mamografia nos casos devidos. Quanto aos indicadores de qualidade presentes no CAP foi possível preencher os dados só que quanto ao indicador de mamografia em dia alcançou o 71% dela realização de 150, já que existem 30 mulheres com atraso do exame em mais de três meses devido a que no município as vagas disponibilizadas para a realização de mamografia são insuficientes, não garante da demanda. Elas são realizadas na capital do estado e os usuários têm que ser encaminhados através de turnos mensais. A realização é demorada. Por isso a equipe reuniu-se com a secretária de saúde para tomar algumas estratégias para o acompanhamento de àquelas mulheres com mamografia alterada e para a realização de rastreamento. Avaliamos o 100% as mulheres com risco de Câncer de Mama e orientamos sobre prevenção da doença.

Na UBS são realizadas ações de educação da mulher para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, palestra publica, e temos formado um grupo de mulheres, em que todos os profissionais da equipe estão envolvidos, também fazemos rastreamento organizado e oportuno de câncer de mama através de exame clinica de mamas realizadas por o médico e enfermeira todos os dias da semana e em ambos os turnos. Existe protocolo de câncer de mama na UBS, reproduzido por o ministério e atualizado de este ano 2014. Nos últimos três anos foi identificada uma mulher com mamografia alterada, a qual faz acompanhamento por mamografia e demais exames, foi também acompanhada na UBS em consultas, todos os dados dos atendimentos as mulheres que realizam mamografia são registrados em livro e no prontuário clinico. Os profissionais da equipe fazem uma avaliação e monitoramento das ações de controle do câncer de mama, realizam reunião mensal e produzem relatórios com os resultados encontrados.

O processo de trabalho é considerado bom já que nossa equipe de saúde faz controle do programa de câncer de mama e de colo de útero, a través do protocolo estabelecido e atualizado; temos algumas alternativas para a melhoria na qualidade do atendimento oferecido, como são algumas estratégias para o acompanhamento de àquelas mulheres com mamografia alterada e realização de rastreamento adequado.

De acordo CAP acompanhamos 311 usuários com 20 anos ou mais portadores de hipertensão, com cobertura do programa hipertensão de 54%. O atendimento de adultos com HAS é realizado todos os dias da semana e acontece em os dois turnos, existem adultos fora da área de cobertura que realizam atendimento por hipertensão arterial, mas a demanda é pequena, após a consulta o usuário sai com próxima consulta programada, estas consultas são realizadas seguindo o protocolo de atendimento para usuários portadores de HAS, produzido por o MS e atualizado do ano 2014. Ainda são desenvolvidas ações como: imunização, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de saúde bucal, mental, alcoolismo, assim como também obesidade e sedentarismo. Os profissionais utilizam os protocolos no encaminhamento para especialidades, internação hospitalar, pronto atendimento e nas emergências, são registrados em prontuário clínico e existe um arquivo específico para registrar o atendimento de usuários hipertensos. Na unidade o médico e enfermeira junto com NASF realizam avaliação e monitoramento das ações dispensadas para os usuários hipertensos, o qual se realiza reunião mensal e produzem relatórios sobre os problemas encontrados.

Em relação à Diabetes Mellitus, acompanhamos 62 usuários com 20 anos ou mais portadores de DM residentes na área, segundo o CAP a cobertura é de 37%. Para todos os indicadores de qualidade conseguimos alcançar 100% de os usuários com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, não existe atraso das consultas agendadas por mais de sete dias, todos os usuários diabéticos acompanhados por na UBS tem exames periódicos em dia, o exame físico dos pés nos últimos três meses, com orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional saudável, tem avaliação de saúde bucal em dia. As fontes de dados utilizadas foram prontuário clínico, prontuário odontológico, e registro específicos dos adultos diabéticos.

Os atendimentos aos adultos com DM ocorrem quatro dias da semana em ambos os turnos, as consultas são realizadas por o médico e enfermeira; após do acompanhamento o usuário sai com consulta programada; se utiliza o protocolo produzido por o ministério de saúde, atualizado do ano 2014. A equipe utiliza a classificação para estratificar o risco cardiovascular dos adultos com DM, são encaminhados para atendimento nas especialidades aqueles que precisam, para internação hospitalar e pronto atendimento, os atendimentos são registrados em

prontuário clínico, ficha odontológica, nutricional e espelho de vacinas; existe na unidade um arquivo específico para os registros de atendimento, o qual é revisado mensalmente com a finalidade de verificar usuários faltosos ao retorno programado, e identificar os diabéticos com maior risco. Na UBS também se realizam atividades com um grupo de diabéticos, todos os profissionais da equipe e o NASF participam, explicam como reconhecer sinais de complicações de DM, fazem avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos adultos diabéticos. Realiza-se a reunião bimensal para discutir os principais problemas encontrados através do relatório. As fontes utilizadas são os prontuários clínicos e registros de dos atendimentos de adultos com DM.

Em relação ao caderno de ações programáticas sobre pessoas idosas, quando avaliamos os indicadores de cobertura na área, encontramos o número correspondente à estimativa do CAP que é de 302 (100%) idosos os quais são acompanhados na UBS. Referente aos indicadores de qualidade, no CAP, não foi possível preencher os dados sobre quantos idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa temos na UBS, já que esta faltando há muito tempo, na área da saúde; mas outros registros existentes na unidade possibilitaram o preenchimento do CAP como, por exemplo, o prontuário clínico. Todos os idosos de nossa área são acompanhados em o 100%; temos idosos que ficam acamados e lhe fazemos atendimento através das visitas domiciliares, deles são 41(14%) hipertensos e 12 (4%) diabéticos os quais são acompanhados por a unidade. O atendimento de pessoas idosas ocorre todos os dias da semana e acontece em todos os turnos, não existem idosos fora da área de cobertura, no atendimento participam os profissionais como são a médica, enfermeira, psicólogo, assistente social, nutricionista, educador físico e odontólogo. Após consultas os usuários saem com a próxima consulta programada; existe demanda de atendimento espontâneo para problemas de saúde agudos. Os profissionais de saúde da UBS, avaliam a capacidade funcional global do idoso por exame clínico, explicam a idosos ou seus familiares durante as consultas e visitas domiciliares, sobre como reconhecer sinais de risco relacionados com os problemas de saúde de maior prevalência dos idosos, tais como: HAS, DM, Depressão.

Em nossa UBS, se utiliza o protocolo de atendimento para idosos, produzido por o MS e a última publicação foi do ano 2014. São desenvolvidas ações no cuidado aos idosos, tais como: Imunização, programação da atividade física,

promoção de hábitos alimentares saudáveis. A equipe de saúde realiza as atividades de grupo no âmbito da UBS, se realiza cuidado domiciliar a idosos; existem planejamento e coordenação das ações dispensadas, pela médica e enfermeira, em conjunto com o NASF, como são ajuda aos encamados e aqueles que precisam de apoio psicossocial. Avaliamos e monitoramos todas essas ações. Existem algumas dificuldades na UBS para atenção dessa população não há um arquivo específico, para os registros de atendimento dos idosos; os usuários idosos hipertensos e diabéticos são registrados no registro dessas doenças, mas já se discutiu com equipe de saúde e vamos a criar esse arquivo. Para melhorar o atendimento a esse grupo, vamos a criar novas estratégias e mudanças, como por exemplo, criar os arquivos dos idosos que ainda temos dificuldades, na distribuição das cadernetas que não, atingem a totalidade deste grupo, fazer mais atividades educativas e conseguir que todos participem.

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

Comparando o texto inicial pode-se constatar que o relatório é mais completo e preciso já que foi possível conhecer os dados, os indicadores e a realidade em todos os aspectos da situação de saúde da comunidade. Com o conhecimento das evidências, por meio dos indicadores, foi possível conhecer a realidade acerca as ações de cada ação programática do curso e, assim planejar o trabalho em equipe considerando a realidade social da área adstrita.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus são doenças altamente prevalentes e representam um sério problema de saúde pública, em decorrência das suas complicações crônicas. Entre elas, as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbidade e mortalidade na população brasileira. Em nossa UBS, a equipe de saúde se reuniu para discutir as possibilidades de eleger Ação Programática do Projeto de intervenção, e optamos por HAS e DM, a partir da avaliação da análise situacional, já que em minha unidade de saúde o maior problema que temos é com a morbidade dessas doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2013).

A população cadastrada no território da USF é de 2798, não temos área descoberta aparentemente, existem sítios distantes que temos que fazer atendimento, como são Várzeas Grandes, Barrentas, Góis, Araçá, Gameleira e Cachoeira. Apresentamos 54% (311) de cobertura, segundo a estimativa do CAP, no acompanhamento de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área, e para os diabéticos dessa mesma faixa etária a cobertura é de 37% (62) segundo a estimativa do CAP. Nossa unidade Maria das Dores Ferreira, localizada na zona rural Maretas, tem cinco anos funcionando como o modelo de atenção EFS, existe vínculo com as instituições de ensino. A USF é pequena própria de uma área rural, com boas condições, tem uma sala de espera máxima de luminosidade natural possível, a ventilação excelente, contamos com sala de recepção, sala de procedimentos, sala de vacina e de nebulização, de curativos, esterilização, consultório odontologia, consultório médico com adequada iluminação e equipamento básico para o trabalho.

