

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma nº 7**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos na UBS Silvino  
Dantas, Caicó /RN**

**Marta Deisy Estrada Gomez**

**Pelotas, 2015**

**Marta Deisy Estrada Gomez**

**Melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos na UBS Silvano Dantas, Caicó /RN**

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

Orientadora: Cleusa Marfiza Guimarães Jaccottet.

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

G633m Gomez, Marta Deisy Estrada

Melhoria da Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos na  
UBS Silvino Dan-Tas, Caicó/RN / Marta Deisy Estrada Gomez; Cleusa  
Marfiza Guimarães Jaccottet, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

105 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. Jaccottet, Cleusa Marfiza  
Guimarães, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, pela força e coragem durante toda esta longa caminhada, autor do meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia;

A minha amada filha Claudia que chegou para alegrar minha vida e hoje minha vitória também é dela;

A meus pais e aos meus irmãos por seu apoio e acreditar em mim;

Hoje quero dizer a eles que valeu a pena toda distância, todo sofrimento, todas as renúncias.... Valeu a pena esperar... Hoje estamos colhendo, juntos, os frutos do nosso empenho!

Esta vitória é muito mais de vocês do que minha.

## Agradecimentos

Agradeço a Deus pois sem ele eu não teria forças para essa longa jornada.

A professora orientadora **Cleusa Jaccottet** pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão deste trabalho.

A minha família, por sua capacidade de acreditar e investir em mim;

A **Martha** minha mãe, pois seus cuidados e dedicação me deram a esperança para seguir;

A **Carlos** meu pai, cuja presença significou segurança e certeza de que não estou sozinha nessa caminhada;

A **Claudia** minha filha que é a maior das motivações de minha vida;

A toda minha família, que com muito amor e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

A equipe de saúde da unidade Silvino Dantas

E a todos aqueles que de alguma forma estiveram e estão próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

## Resumo

ESTRADA, Gomez Marta Deisy. **Melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos na UBS Silvino Dantas, Caicó /RN**, 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2015.

A Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial são doenças que apesar da gravidade e do aumento da sua incidência, poderiam ser melhor controladas e até evitadas com identificação precoce da doença e dos fatores de risco associados. A programação do atendimento para tratamento e acompanhamento das pessoas com essas patologias na Atenção Básica deverá ser realizada de acordo com as necessidades gerais previstas no cuidado integral e longitudinal dos diabéticos e hipertensos, incluindo o apoio para mudança de estilo de vida, o controle metabólico e a prevenção das complicações crônicas. Nosso objetivo neste trabalho foi a melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos na UBS Silvino Dantas, localizada no município de Caicó /RN. Participaram das ações da intervenção hipertensos e diabéticos moradores da área de abrangência da UBS que foram cadastrados no programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, sendo utilizado o protocolo do Ministério da Saúde. O número total de hipertensos e diabéticos residentes na área de cobertura da UBS é de 779 e 262, respectivamente. A intervenção começou no mês de janeiro e estendeu-se durante 12 semanas. Os objetivos e as metas foram monitorados com os indicadores de cobertura e de qualidade desta ação programática. A intervenção na UBS propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos para 80%, a melhoria dos registros, a qualificação da atenção destes usuários com destaque para a ampliação dos exames clínicos e para a avaliação do risco de ambos os grupos. Como conclusão, observamos que as metas foram atingidas integralmente segundo o proposto com exceção dos indicadores relacionados com a proporção de hipertensos e diabéticos com os exames complementares em dia de acordo a protocolo, a prescrição de HAS e DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular Hiperdia priorizada e a proporção de hipertensa e diabética avaliação da necessidade de atendimento odontológico que ficaram aquém da meta proposta. Para melhorar a qualidade, ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do atendimento a diabéticos e hipertensos na UBS, é necessário

fazer um registro adequado dos pacientes, pesquisando e identificando os fatores de risco para modificá-los, assim como ações da promoção e prevenção para evitar as complicações decorrentes destas patologias. As análises epidemiológicas demonstram um número crescente de pessoas que vivem com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) mostra a necessidade da implantação de políticas públicas de saúde que minimizem as dificuldades dessas pessoas e de suas famílias, e propiciem a manutenção da sua qualidade de vida.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde, saúde da família, promoção da saúde, hipertensão, diabetes, doenças crônicas, avaliação de serviço.