Minha equipe de saúde esta composta por uma enfermeira, o médico, três técnicas de enfermagem, um dentista, um assistente dental, sete agentes de saúde, quantidade suficiente para cobrir toda a comunidade, todos trabalhamos em conjunto com o NASF e realizamos diferentes atividades educativas. O atendimento é espontâneo e agendado, muitas pessoas solicitam consultas, mas estamos fazendo o atendimento organizado e planejado, através no cronograma mensal, doenças crônicas e demandas espontâneas são desenvolvidos todos os dias da semana em ambos os turnos.

O maior desafio que nossa UBS apresenta é reduzir o indicador de morbidade das doenças crônicas não transmissíveis, já que temos uma alta prevalência e incidência de estas doenças em nossa área de abrangência, para proporcionar a população melhor qualidade de vida. Por isso acho importante a intervenção sobre HAS e DM, toda a equipe está contribuindo com o nosso trabalho para melhorar o estado de saúde da população e elevar os indicadores de cobertura e qualidade e alcançar metas altas segundo os protocolos pelo MS.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, na USF Maria das Dores Ferreira, Serrinha, RN.

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

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos na USF Maria das Dores Ferreira, Serrinha, RN.

Meta 1: Cadastrar 65% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da USF Maria das Dores Ferreira, Serrinha, RN.

Meta 2: Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da USF Maria das Dores Ferreira, Serrinha, RN.

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

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 4: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 5: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 6: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

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

Meta 11: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 12: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

Meta 13: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Meta 15: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos Diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos.

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física 100% dos diabéticos.

Meta 21: Orientar sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

Meta 23: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos.

Meta 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto estava estruturado para ser desenvolvida no período de 16 semanas na USF Maria das Dores Ferreira no Município de Serrinha/RN, mas houve mudanças no cronograma do curso e a intervenção será realizada em 12 semanas. A intervenção foi realizada no período de Março - junho do ano 2015. Participarão da intervenção usuários hipertensos e diabéticos da faixa etária de 20 anos da área de abrangência da unidade.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

**Objetivo 1.** Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos no programa na Unidade Básica de Saúde Maria das Dores Ferreira, Serrinha, Rio Grande do Norte.

Meta 1: Cadastrar 65% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da USF Maria das Dores Ferreira, Serrinha, RN.

Meta 2: Cadastrar 50 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da USF Maria das Dores Ferreira, Serrinha, RN.

### **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.

- Detalhamento da ação: O médico e a enfermeira monitorarão o número de hipertensos e diabéticos cadastrados observando as fichas de cadastros realizadas pelos ACS, semanalmente.

### **Organização e gestão do serviço**

**Ação:** Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa;

- Detalhamento da ação: Os Agentes Comunitários de Saúde realizarão o registro dos usuários cadastrados no programa.

**Ação:** Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM.

- Detalhamento da ação: Os usuários serão recebidos pela recepcionista e a técnica de enfermagem que vai medir a pressão arterial, tomar o seu peso e altura e farão o hemoglicoteste aos usuários diabéticos ou que apresentarem sinais de risco para o diabetes.

**Ação:** Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde e para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

- Detalhamento da ação: A enfermagem da UBS solicitará à secretaria de saúde do município outro esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica.

### **Engajamento público:**

**Ação:** Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

- Detalhamento da ação: A médica, a enfermeira e ACS em suas visitas domiciliares irão informar à população sobre a existência do programa.

**Ação:** informar à comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

- Detalhamento da ação: A médica, a enfermeira e ACS orientarão em suas visitas domiciliares e atividades educativas à população sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

**Ação:** Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

- Detalhamento da ação: A médica, a enfermeira e ACS em suas visitas domiciliares e em atividades educativas na comunidade irão informar à população sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

### **Qualificação da prática clínica**

**Ação:** Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

- Detalhamento da ação: A médica e enfermeira irão capacitar a equipe de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

**Ação:** Capacitar aos ACS de saúde e técnicas de enfermagem na forma de medir corretamente da pressão arterial.

**Ação:** Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

- Detalhamento da ação: O médico e a enfermeira capacitarão os ACS de saúde na realização do hemoglicoteste e aferição de PA através de aulas práticas, na primeira semana de intervenção.

**Objetivo 2.** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos programa na Unidade Básica de Saúde Maria das Dores Ferreira, Serrinha, Rio Grande do Norte.

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e ou diabéticos.

### **Monitoramento e avaliação**

**Ação:** Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.

- Detalhamento da ação: O médico e a enfermeira monitorarão o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde; o acesso aos medicamentos da Farmácia

Popular/Hiperdia, além disso, monitorarão os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico na UBS.

### **Organização e gestão do serviço**

**Ação:** Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos.

- Detalhamento da ação: A técnica de enfermagem irá realizar a medição da pressão arterial, peso, altura e hemoglicoteste do usuário, os ACS irão realizar pesquisas com a tomada de pressão arterial em visitas domiciliares enviando os usuários que têm uma anormalidade na sua pressão arterial para a consulta com o médico e enfermeiro.

**Ação:** Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

- Detalhamento da ação: A capacitação será realizada na unidade de saúde pela médica e enfermeira da unidade, na primeira semana de intervenção por meio de palestras.

**Ação:** Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

- Detalhamento da ação: Os profissionais (médica, enfermeira, técnica de enfermagem, dentista, auxiliar, e NASF da equipe) compartilharão os conhecimentos sobre o tema, na reunião mensal, o médico e a enfermeira serão responsáveis em dividir os temas.

**Ação:** Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

- Detalhamento da ação: O médico solicitará, antes do início da intervenção, impressão dos protocolos de hipertensão e diabetes ao secretário municipal de saúde.

### **Engajamento público**

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

- Detalhamento da ação: Os ACS em visitas domiciliares irão orientar os usuários sobre sintomas, complicações e risco de hipertensão, o médico e a enfermeira realizarão palestras o público sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas em usuários hipertensos e diabéticos.

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

**Ação:** Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde.

- Detalhamento da ação: A capacitação para a realização de exame clínico apropriado para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde ocorrerá na unidade de saúde pela médica e enfermeira da unidade, durante um dia da semana por meio de palestras, na primeira semana de intervenção. Realizaremos atualização do profissional no tratamento da hipertensão. Além disso, capacitaremos para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Meta 4: Garantir a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

### **Monitoramento e avaliação**

**Ação:** Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

- Detalhamento da ação: O médico e a enfermeira monitorarão os registros dos usuários hipertensos e diabéticos atendidos, utilizarão para isso os livros de registro, ficha espelho e prontuários, se a todos foram solicitados exames laboratoriais, será realizado semanalmente.

**Ação:** Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

- Detalhamento da ação: O médico, enfermeira e técnica de enfermagem trabalharão com o livro de registro do hipertenso e/ou diabéticos o qual terá um campo reservado para o controle das solicitações a partir deste controle serão realizadas reuniões semanais com ACS para avaliar os usuários que ainda permanecem sem a solicitação de exames complementares.

### **Organização e gestão do serviço**

**Ação:** Garantir a solicitação dos exames complementares.

- Detalhamento da ação: O médico e a enfermeira na consulta irão solicitar exames complementares durante as consultas aos usuários portadores de hipertensão e diabetes.

**Ação:** Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

- Detalhamento da ação: O médico em reunião com o secretário de saúde discutirá a necessidade de priorizar a realização de exames complementares definidos no protocolo aos usuários hipertensos e diabéticos, essa reunião será realizada logo na primeira semana de intervenção.

**Ação:** Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

- Detalhamento da ação: Em reuniões semanais será analisado se os usuários realizaram exames complementares e na reunião mensal com o secretário de saúde serão discutidas as razões pelas quais estes não foram realizados, a técnica de enfermagem ficará responsável por essa ação.

### **Engajamento público**

**Ação:** Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares

- Detalhamento da ação: Os ACS em visitas domiciliares e em atividades educativas na comunidade irão orientar os usuários e a comunidade sobre a importância da realização de exames complementares, o médico e a enfermeira orientarão os usuários com hipertensão e a comunidade nas consultas a importância da realização de exames complementares.

**Ação:** Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

- Detalhamento da ação: Os ACS em visitas domiciliares e em atividades educativas irão orientar os usuários e toda comunidade sobre a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares, o médico e a enfermeira irão orientá-los nas consultas sobre a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

### **Qualificação da prática clínica**

**Ação:** Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

- Detalhamento da ação: A capacitação será realizada na unidade de saúde, para todos os profissionais, pela médica e a enfermeira da unidade, durante uma tarde por meio de palestras, na primeira semana de intervenção,

Meta 5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **Monitoramento e avaliação**

**Ação:** Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

- Detalhamento da ação: A técnica de farmácia entregará um relatório quinzenal da existência de medicamentos de Hiperdia na farmácia popular. No relatório a técnica destacará ausência dos medicamentos direcionados para este grupo e sinalizará se os usuários procuram pela medicação, mas não havia disponibilidade delas.