## Lista de Figuras

- Gráfico 1 Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde 67
- Gráfico 2 Gráfico 2 Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde 68
- Gráfico 3 Gráfico 3 Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo 69
- Gráfico 4 Gráfico 4 Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo 70
- Gráfico 5 Gráfico 5 Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo 71
- Gráfico 6 Gráfico 6 Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo 72
- Gráfico 7 Gráfico 7 Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia popular/Hiperdia priorizada 73
- Gráfico 8 Gráfico 8 Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia popular/Hiperdia priorizada 74
- Gráfico 9 Gráfico 9 Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico 75
- Gráfico 10 Gráfico 10 Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico 76
- Gráfico 11 Gráfico 11 Proporção de hipertensos faltosos as consultas com busca ativa 77
- Gráfico 12 Gráfico 12 Proporção de diabéticos faltosos as consultas com busca ativa 78
- Gráfico 13 Gráfico 13 Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento 79
- Gráfico 14 Gráfico 14 Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento 80
- Gráfico 15 Gráfico 15 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia 80



Gráfico 16 Gráfico 16 Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia 82

Gráfico 17 Gráfico 17 Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável 83

Gráfico 18 Gráfico 18 Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável 84

Gráfico 19 Gráfico 19 Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre atividade física regular 85

Gráfico 20 Gráfico 20 Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre atividade física regular 85

Gráfico 21 Gráfico 21 Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo 86

Gráfico 22 Gráfico 22 Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo 87

Gráfico 23 Gráfico 23 Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal 88

Gráfico 24 Gráfico 24 Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal 89

Figura 1 Fotografia 1

Figura 2 Fotografia 2

Figura 3 Fotografia 3

## Lista de abreviaturas

ACS Agente Comunitário da Saúde

APS Atenção Primária de Saúde

AVC Acidente Cérebro Vascular

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CEO Centro de Especialidades Odontológicas

CRIS Centro Regional Integrado de Saúde

CEREST Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador

DCNT Doenças Crônicas não Transmissíveis

DM Diabetes Mellitus

DSTs Doenças Sexualmente Transmissíveis

ESF Estratégia da Saúde da Família

GGT Gama Glutamil transferase

HAS Hipertensão Arterial Sistêmica

HIPERDIA Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos  
e Diabéticos

HIV Vírus de Imunodeficiência Humana

UBS Unidade Básica de Saúde

UNICAT Unidade Central de Agentes Terapêuticos

NASF Núcleo de Apoio à Saúde da Família

SIAB Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS Sistema Único de Saúde

SAMU Serviço de atendimento móvel de urgência

TGO Transaminase Glutâmica Oxalacética

TGP Transaminase Glutâmica Pirúvica

VDRL Doenças venéreas laboratório de pesquisa

## Sumário

Apresentação .....	2
Análise Situacional .....	2
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	2
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	3
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	14
2.2 Objetivos e metas.....	17
2.2.1 Objetivo geral.....	17
2.3 Metodologia.....	19
2.3.1 Detalhamento das ações .....	20
2.3.2 Indicadores .....	35
2.3.3. Logística.....	40
3 Relatório da Intervenção.....	48
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	48
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	51
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	52
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	52
4 Avaliação da intervenção.....	54
4.1 Resultados .....	54
4.2 Discussão.....	78
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	83
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	85
Referências .....	87
Anexos .....	88

## **Apresentação**

O presente volume trata-se de um Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS. /UNASUS realizado pela Equipe de Saúde da Família (ESF) na Unidade Básica de Saúde (UBS) Silvino Dantas do município Caicó / RN, com o objetivo de melhorar a atenção aos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da referida UBS.

Está organizado em quatro unidades, sendo a primeira relacionada à Análise Situacional, que está dividida em três subitens, quais sejam: Situação da ASP/ESF no serviço, Relatório da Análise Situacional e comparação dos dois itens referidos. Na primeira unidade trabalhou-se com as evidências encontradas através dos indicadores de saúde. A segunda parte trata da Análise Estratégica que contempla o projeto de intervenção, com suas ações detalhadas. A terceira parte inclui o Relatório da Intervenção no qual se apresenta as atividades realizadas. A Avaliação da Intervenção está descrita na quarta parte do volume, na qual se apresenta os resultados, com apresentação da evolução dos indicadores. No final, é realizada uma reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem, a partir da vivência no curso.