### **Organização e gestão do serviço**

**Ação:** Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

- Detalhamento da ação: A técnica de farmácia, técnica de enfermagem e enfermeira realizarão o controle mensal dos medicamentos existentes e a data de validade desses.

**Ação:** Manterá um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

- Detalhamento da ação: A técnica de farmácia com ajuda de ACS manter um registro atualizado medicamentos utilizados por usuários hipertensos e diabéticos, fará controle semanal.

### **Engajamento público**

**Ação:** Orientar toda comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

- Detalhamento da ação: Os ACS e a técnica de farmácia informará aos usuários sobre como eles podem realizar o cadastramento na farmácia popular para obter medicamentos de Hiperdia.

### **Qualificação da prática clínica**

**Ação:** Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.

- Detalhamento da ação: A capacitação será realizada na unidade de saúde pela médica e enfermeira da unidade, durante uma tarde por meio de palestras.

**Ação:** Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

- Detalhamento da ação: Os ACS e a técnica de farmácia informará aos usuários sobre como eles podem realizar o cadastramento na farmácia popular para obter medicamentos de Hiperdia.

Meta 6: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

### **Monitoramento e avaliação**

**Ação:** Monitorar os hipertensos e/ou diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

- Detalhamento da ação: A médica e a enfermeira monitorarão os hipertensos e/ou diabéticos que necessitam de atendimento odontológico e irão conduzi-lo ao consultório do dentista, os ACS em visitas domiciliares observarão os usuários que necessitam de atendimento odontológico os encaminhará à consulta da dentista.

### **Organização e gestão do serviço**

**Ação:** Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e/ou diabéticos; organizar a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos hipertensos e/ou diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

- Detalhamento da ação: Organizar com o dentista para que sejam avaliados três usuários hipertensos e/ou diabéticos assim que saírem da consulta médica e de enfermagem.

### **Engajamento público**

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

- Detalhamento da ação: A equipe de saúde e a dentista farão palestras na comunidade sobre a importância da avaliação da saúde bucal.

### **Qualificação da prática clínica**

**Ação:** Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e/ou diabéticos.

- Detalhamento da ação: A capacitação será realizada na unidade de saúde pela médica, a enfermeira e a dentista da unidade, durante uma tarde por meio de palestras.

**Objetivo 3.** Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa na Unidade Básica de Saúde Maria das Dores Ferreira, Serrinha, Rio Grande do Norte. Meta7. Buscar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

### **Monitoramento e avaliação**

**Ação:** Monitorar ao cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

- Detalhamento da ação: A médica e a enfermeira monitorarão o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) mediante a recepcionista. A recepcionista informará os ACS os usuários que não compareceram à consulta, para que eles marcam uma nova consulta.

### **Organização e gestão do serviço**

**Ação:** Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

- Detalhamento da ação: Os ACS irão marcar visitas domiciliares aos usuários faltosos à consulta para o médico e a enfermeira.

**Ação:** Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

- Detalhamento da ação: A médica e enfermeira na quinta-feira à tarde realizarão consultas a aqueles hipertensos e diabéticos provenientes da busca domiciliar.

### **Engajamento público**

**Ação:** Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

- Detalhamento da ação: A médica e a enfermeira farão palestras sobre a importância de ter uma assistência sistemática a consulta, os ACS em visitas domiciliares informar a importância de consultas médicas.

**Ação:** Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).

- Detalhamento da ação: A médica e enfermeiras realizarão as consultas aos usuários faltosos qualquer dia da semana com o objetivo de resgatar esses usuários.

**Ação:** Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

- Detalhamento da ação: A médica e a enfermeira durante a consulta informarão aos usuários a frequência com que têm as consultas, os ACS em visitas domiciliares informarem aos usuários as frequências de consultas.

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

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

- Detalhamento da ação: A capacitação será realizada na unidade de saúde pela médica e a enfermeira da unidade, durante uma tarde por meio de palestras.

**Objetivo 4.** Melhorar o registro das informações na Unidade Básica da Saúde Maria das Dores Ferreira, Serrinha, Rio Grande do Norte.

Meta 8: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Monitoramento e avaliação**

**Ação:** Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

- Detalhamento da ação: A médica e a enfermeira, técnica de enfermagem monitorarão a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

**Organização e gestão do serviço:**

**Ação:** Manter as informações do SIAB atualizadas

- Detalhamento da ação: A médica e enfermeira manterão as informações do SIAB atualizadas.

**Ação:** Implantar a ficha de acompanhamento.

- Detalhamento da ação: A médica, enfermeira e a secretária programarão a ficha de acompanhamento.

**Ação:** Pactuar com a equipe o registro das informações.

- Detalhamento da ação: A médica, enfermeira analisam com a equipe de saúde o registro das informações uma vez por mês.

**Ação:** Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

- Detalhamento da ação: A médica e enfermeira serão responsáveis pelo monitoramento dos registros.

**Ação:** 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 da ação: A médica, enfermeira e recepcionista implementarão o registro para possibilitar o monitoramento os usuários com atraso na consulta, exames complementares, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

**Engajamento público:**

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

- Detalhamento da ação: A recepcionista e técnica de enfermagem orientarão aos usuários sobre seus direitos em relação à manutenção de seu registro de saúde e acesso a segunda via se necessário.

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

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

- Detalhamento da ação: A capacitação será realizada na unidade de saúde pela médica e a enfermeira da unidade, durante um dia da semana por meio de palestras.

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

A capacitação será realizada na unidade de saúde pela médica e a enfermeira da unidade, durante uma tarde por meio de palestras.

**Objetivo 5.** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular na Unidade Básica da Saúde Maria das Dores Ferreira, Serrinha, Rio Grande do Norte.

Meta 9: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **Monitoramento e avaliação**

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

- Detalhamento da ação: A médica e a enfermeira, técnica de enfermagem monitorarão o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Organização e gestão do serviço:

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

- Detalhamento da ação: Quinta-feira pela tarde vai ver usuários hipertensos e/ou diabéticos avaliados como de alto risco.

### **Engajamento público:**

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

- Detalhamento da ação: A médica e enfermeira informarão nas consultas aos usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

**Ação:** Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

- Detalhamento da ação: A médica, a enfermeira, os ACS poderão orientar os usuários sobre a importância de uma dieta saudável.

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

**Ação:** Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e sobre a importância do registro desta avaliação.

- Detalhamento da ação: A capacitação será realizada na unidade de saúde pela médica e a enfermeira da unidade, durante uma tarde por meio de palestras.

**Ação:** Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

- Detalhamento da ação: A capacitação será realizada na unidade de saúde pela médica e a enfermeira da unidade, durante uma tarde por meio de palestras.

**Ação:** Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

- Detalhamento da ação: A capacitação será realizada na unidade de saúde pela médica e a enfermeira da unidade, durante uma tarde por meio de palestras.

**Objetivo 6.** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos na Unidade Básica da Saúde Maria das Dores Ferreira, Serrinha, Rio Grande do Norte.

Meta 10: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

#### **Monitoramento e avaliação**

**Ação:** Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e/ou diabéticos.

- Detalhamento da ação: A médica e a enfermeira avaliarão se os ACS em suas visitas domiciliares estão oferecendo orientação nutricional aos hipertensos e/ou diabéticos.

Organização e gestão do serviço:

**Ação:** Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

- Detalhamento da ação: Serão feitas palestras pela a médica, enfermeira e a nutricionista sobre alimentação saudável aos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

**Ação:** Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

- Detalhamento da ação: A médica e enfermeira realizarão reuniões com gestores para viabilizar a participação de nutricionistas nestas atividades.

**Engajamento público:**

**Ação:** Orientar hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

- Detalhamento da ação: A médica, a enfermeira e os ACS orientarão hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a alimentação saudável nas consultas e visitas domiciliares.

**Qualificação da prática clínica:**

**Ação:** Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

- Detalhamento da ação: A capacitação será realizada na unidade de saúde pela nutricionista do NASF a toda a equipe da unidade, durante um dia da semana por meio de palestras.

**Ação:** Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

- Detalhamento da ação: A capacitação será realizada na unidade de saúde pela Psicóloga do NASF a toda a equipe da unidade, durante um dia da semana por meio de palestras.

Meta 11: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

### **Monitoramento e avaliação**

**Ação:** Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e/ou diabéticos.

- Detalhamento da ação: A médica e a enfermeira avaliarão os ACS em suas visitas domiciliares estão dando orientação para atividade física regular aos hipertensos e/ou diabéticos.

### **Organização e gestão do serviço**

**Ação:** Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

- Detalhamento da ação: A médica e a enfermeira realizarão palestras para orientar a importância das atividades físicas.

**Ação:** Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

- Detalhamento da ação: Serão realizados dois dias por semana praticando exercícios físicos com o preparador físico.

### **Engajamento público**

**Ação:** Orientar hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

- Detalhamento da ação: A médica, a enfermeira e os ACS orientarão hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular nas consultas e visitas domiciliares.

### **Qualificação da prática clínica**

**Ação:** Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

- Detalhamento da ação: A capacitação será realizada na unidade de saúde pelo preparador físico a toda a equipe da unidade, durante uma tarde por meio de palestras.

**Ação:** Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

- Detalhamento da ação: A capacitação será realizada na unidade de saúde pela Psicóloga do NASF a toda a equipe da unidade, durante um dia da semana por meio de palestras

Meta 12: Orientar sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

### **Monitoramento e avaliação**

**Ação:** Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e/ou diabéticos.

- Detalhamento da ação: A médica e a enfermeira irão avaliar se os ACS em suas visitas domiciliares darão orientação sobre risco do tabagismo aos hipertensos e/ou diabéticos.

### **Organização e gestão do serviço**

**Ação:** Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

- Detalhamento da ação: A médica e enfermeira realizarão uma reunião com a secretária de saúde será feita para gerenciar a compra de medicamentos.

### **Engajamento público**

**Ação:** Orientar os hipertensos e/ou diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

- Detalhamento da ação: A médica encaminhará aos usuários hipertensos e/ou diabéticos tabagistas à consulta do NASF onde ofereceu apoio e tratamento para abandonar o hábito de fumar.

### **Qualificação da prática clínica**

**Ação:** Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

- Detalhamento da ação: A capacitação será realizada na unidade de saúde pela Psicóloga do NASF a toda a equipe da unidade, durante um dia da semana por meio de palestras.

**Ação:** Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

- Detalhamento da ação: A capacitação será realizada na unidade de saúde pela Psicóloga do NASF a toda a equipe da unidade, durante um dia da semana tarde por meio de palestras.

Meta 13: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

### **Monitoramento e avaliação**

**Ação:** Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e/ou diabéticos.

- Detalhamento da ação: A médica, enfermeira e dentista avaliarão se os ACS em suas visitas domiciliares oferecerão orientações sobre higiene bucal aos hipertensos e/ou diabéticos.

### **Organização e gestão do serviço**

**Ação:** Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

- Detalhamento da ação: A médica e a enfermeira nas consultas garantirão a tempo para orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e/ou diabéticos.

### **Engajamento público**

**Ação:** Orientar os hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

- Detalhamento da ação: O dentista dará palestras aos usuários hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

### **Qualificação da prática clínica**

**Ação:** Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

- Detalhamento da ação: A capacitação será realizada na unidade de saúde pelo dentista a toda a equipe da unidade, durante uma tarde por meio de palestras.

### 2.3.2 Indicadores

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

Meta 1. Cadastrar 65% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

*Indicador 1: Cobertura do programa de atenção aos hipertensos 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 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 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.*

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

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

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

Metas 3. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos cadastrados.

*Indicador 3: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.*

- Numerador: Número de hipertensos cadastrados com exame clínico apropriado.

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

Metas 4. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos cadastrados.

*Indicador 4: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.*

- Numerador: Número de diabéticos cadastrados com exame clínico apropriado.

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

Meta 5. Garantir a 100% dos hipertensos cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

*Indicador 5. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.*

- Numerador: Número de hipertensos cadastrados com exames complementares em dia.

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

Meta 6. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

*Indicador 6. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.*

- Numerador: Número total de diabéticos cadastrados com exames complementares em dia.

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

Meta 7. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

*Indicador 7. Proporção de hipertensos com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.*

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

- Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Meta 8. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

*Indicador 8. Proporção de diabéticos com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.*

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

- Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos cadastrados.

*Indicador 9. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.*

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

- Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde, cadastrados no Programa.

Meta 10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos cadastrados.

*Indicador 10. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.*

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

- Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde, cadastrados no Programa.

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

Meta 11. Buscar 100% dos hipertensos cadastrados faltosos às consultas na unidade de saúde, conforme a periodicidade recomendada.

*Indicador 11: 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 12. Buscar 100% dos diabéticos cadastrados faltosos às consultas na unidade de saúde, conforme a periodicidade recomendada.

*Indicador 12: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas, com busca ativa.*

Numerador: Número total 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 registro das informações.

Meta 13. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

*Indicador 13: 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 14. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

*Indicador 14: 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/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 15. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

*Indicador 15: 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 16. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

*Indicador 16: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.*

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

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

Objetivo 6 : Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 17. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

*Indicador 17: 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 18. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

*Indicador 18: 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 19. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

*Indicador 19: 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 20. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

*Indicador 20: 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 21. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

*Indicador 21: 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 22. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

*Indicador 22: 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 23. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

*Indicador 23: 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 24. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

*Indicador 24: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.*

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

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

### **2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus utilizamos os Cadernos de Atenção Básica de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, 2014. Utilizamos as fichas espelhos disponibilizadas pelo curso que contempla todos os dados necessários e não precisamos de outra ficha complementar. Estimamos alcançar com a intervenção 65% de usuários com Hipertensão e 50% de usuários com Diabetes. Fizemos contato com o gestor municipal para imprimir 400 fichas espelhos para os hipertensos e para os diabéticos 100 mais. Para o acompanhamento mensal da intervenção foram utilizados os registros impressos de coletas de dados. Este registro, contem os dados das planilhas de coletas de dados disponíveis pelo curso.

Para organizar o registro específico do programa, os ACS atualizarão os registros identificando todos os usuários com hipertensão e diabetes os últimos três meses, além do cadastramento e realização das fichas espelhos durante a procura dos usuários hipertensos pela unidade seja para consultas, troca de receitas e

outros na unidade de saúde e também pela busca ativa dos outros usuários sabidamente hipertensos ou portadores de fatores de risco, pelos ACS nas visitas domiciliares. Ao mesmo tempo foi realizada uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso.

Para a realização da ação de capacitar a equipe da unidade se utilizou os protocolos de hipertensão e diabetes, os profissionais que ficaram responsáveis foram a médico e a enfermeira. A análise situacional e a definição do foco da intervenção já foram discutidas com a equipe da unidade básica de saúde. Assim, começamos a intervenção com a capacitação da equipe sobre os Cadernos de atenção Básica de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus para que todos os membros da equipe utilizem esta referência na atenção aos usuários hipertensos e diabéticos. Esta capacitação ocorreu na primeira semana de intervenção na UBS, para isto foram reservadas 2 horas ao final do expediente de trabalho. A médica, a enfermeira, a nutricionista, o preparador físico e a psicóloga realizarão palestras sobre o caderno de hipertensão e diabetes do MS.

Para monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados, capacitaremos os agentes comunitários de saúde, na primeira semana. Orientarão aos usuários hipertensos e diabéticos sobre a existência do programa, a importância de aferir a pressão arterial a partir dos 18 anos no mínimo uma vez por ano, quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Também na primeira semana será realizada a capacitação para todos os profissionais da equipe para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo o uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, na realização de exame clínico apropriado e solicitação de exames complementares. Além disso, também foi capacitado para o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos usuários com hipertensão e diabetes, registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, para realização de estratificação de risco cardiovascular segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés em diabéticos. A equipe foi capacitada sobre metodologias de educação em saúde, quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis e ainda a equipe receberá atualização sobre: práticas de alimentação saudável, promoção da prática de atividade física regular, tratamento de usuários tabagistas e orientações de higiene bucal. Utilizamos para isso duas horas antes de terminar o expediente de

trabalho, cada profissional estudará um assunto e compartilhar com os outros membros da equipe.

O acolhimento dos hipertensos e diabéticos que buscarem o serviço será realizado pela recepcionista e a técnica de enfermagem, os usuários que apresentarem elevação nas cifras de pressão arterial e glicemia serão atendidos pela médica ou enfermeira no mesmo dia. Este grupo de pacientes quando apresentarem problemas agudos serão atendidos também no mesmo dia para agilizar a avaliação e tratamento de intercorrências, não houve necessidade de alterar a organização da agenda. Os usuários que faltarem as consultas serão atendidos em dois turnos por semana e o agendamento das consultas será realizado pelos agentes comunitários, serão reservadas 10 vagas por semana. Os hipertensos e diabéticos saíram da UBS com a próxima consulta agendada.

A intervenção será realizada de acordo com os Cadernos de Atenção Básica. Para abordagem dos usuários hipertensos a proposta inicial é a realização do cadastramento e da estratificação de risco cardiovascular de todos esses usuários. Neste estudo para classificação dos usuários foi utilizada a escala de risco de Framingham.