## **Análise Situacional**

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

Trabalho no município Caicó (RN), minha UBS Silvino Dantas está localizada no centro da cidade, conta com 8.000 habitantes, a maioria morando em residências de alvenaria, em ruas calçadas e com saneamento básico, a renda familiar média é de 1 a 2 salários mínimos. Apenas uma pequena minoria da população da área conveniada os planos de saúde, sendo, sua totalidade, usuários do sistema público de saúde/SUS.

Quanto aos grupos de risco, contamos na atualidade com um número importante de hipertensos, diabéticos, gestantes, mulheres em idade fértil, crianças menores de 1 ano e uma quantidade considerável de usuários acamados na sua maioria idosos vítimas de sequela de AVC e traumas.

As doenças cardiovasculares e as complicações do diabetes e da hipertensão se configuram como principais causas de óbito em nosso município.

A UBS no centro abriga em sua estrutura física uma Equipe de Estratégia de Saúde da Família subdividida em 12 micro áreas, sendo formada por um médico (Programa Mais Médicos para o Brasil), uma enfermeira, três técnicos de enfermagem, sendo um deles exclusivo para as vacinas, 12 agentes de saúde, uma administradora e um auxiliar de serviços gerais. Estruturalmente, não conta com boas condições, pois tem uma recepção pequena, um consultório médico, sala de enfermagem, farmácia, sala de vacinas, sala de curativos, sala para RX dos serviços de odontologia e dois banheiros.

Durante o cumprimento da jornada de 8 horas/dia na Estratégia de Saúde da Família, são realizados atendimentos de Crescimento e Desenvolvimento da criança, de HIPERDIA, Pré-natal, em saúde mental, demandas livres e visitas domiciliares.

O aumento de número de visitas domiciliares e de consultas médica além da execução das práticas de educação em saúde em grupo para incentivar a implantação de uma cultura de prevenção e promoção à saúde na população se configura em objetivos a serem alcançados com a prática deste nosso trabalho.

Atualmente temos dificuldades com a aquisição de alguns fármacos como antibióticos, anti-hipertensivos, analgésicos e anti-inflamatórios. Também temos dificuldades com os exames de laboratório que demoram a ser realizados. O mesmo problema ocorre com os preventivos e com os encaminhamentos que, após a entrada no sistema, demoram até um ano ou mais em chegar, sendo que às vezes nunca chegam.

Através do curso de especialização esperamos contribuir com a melhoria dos níveis de saúde da população, trabalhar na ênfase da promoção e prevenção da saúde, do planejamento familiar com vistas à diminuição da gravidez na adolescência, continuar trabalhando na qualidade das consultas de acompanhamento Pré-natal para se evitar complicações durante o Pré-natal, parto e puerpério, diminuir o número de infecções sexualmente transmissíveis a partir da educação, para saúde sexual, diminuir as complicações das doenças de base de caráter crônico e promover um diagnóstico precoce de outras doenças, trabalhando sobre os fatores de risco, assim como tratamento e reabilitação das mesmas.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Caicó é um município brasileiro pertencente ao estado do Rio Grande do Norte, sendo a principal cidade da região do Seridó, estando localizado na região centro-sul do estado, distante 256 km da capital estadual, Natal. Seu território ocupa uma área de 1.228,574 km, posicionando-o o como o quinto município com maior extensão do RN. Tem uma população de 66.246 habitantes e clima tropical com estação seca.

A cidade conta 208 leitos hospitalares, 22 Unidades da Estratégia de Saúde da Família, 4 Unidades Básicas de saúde UBS modelo tradicional, 4 UBS na zona rural, um centro clínico onde são realizados atendimentos especializados e exames de meia e alta complexidade pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o Hospital de Oncologia de Seridó que oferece serviços de diagnóstico e tratamento (Liga Norte), serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU), Centro Regional Integrado de Saúde (CRIS), Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST),

Centro de Reabilitação Infantil e Adulto, laboratório municipal e laboratório regional, Divisão de Vigilância Sanitária, Centro de Controle de zoonoses, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS III, farmácia Unidade Central de Agentes Terapêuticos (UNICAT), projeto saúde na praça, além das várias clínicas, laboratórios e consultórios privados. Dispõe também de uma equipe de NASF, mas não tem disponibilidade de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Temos disponibilidade de 14 áreas de atenção especializada: gastroenterologia, neurologia, nefrologia, urologia, ortopedista, otorrinolaringologia, cardiologia, endocrinologista, psiquiatra, pneumologia, oftalmologia e ginecologia. Temos disponibilidade de três Serviços Hospitalares e de realização de exames complementares como hemograma completo, contagem de plaquetas, colesterol, glicemia, ácido úrico, triglicérides, grupo sanguíneo e fator Rh, tempo de coagulação, teste de Combs indireto, ureia, creatinina, TGO, TGP, GGT, VDRL, HIV, proteínas totais e frações, fator reumatoide, proteína C reativa, urina, fezes entre outros.