Usuários com fatores de risco, não hipertensos, serão avaliados em termos de possibilidades para o diagnóstico de hipertensão e orientados, apenas serão cadastrados os usuários com diagnóstico de hipertensão. Utilizaremos uma ficha de cadastro, e a ficha espelho com o preenchimento da identificação de dados, antropométricos (altura, peso e circunferência abdominal), fatores de risco, drogas usadas, comorbidade, e classificação de risco de cada usuário. No primeiro momento o registro será realizado pelos ACS, em conjunto com a técnica de enfermagem, estes anotarão dados de identificação e antropométricos. A médica e enfermeira durante consultas médicas e de enfermagem realizaram registros de outros dados, e a estratificação do risco cardiovascular.

Todos os usuários participarão pelo menos quatro atividades nos grupos ao ano e receber, no mínimo, 12 visitas realizadas pelos ACS domiciliar. A enfermeira será responsável por organizar a agenda dos profissionais de saúde, dedicando o tempo necessário para o planejamento das atividades e em conjunto com a médica e a técnica de enfermagem, vai verificar e controlar o horário de atendimento ao usuário. Casos mais complexos serão discutidos individualmente e será elaborado um plano de ação, se for necessário.

Os exames complementares serão solicitados durante as primeiras consultas médicas e enfermagem, de acordo com o protocolo de HAS e DM. As consultas médicas e de enfermagem foram realizadas com prévio planejamento para esta atividade no grupo do programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus (Hiperdia). Controlarão a frequência e a regularidade dos usuários para consultas médicas e de enfermagem, e os exames complementares, além da avaliação da adesão ao tratamento pelas visitas do ACS, será feita por acompanhamento. O monitoramento foi registrado pela médica e enfermeira durante as consultas do Hiperdia e ser registrado pelo ACS durante as visitas domiciliares.

Para sensibilizar a comunidade, durante a primeira fase da intervenção será necessário que os profissionais de saúde prestem especial atenção aos aspectos da educação para a saúde para sensibilizar e educar a população em relação a esses problemas, em quanto às medidas de prevenção e promoção da saúde. A enfermeira fará contato com a associação de moradores, da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização das consultas das consultas a estes usuários. Será solicitado apoio da comunidade no sentido de ampliar a capacitação de usuários com hipertensão e diabetes e também foi esclarecido sobre necessidades de priorização do atendimento deste grupo populacional. Informamos a comunidade sobre a existência do Hiperdia da unidade de saúde. Ouvir a comunidade e traçar estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de HAS e DM.

A comunidade será orientada por os agentes comunitários de saúde uma vez por mês sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, sobre os fatores de risco de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes, sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Os usuários e a comunidade serão orientados, por nutricionista e educador físico sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, sobre a importância da alimentação saudável, prática de atividade física regular, sobre a existência de tratamento para abandono do tabagismo, sobre a importância da higiene bucal.

A médica, enfermeira e equipe do NASF realizarão palestras informativas aos usuários com hipertensão e diabetes uma vez ao mês. A equipe de trabalho da

unidade de saúde realizou uma reunião mensal para avaliar o desenvolvimento da intervenção.

Semanalmente a enfermeira examinou as fichas-espelhos dos hipertensos e diabéticos identificando aqueles que estavam com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais atrasados. O ACS faz busca ativa de todos os hipertensos e diabéticos com atraso na consulta. Ao fazer a busca já agendaram aos usuários para as consultas com um horário de sua conveniência. Ao final de cada semana, as informações coletadas na ficha espelho foram consolidadas na planilha impressa.



### **3 Relatório da Intervenção**

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

A intervenção objetivou melhorar a atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na USF Maria das Dores Ferreira, Serrinha - RN que foram desenvolvidas consideraram os quatro eixos pedagógicos para o alcance das metas traçadas. Em relação ao monitoramento e avaliação, durante toda a intervenção a equipe ficou envolvida em todas as ações realizadas o trabalho realizado pela equipe. Foi cumprido o cronograma do projeto e as ações nele expostas, já que desde o início da intervenção, iniciamos o cadastro de todos os hipertensos e diabéticos da área de abrangência, nas consultas foi realizado exame físico completo, todos tiveram avaliação e estratificação de riscos cardiovascular de acordo com a escala de risco de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e são solicitados os exames complementares de acordo com protocolo adotado, foram feitas reuniões para monitorar a realização dos exames complementares dos usuários hipertensos e diabéticos e os usuários faltosos a consultas, isto é monitorizado pelos ACS.

Os ACS na visita domiciliar, a auxiliar de enfermagem e a enfermeira e a médica em todos seus atendimentos, no cadastro realizado pelos ACS foi identificado muitos usuários que nunca fizeram o rastreamento, ou levaram muitos anos sem fazer sobre todos os idosos que moram longe da UBS, e acamados que não podem ir as consultas. Teremos uma adesão maior dos usuários ao programa de hipertensão e diabetes.

Na organização e gestão do serviço tudo ficou organizado o acolhimento aos usuários foi realizado, assim como os atendimentos clínicos realizados por parte da equipe o qual tem sido de forma integral, havendo convencido de todos os usuários

atendidos a fazer seus exames de laboratório, os quais se fizeram de forma organizada um dia por semana, na terça-feria.

Foram preenchidas as fichas espelho em todas as consultas e organizadas em pastas seguindo próxima data de exame, cada semana se realizava uma avaliação do andamento da intervenção, dos resultados de exames, com o objetivo de avaliar todos os usuários cadastrados e orientar aos faltosos através da busca ativa acudir as consultas.

No eixo engajamento público a equipe cumpriu todas as ações previstas no cronograma, esclarecimento na população da importância do programa de Hipertensão, ensinando a população sobre a não adesão ao uso de tabaco, álcool e drogas, a prática de atividade física regular; os hábitos alimentares saudáveis. Essas atividades foram realizadas nas salas de espera da UBS, nas visitas domiciliares, na Igreja da comunidade, fizemos muita promoção e prevenção destas patologias, os usuários se mostraram interessados e satisfeitos.

No eixo qualificação da prática clínica na primeira e segunda semana a equipe foi capacitada sobre o protocolo que preconiza o MS, preenchimento da ficha espelho e planilha de coleta de dados, tudo isso ajudou a um entendimento do programa que era manejado de forma diferente, as mudanças na forma de proceder de toda a equipe.

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

Não houve ações previstas que não foram desenvolvidas.

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

Não tivemos muita dificuldade na hora de preencher a planilha de coleta de dados, mas quando ocorreu algum equívoco este foi identificado pela orientadora e devidamente corrigido.

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

A intervenção já faz parte da rotina da USF, o acolhimento dos usuários com hipertensão e diabetes, não somente os que participaram da intervenção, também

dos casos novos que são detectados na pesquisa diária. O atendimento clínico integral a todos os usuários da UBS virou fortalecido com uma melhor organização do trabalho, com o preenchimento da ficha espelho dos usuários de diabetes e hipertensão atendidos, e a solicitação dos exames complementares monitoradas continuamente. A comunidade mostra muita satisfação com a realização da intervenção, pois é possível observar como melhorou o acompanhamento das doenças, a prevenção de agravos nas crônicas não transmissíveis, e naquelas pessoas identificadas com risco. Todo isso contribui finalmente a ter um impacto positivo na qualidade de vida dessa comunidade.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção tratou da melhoria da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus da UBS Maria das Dores Ferreira, no município Serrinha - RN. Durante esse período atendemos 390 (91,5%) pessoas com hipertensão arterial acompanhados na área de abrangência. Em relação à Diabetes Mellitus, são acompanhados 98 (93,3%)

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

Meta 1: Cadastrar 65% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 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 e 2: Cobertura do programa de atenção aos hipertensos na unidade de saúde.

Em relação ao indicador de cobertura a meta para Cadastrar 65% dos hipertensos e 50% de diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde foi atingida parcialmente, no primeiro mês foram cadastrados e atendidos 103 hipertensos com (24,2%) e 35 diabéticos (33,3%). O comportamento desse indicador no primeiro mês foi um pouco baixo, sobretudo com os diabéticos que foram menores, porque na primeira semana quando começou a divulgação do projeto e o trabalho da equipe para garantir que os usuários compareçam a UBS, não conseguimos reunir a maior quantidade de usuários da área de abrangência na divulgação e as palestras, já que quando fizemos estas, muitos usuários ficavam longe da comunidade, ou seja em sítios rurais que dificultou a ida dos idosos a unidade e muitos não tinham conhecimento que nosso projeto havia começado.

No segundo mês foram atendidos e avaliados 212 usuários hipertensos (49,8%), e diabéticos foram 67 (63,8%), é possível perceber que com o trabalho de nossa equipe e apoio dos gestores a través das palestras, trabalhamos também com o círculo de hiperdia organizado na unidade com os quais fizemos várias atividades

educativas conseguimos incorporar mais números de usuários do programa de hiperdia na UBS e sobre todo satisfação da população.

Ao final terceiro mês foram avaliados no total 390 usuários hipertensos (91,5%), e 98 diabéticos (93,3%). Estes usuários foram acolhidos na USF e também fizemos ações de promoção e prevenção da ação programática, conseguimos incrementar o indicador de cobertura. “Conforme apresentado na Figura 1e 2”.