A UBS onde atuo chama-se UBS Silvino Dantas e está localizada na zona urbana, no centro da cidade. Conta com 8.000 habitantes, em sua maioria morando em residências de alvenaria, em ruas calçadas e com saneamento básico, com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos, nível escolar e econômico e médio, apenas com uma pequena minoria conveniada aos planos de saúde, sendo a maioria usuários do sistema público de saúde.

A UBS no centro abriga em sua estrutura física uma Equipe de Estratégia de Saúde da Família, subdividida em 12 micro áreas, sendo formada por uma médica (Programa Mais Médicos), uma enfermeira, três técnicas de enfermagem, sendo um deles de exclusividade para vacinação, 12 agentes comunitários de saúde (ACS), uma administradora e uma auxiliar de serviços geral. A estrutura da unidade não possui boas condições, tendo uma recepção pequena, um consultório médico, uma sala de enfermagem, farmácia, sala de vacinas, sala de curativos, sala para RX dos serviços de odontologia e dois banheiros.

É necessário contar com uma adequada estrutura na UBS, pois isso permite oferecer um serviço de qualidade à população, bem como a disponibilidade de equipamentos, medicamentos, material para curativos, vacinas, contar com um consultório odontológico com os recursos necessários para oportunizar um atendimento de qualidade. Nesse momento, a Secretaria Municipal de Saúde está providenciando um novo local com estrutura adequada que permita melhores condições de trabalho.

Lamentavelmente, em minha UBS existem muitas dificuldades com a disposição de materiais e insumos, os quais nem sempre estão disponíveis, como ocorre com os medicamentos básicos como antibióticos, anti-hipertensivos, analgésicos e anti-inflamatórios.

Nossa UBS mantém um estreito vínculo com as instituições de ensino do território, contamos com escolas técnicas de enfermagem e universidades, tendo vinculados técnicos de enfermagem realizando estágio para sua formação.

A população de nossa UBS tem acesso a exames complementares, a atendimento especializado e Retaguarda Hospitalar, além disso, os usuários têm acesso à atendimento de urgência/emergência e à pronto-socorro no próprio município. Tem garantia de internação hospitalar através de agendamento pela Equipe da UBS, mas nem sempre esses atendimentos são satisfatórios.

Os pontos fracos de nossa unidade são o escasso acesso a material bibliográfico, já que não contamos com todos os protocolos do Ministério de Saúde, também não contamos com acesso aos serviços odontológicos na UBS e a falta de dados estatísticos que permitam fazer uma adequada avaliação da comunidade.

O número de pessoas na área adstrita da unidade é de cerca de 8000 habitantes, o que pode ser considerado um número excessivo. Realizamos atendimentos noturnos a cada 15 dias para dar uma maior cobertura de atendimentos à população. No entanto, o tamanho da área de saúde demanda um número maior de equipes segundo o estabelecido pelo Ministério de Saúde (MS).

A distribuição da população por sexo e faixa etária na área de abrangência da unidade está em conformidade com a base de distribuição demográfica brasileira. Temos 24 crianças menores de 1 ano, 13 gestantes (perfazendo menos de 1.5% da população total), 1.945 mulheres em idade fértil e, além disso, contamos com 779 hipertensos e 262 diabéticos no território.

Em relação às atribuições das equipes, esta análise inclui aspectos importantes que permitem melhorar o funcionamento das unidades de saúde. Trabalhamos na identificação de grupos de agravos como Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Hanseníase, Tuberculose e outras doenças frequentes na área. As visitas domiciliares são agendadas pelos agentes de saúde que conhecem as realidades das famílias e os grupos prioritários. Além disso, realizam-se buscas ativas de usuários faltosos, atendimento domiciliar aos usuários que precisam, fazendo atividades e



procedimentos como curativos, verificação da pressão arterial, colocação e trocas de sonda vesical, assim como ações de prevenção e promoção de saúde.