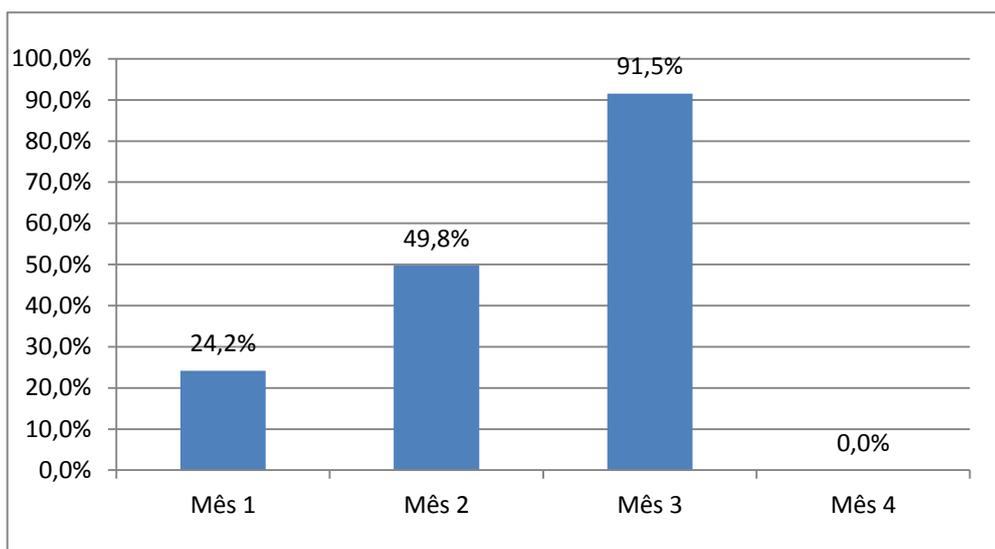


Figura. 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Maria das Dores Ferreira. Município Serrinha. RN.

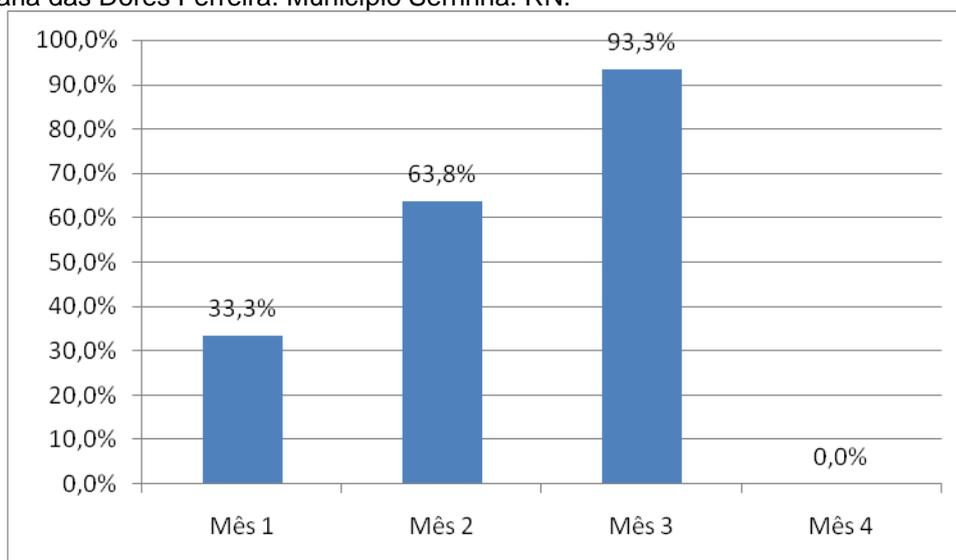


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Maria das Dores Ferreira, Serrinha, RN.

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

- Meta 3 e 4: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e ou diabéticos.

Indicador 3 e 4: Proporção de hipertensos e/ou diabéticos com exame clínico apropriado.

Neste indicador alcançamos 100% de cobertura dos usuários hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/ hiperdia priorizada durante todos os meses da intervenção. No primeiro mês foram 103 hipertensos com (100%) e 35 diabéticos (100%). No segundo mês foram atendidos e avaliados 212 usuários hipertensos (100%), e diabéticos foram 67 (100%) e ao final terceiro mês foram avaliados no total 390 usuários hipertensos (100%), e 98 diabéticos (100%).

- Meta 5 e 6: Garantir a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 5 e 6: Proporção de hipertensos e/ou diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

A respeito deste indicador na primeira semana não houve realização de exames devido às chuvas, logo a semana depois fizemos planejamento de coletas de sangue na unidade às terças-feiras e aqueles usuários que não podiam dirigir-se a UBS, pois tinham alguma necessidade especial realizamos a coleta em domicílios. No primeiro mês foram realizados 87 exames complementares aos usuários hipertensos (84,5%) e 27 diabéticos (77,1%). No segundo mês foram 196 hipertensos (92,5%) e 66 diabéticos (98,5%) e no último mês 297 hipertensos (93,4%) e 96 diabéticos (98%). “Conforme apresentado na Figura 3 e 4.”

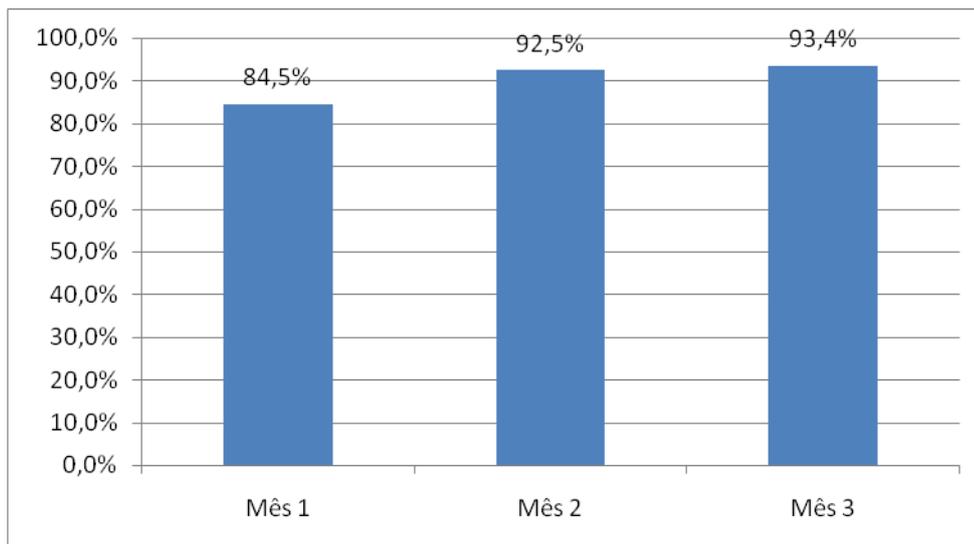


Figura 3. Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Maria Das Dores Ferreira, Serrinha, RN.

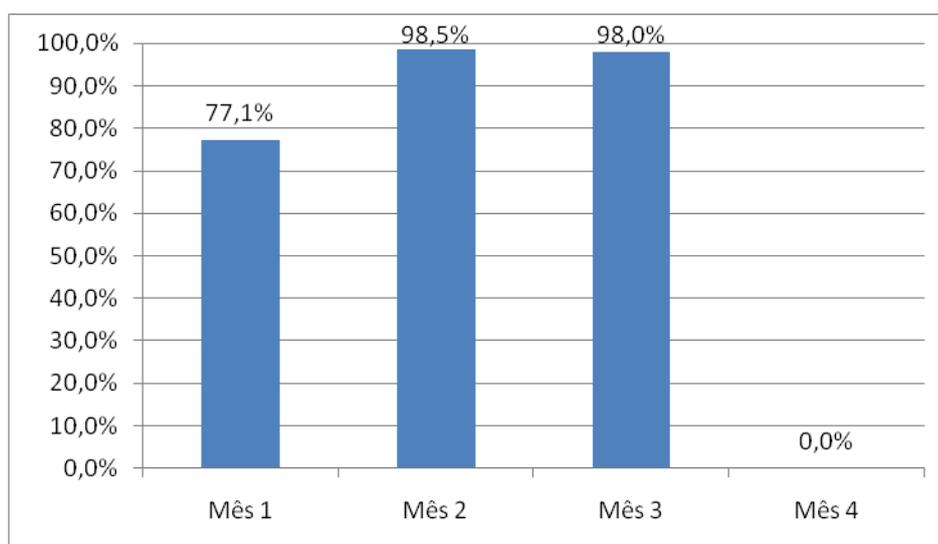


Figura 4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Maria Das Dores Ferreira, Serrinha, RN.

- Meta 7 e 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 7 e 8: Proporção de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/ hiperdia priorizada.