Na UBS, sempre que necessário os usuários são encaminhados a outros serviços, mas temos muitas dificuldades neste aspecto, já que demoram meses para conseguir encaminhamento e, às vezes, não conseguem. A internação hospitalar é outra das dificuldades que temos em nossa área, já que em algumas ocasiões o usuário com critério médico de internação hospitalar não é recebido pelo hospital.

Desde a chegada dos médicos do Programa Mais Médicos, começamos a trabalhar com o planejamento de consultas para as crianças, gestantes, doenças crônicas, sendo agendados aproximadamente 12 usuários ao dia. As demais vagas são destinadas a demandas espontâneas que incluem as urgências.

Nossa equipe de saúde encontra-se aberta para perceber as particularidades de cada situação que se apresente. As demandas espontâneas requerem atenção em momentos que não são de acompanhamento agendado, e às vezes é uma situação difícil atender as demandas espontâneas de urgência sem prejudicar o atendimento programado. Minha UBS não tem sala de acolhimento e esta ação ocorre na sala de espera, que é a mesma da recepção, sem privacidade para os usuários.

As necessidades dos usuários são escutadas sem demora; aqueles que precisam de atendimento imediato são priorizados e atendidos pelo médico. Também levamos em conta os usuários que precisam de um atendimento no dia e que podem esperar. Então, estes são organizados por ordem de chegada e tomando-se em consideração as doenças que apresentam. Nossa unidade não tem excesso de demanda espontânea e os usuários que buscam o serviço são atendidos, buscando-se resolução a seus problemas.

Nossa UBS realiza atendimento de puericultura para os grupos etários menores de 12 a 72 meses. Este atendimento é realizado em um dia na semana, no turno da manhã. Nesta atividade participam o enfermeiro, médico clínico geral e técnico de enfermagem, sendo que após a consulta de puericultura a criança sai da UBS com a próxima consulta agendada.

Além das consultas programadas de puericultura, existe demanda de crianças de todos os grupos etários para atendimento de problemas de saúde agudos, mas não existe excesso de demanda de crianças para este tipo de atendimento.

Não temos protocolo de atendimento de puericultura na UBS, mas temos conhecimento das sequências das consultas de acordo com o estabelecido pelo Ministério de Saúde. Em nossas consultas são desenvolvidas ações sobre diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, saúde mental, imunizações, prevenção de anemia, prevenção de violências, aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis, prevenção de acidentes, promoção de saúde bucal e saúde mental, entre outras.

Os atendimentos de puericultura são registrados nos prontuários clínicos e Caderneta da criança, que inclui as vacinas e dados sobre crescimento e desenvolvimento. Conversamos com as mães sobre as dicas de alimentação saudável, explicamos o significado do posicionamento da criança na curva de crescimento e como reconhecer sinais de risco na curva de crescimento, chamamos a atenção sobre a data da próxima vacina, assim como o desenvolvimento neuropsicomotor da criança. Não contamos com arquivos específicos para os registros dos atendimentos da puericultura.

A cobertura referente à Saúde da Criança é baixa, de aproximadamente 32.5%, mas deve-se considerar que existe uma subnotificação, já que não existe um controle adequado que permita conhecer os dados exatos. Muitas mães têm seus filhos em outras áreas e chegam alguns meses depois a nossa área de saúde. Além disso, as pessoas mudam frequentemente de residência e de áreas de saúde, o que impede manter um adequado acompanhamento. Existem problemas de comunicação entre as mães e os trabalhadores da UBS, já que realizam suas mudanças sem avisar o serviço. Nossa Unidade encontrasse no centro da cidade e muitas destas pessoas têm planos de saúde e não solicitam os serviços da unidade. Outro dado de inteires e que a maioria de nossa população e da faixa etária considerada como adulta.

Para realizar uma avaliação dos indicadores de qualidade da atenção à saúde da criança, tem que se levar em consideração que muitas crianças menores de um ano não têm as consultas em dia conforme com o protocolo do Ministério da Saúde, existindo atraso das consultas agendadas, e às vezes é difícil fazer a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias, já que as mães se encontram fora da área de saúde.