Neste indicador alcançamos 100% de cobertura dos usuários hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/ hiperdia priorizada durante todos os meses da intervenção. No primeiro mês foram 103 hipertensos com (100%) e 35 diabéticos (100%). No segundo mês foram atendidos e avaliados

212 usuários hipertensos (100%), e diabéticos foram 67 (100%) e ao final terceiro mês foram avaliados no total 390 usuários hipertensos (100%), e 98 diabéticos (100%).

- Meta 9 e 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 9 e 10: Proporção de hipertensos e diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Durante toda a intervenção foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico todos os usuários. No primeiro mês foram 103 hipertensos (100%) e 35 diabéticos (100%). No segundo mês foram atendidos e avaliados 212 usuários hipertensos (100%), e diabéticos foram 67 (100%) e ao final, terceiro mês, foram avaliados no total 390 usuários hipertensos (100%) e 98 diabéticos (100%).

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

- Meta 11 e 12: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 11 e 12: Proporção de hipertensos e diabéticos faltosos as consultas com busca ativa.

- Com respeito a este indicador no primeiro mês a cobertura foi alta, já que no cadastro realizado pelos ACS foram identificados muitos usuários que nunca fizeram o rastreamento, ou levaram muitos anos sem fazer e ficavam faltosas as consultas, sobre tudo os idosos que moram longe da UBS, e acamados que não podem ir as consultas. Faltaram e receberam busca ativa 29 usuários hipertensos (100%) e 13 diabéticos (100%). Todos com busca ativa. No segundo mês tivemos 16 hipertensos faltosos, mas conseguimos buscar 14 (88,9%), e 1 diabético (100%). Já para o terceiro faltaram 22 usuários hipertensos e foram buscados 20 (90,9%), para o atendimento aos diabéticos faltaram 2 e foram visitados e agendada novas datas 100% de acompanhamento. Nisso é possível perceber que a busca ativa para os usuários hipertensos não atingiu 100% nos três meses, mas 100% dos usuários diabéticos foram acompanhados

após as buscas realizadas pelos ACS. “Conforme apresentado na Figura 5.”

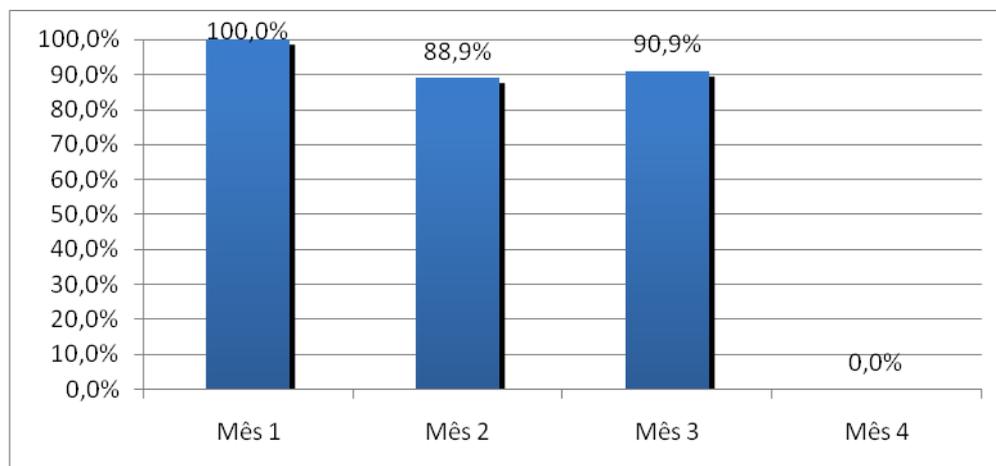


Figura 5. Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Maria Das Dores Ferreira, Serrinha, RN.

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

- Meta 13 e 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 13 e 14: Proporção de hipertensos e diabéticos com registros adequados na ficha de acompanhamento.

Neste indicador não tivemos problemas todas as fichas foram confeccionadas para o acompanhamento em 100%, durante toda a intervenção. No primeiro mês foram 103 hipertensos com (100%) e 35 diabéticos (100%). No segundo mês foram atendidos e avaliados 212 usuários hipertensos (100%), e diabéticos foram 67 (100%) e ao final terceiro mês foram avaliados no total 390 usuários hipertensos (100%), e 98 diabéticos (100%).

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

- Meta 15 e 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 15 e 16: Proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínica em dia.

Neste indicador a cobertura ficou com 100% em todos os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. No primeiro mês foram 103 hipertensos com (100%) e 35 diabéticos (100%). No segundo mês foram atendidos e avaliados 212 usuários hipertensos (100%), e diabéticos foram 67 (100%) e ao final terceiro mês foram avaliados no total 390 usuários hipertensos (100%), e 98 diabéticos (100%).

Objetivo 6 : Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos.

- Meta 17 e 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 17 e 18: Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Todos os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na USF receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável em 100% além das consultas, também em nas pesquisas, visitas domiciliares e diferentes atividades educativas como são as palestras feitas por a equipe de saúde durante toda a intervenção. No primeiro mês foram 103 hipertensos com (100%) e 35 diabéticos (100%). No segundo mês foram atendidos e avaliados 212 usuários hipertensos (100%), e diabéticos foram 67 (100%) e ao final terceiro mês foram avaliados no total 390 usuários hipertensos (100%), e 98 diabéticos (100%).

- Meta 19 e 20: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 19 e 20: Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Neste indicador as orientações foram realizadas a todos os usuários cadastrados e avaliados, além de fazer algumas atividades físicas com eles no caso delas atividades feitas com o círculo de hiperdia com apoio do preparador físico. No primeiro mês foram 103 hipertensos com (100%) e 35 diabéticos (100%). No segundo mês foram atendidos e avaliados 212 usuários hipertensos (100%), e diabéticos foram 67 (100%) e ao final terceiro mês foram avaliados no total 390 usuários hipertensos (100%), e 98 diabéticos (100%).

- Meta 21 e 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100%

dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 21 e 22: Proporção de hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Todos os usuários receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, tanto nas consultas como nas visitas domiciliares. No primeiro mês foram 103 hipertensos com (100%) e 35 diabéticos (100%). No segundo mês foram atendidos e avaliados 212 usuários hipertensos (100%), e diabéticos foram 67 (100%) e ao final terceiro mês foram avaliados no total 390 usuários hipertensos (100%), e 98 diabéticos (100%).

- Meta 23 e 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 23 e 24: Proporção de hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Neste indicador 100% dos usuários receberam orientação sobre higiene bucal. No primeiro mês foram 103 hipertensos com (100%) e 35 diabéticos (100%). No segundo mês foram atendidos e avaliados 212 usuários hipertensos (100%), e diabéticos foram 67 (100%) e ao final terceiro mês foram avaliados no total 390 usuários hipertensos (100%), e 98 diabéticos (100%).

## **4.2 Discussão**

A intervenção na USF Maria Das Dores Ferreira, Serrinha - RN propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, assim como a melhoria dos registros e a qualificação da atenção garantindo um atendimento de qualidade aos usuários acolhidos na unidade com abordagem preventiva e de promoção à saúde, identificando fatores de risco de cada usuário avaliado, com novos cadastramentos, utilização da ficha espelho com maior qualidade que permitiu um controle adequado dos usuários de hiperdia, além disso, a classificação e estratificação de risco de ambos os grupos.

A meta cobertura estipulada para hipertensão era de 65% e para diabetes 50% dos usuários portadores dessas patologias residentes na área de abrangência da unidade. Ao final de três meses de intervenção alcançamos a cobertura para os

hipertensos 91,5% (390) e para os diabéticos 93,3% (98), o que deixa claro que ultrapassamos a meta proposta para os indicadores de cobertura.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse sobre o protocolo que preconiza o MS, segundo o Caderno de Atenção Básica para seguir as recomendações relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem e da recepção, onde cada profissional desempenhou suas atribuições, estabelecendo vínculos de compromisso e responsabilidade entre os profissionais e com a comunidade, Isto acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço, como por exemplo, a realização de exames complementares de os usuários do programa que foi planejado a coleta de sangue para posteriormente a realização deles na UBS, já que muitos deles não se preocupavam em fazer os exames. Também outro impacto que tivemos foi à incorporação a atividade educativa do círculo de hiperdia.

Antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas na médica e existia pouco conhecimento do programa da equipe de saúde, sobre todo com os ACS. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. A melhoria do registro e o agendamento dos Hipertensos e Diabéticos viabilizarão a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos foi muito boa para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

A intervenção teve impacto na comunidade. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento nas consultas planejadas duas vezes da semana já que antigamente não tiveram essa prioridade e muitos deles desistiam de comparecer as consultas, foi explicado aos demais usuários que ficavam na sala de espera a prioridade para evitar a insatisfação destes usuários em espera. Com as atividades educativas realizadas conheceram os riscos, alguns sintomas característicos de cada doença, no caso de diabéticos o exame periódico dos pés, mobilizamos as comunidade através de palestras voltadas para o tema e que resultaram em agendamento de consultas, também foram realizadas ações de saúde para a população através das visitas domiciliares pelos ACS e demais profissionais das equipes.

A intervenção causou impacto positivo, com tudo, algumas questões poderiam ser aperfeiçoadas: organizaria melhor do atendimento para suprir o

excesso de demanda espontânea, cobraria com mais efetividades tarefas dadas a gestão e daria um pouco mais de participação da comunidade no desenvolvimento das ações a serem implementadas na intervenção.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. 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. Vamos adequar a ficha dos hipertensos e diabéticos para poder coletar e monitorar todos os indicadores que tínhamos previsto no projeto e dar continuidade as consultas programadas como esta estabelecida por o programa de hiperdia implantado pelo ministério de saúde. Pretendemos continuar avançando na ampliação de cobertura dos hipertensos e diabéticos, assim como continuar com o trabalho articulado das equipes para organizar outros programas como Pré-natal e as consultas de Puericultura.



## 5 Relatório da intervenção para gestores

Caros Gestores,

Eu, Liliana Torrecilla, participante da equipe de médicos do Programa Mais Médicos, inserido no curso de Especialização em Saúde Família - UFPEL e como requisito de conclusão deste curso foi realizada a intervenção, no período de março a junho de 2015, que objetivou a melhoria da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na USF Maria das Dores Ferreira, Serrinha - RN. Todas as ações que foram desenvolvidas tiveram o apoio dos gestores desde o início da intervenção providenciando as fichas espelho, local adequado, materiais necessários e aparelhos de pressão e de fazer testes de HGT, para realizar a avaliação dos usuários da faixa etária do foco da referida intervenção, também foi garantido aos usuários lanche, projetor solar e materiais informativos.

Os ACS nestas semanas de intervenção se dedicaram preferencialmente ao cadastro dos usuários de hiperdia da faixa etária de nosso projeto identificando-se muitos usuários que nunca fizeram os exames. Realizamos os rastreamentos, com qualidade, a intervenção também ajudou a melhorar o acolhimento dos usuários na UBS assim como os atendimentos clínicos realizados por parte da médica e enfermeira, que foi de forma integral e com percepção do risco, as fichas espelho fornecidas pela gestão as quais ajudaram a ter um registro específico atualizado e com a qualidade necessária, para o acompanhamento organizado da equipe.

Conseguimos realizar um controle adequado com próxima data de consultas e também com a identificação de risco de esses usuários se agendou consultas para o NASF (nutricionista, consulta de cessação do tabagismo, Psicólogos, terapêutico físico, etc.). A gestão viabilizou as ações de esclarecimento a comunidade feita pelas equipes sobre a importância dos programas de hipertensão arterial e diabetes mellitus providenciando o transporte e materiais educativos.

A equipe da UBS ganhou em conhecimento sobre o protocolo que preconiza o MS, segundo o Caderno de Atenção Básica, relativas ao controle de hipertensão e diabetes, rastreamento, fatores de risco, diagnóstico e tratamento, o que ajudou a um entendimento do programa qualificando a assistência da equipe respeito ao programa, onde cada profissional desempenhou suas atribuições, estabelecendo vínculos de compromisso e responsabilidade entre os profissionais e com a

comunidade, as mudanças na forma de proceder da equipe, se perseveraram os resultados da intervenção onde a equipe ficou capacitada para esclarecer as dúvidas da comunidade.

A intervenção está fundamentada na rotina diária de nossa UBS, com acolhimento e atendimento clínico integral a todos os usuários da faixa etária da ação programática que acessam a UBS, preenchimento da ficha espelho dos usuários atendidos.

A equipe compreendeu e têm o compromisso de manter o trabalho no recrutamento dos usuários faltosos do programa, sendo os ACS nas visitas domiciliares diárias com sua perseverança e dedicação que garantiram à adesão dos usuários as ações da intervenção, para ampliar a cobertura de usuários de hiperdia e para continuar com o trabalho articulado da equipe para organizar outros programas como o Pré-natal e as consultas de Puericultura.

A meta cobertura estipulada para hipertensão era de 65% e para diabetes 50% dos usuários portadores dessas patologias residentes na área de abrangência da unidade. Ao final de três meses de intervenção alcançamos a cobertura para os hipertensos 91,5% (390) e para os diabéticos 93,3% (98), o que deixa claro que ultrapassamos a meta proposta para os indicadores de cobertura.



## 6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Caros usuários,

Eu, Liliana Torrecilla, participante da equipe de médicos do Programa Mais Médicos, inserido no curso de Especialização em Saúde Família - UFPEL e como requisito de conclusão deste curso foi realizada a intervenção, no período de março a junho de 2015, que objetivou a melhoria da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na USF Maria das Dores Ferreira, Serrinha - RN. Também melhoramos os registros e a qualificação da atenção garantindo um atendimento de qualidade aos usuários acolhidos na UBS com abordagem preventivo e promoção a saúde, identificando-se os fatores de risco de cada usuário avaliado, com novos cadastramentos, utilização da Ficha Espelho com maior qualidade que permite um controle adequado dos usuários de hiperdia; As palestras realizadas sobre o tema resultaram em agendamento de consultas, criando diálogo entre os profissionais da UBS e a comunidade.

Inicialmente a meta cobertura estipulada para hipertensão era de 65% e para diabetes 50% dos usuários portadores dessas patologias residentes na área de abrangência da unidade. Ao final de três meses de intervenção alcançamos a cobertura para os hipertensos 91,5% (390) e para os diabéticos 93,3% (98), o que deixa claro que ultrapassamos a meta proposta para os indicadores de cobertura. Tudo isso graças ao desempenho da equipe e a boa aceitação da comunidade à proposta realizada .

Foi Identificado que por excesso de demanda espontânea muitos usuários ficaram insatisfeitos na sala de espera pelo tempo de duração das consultas as usuárias do programa, mas sempre foi explicado que para haver qualidade dos atendimentos requer se de um tempo maior para que as suas necessidades sejam escutas e atendidas, qualificando a assistência na UBS, o que foi compreendido por vocês, ao perceberem que suas necessidades são atendidas e que os atendimentos garantiram acesso.

As atividades já foram incorporadas ao serviço, a equipe avaliou positivamente o período de intervenção já que foi possível ampliar o indicador de cobertura das ações propostas na intervenção, hipertensão e diabetes, e também dos indicadores de qualidade, continuaremos nos empenhando para conscientizar a

comunidade que todos os usuários portadores dessas patologias estejam inseridos no programa. Ampliaremos nos próximos meses a intervenção para outras ações propostas pelo Ministério da Saúde.

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

O curso de especialização a distância superou minhas expectativas iniciais, foi uma experiência nova para mim e de muita utilidade, as orientações recebidas por professores e orientadores, assim como toda a documentação fornecida pelo curso, protocolos, casos interativos, TQC entre outras, foi uma importante ferramenta no desenvolvimento de nosso trabalho na UBS.

Os fóruns do curso possibilitaram interagir com novos colegas, facilitando as trocas de ideias, a orientadora e coordenação pedagógica mostraram-se comprometidos com o processo de aprendizagem e na elaboração do TCC, o curso disponibilizou materiais de apoio para elaborar o TCC, o que resultou eficaz para identificar nossas dificuldades, buscar as soluções e avaliar as conquistas realizadas, tendo em conta debilidades e fortalezas para garantir o sucesso de nossa intervenção, e ser incorporada na rotina de trabalho da UBS, sendo uma proposta de trabalho que permanecerá na UBS.

As atividades realizadas no curso nos ajudaram a qualificar a prática clínica o que resultou em mudanças na forma de atuação das equipes, garantindo o cumprimento dos princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade.

## Referências

AGOSTINO, D R. B; Vasan R.S; Pencina M. J; et,al. **General Cardiovascular Risk Profile for use in Primarycare- The Framingham Heart Study**. Circulation. 2008; 117:743-753.

AMER, N. M; Marcon,S.S; Santana, R. G. **Índice de Massa corporal e hipertensão arterial em indivíduos no Centro-Oeste do Brasil**. Arq. Bras. Cardiol. São Paulo, vol.96, no. 1, Jan.2011.

BRASIL, Ministério da Saúde do. **Censo IBGE/2010**, Departamento de Informática do Sistema de Saúde – DATASUS, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde do. **Cadernos de Atenção Básica n 16 Diabetes Mellitus**. Brasília- DF, 2006. p.7.

BRASIL, Ministério da Saúde do. **Cadernos de Atenção Básica n. 15 Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília-DF, 2006. p.7-8.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde**. Brasília, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Brasília, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 29).

MEIRELES, A. L. et al. **Atenção a Saúde do adulto - conteúdo técnico da linha – guia de hipertensão arterial sistêmica , diabetes mellitus e doença renal crônica (no prelo)**, secretaria de Estado de Minas de Gerais , Belo Horizonte , 3 ed, 2013; p. 2197.

## **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 Gestal 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