Considero que nosso trabalho poderia ser melhorado fazendo um cadastramento real estatístico que permita conhecer o número de crianças de nossa área de

abrangência, identificando os fatores de risco individuais, familiares e coletivos, de forma que seja possível atuar sobre eles e modificá-los, recuperar as crianças faltosas às consultas e orientar as mães sobre a importância destas consultas, assim como a importância das vacinas e os perigos potencialmente de risco por grupo etário. Com a realização desta e outras ações de promoção e prevenção, podemos contribuir para melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança em minha UBS.

Na UBS realizamos atendimento pré-natal um dia da semana. O atendimento pré-natal é realizado nas primeiras horas da manhã. Do total de gestantes acompanhadas no pré-natal, há duas gestantes residentes fora de área que se encontram trabalhando na área e recebem atendimento pré-natal na UBS.

Após a consulta de pré-natal, a gestante sai com a próxima consulta programada agendada. Além das consultas programadas, existe demanda de gestantes para atendimento de problemas agudos, mas não existe excesso de demanda das gestantes para tal atendimento.

Na UBS são desenvolvidas ações no cuidado das gestantes, por exemplo, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, imunizações, planejamento familiar, promoção de aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis, atividade física, promoção de saúde mental, prevenção de hábitos tóxicos, orientações sobre parto e puerpério.

Na atenção pré-natal utilizamos uma avaliação e classificação do risco gestacional que é realizada desde a primeira consulta de avaliação da gestante, identificando todos os fatores de risco para atuar sobre eles e modificá-los para evitar complicações durante a gravidez, no parto e pós-parto, tanto para a mãe como para o recém-nascido. Além disso, existe no município acompanhamento de alto risco para as gestantes que tem identificado algum fator de risco e, se necessário, elas são referidas nas especialidades ou internamento hospitalar. Os atendimentos das gestantes são registrados no prontuário clínico e cartão de pré-natal, preenchendo além das vacinas, outros atendimentos realizados.

Nas consultas, as gestantes são orientadas sobre uma alimentação saudável, ganho de peso durante a gravidez, a data da próxima vacina, e também são orientadas sobre a importância da avaliação bucal, práticas de promoção de aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido, riscos do tabagismo, do álcool e das drogas na gravidez, importância do tratamento com suplemento ferroso e ácido fóli-

co durante a gestação. Outro tema da consulta pré-natal é sobre a contracepção após do nascimento.

Existem dificuldades que afetam um atendimento de ótima qualidade, como por exemplo, a demora na realização de exames, fundamentalmente nos ultrassons obstétricos e morfológicos, os encaminhamentos a consultas de alto risco e a avaliação de saúde bucal.

Os períodos de gestação, parto e puerpério são muito importantes e devem ter um acolhimento adequado e de qualidade para conseguir chegar ao término de uma gravidez sem complicações para a mãe e recém-nascido. A atenção pré-natal é um programa priorizado que tem como objetivo a redução da mortalidade materna e infantil, mas ainda são insuficientes as ações realizadas para alcançar um ótimo resultado e melhorar os indicadores de saúde materna.

Eu considero que existe um baixo percentual de gestantes residentes na área de abrangência acompanhadas na UBS, sendo o indicador de cobertura de 11%. Todas as gestantes acompanhadas iniciaram o pré-natal no 1º trimestre e têm as consultas em dia de acordo com calendário do Ministério de Saúde. Todas receberam solicitação para realizar os exames laboratoriais preconizados, assim como as vacinas antitetânicas e Hepatite B conforme protocolo. Além disso, a totalidade das gestantes recebeu a prescrição de suplemento de sulfato ferroso conforme o protocolo e exame ginecológico por trimestre. Todas as gestantes recebem orientação para aleitamento materno e damos continuidade no puerpério, sendo que as puérperas recebem em sua totalidade orientação sobre planejamento familiar, além de avaliarmos seu estado psíquico e oferecermos cuidados gerais para o recém-nascido.

Para melhorar nosso trabalho, eu considero que devemos fazer ações de promoção e prevenção no grupo de mulheres em idade fértil, identificando os fatores de risco para modificá-los, ações de planejamento familiar e educação sobre maternidade e paternidade responsável, entre outras.

Em nossa Unidade de Saúde, a forma de registro de câncer de colo de útero e de mama resultou em dificuldades para a obtenção de dados e preenchimento desta parte do Caderno de Ações Programáticas, já que não existem livros e arquivos especiais em que estas informações pudessem ser recolhidas. Somente nos prontuários existe esta informação, e no caso de exames preventivos de câncer de colo de útero existe um livro que facilita o acesso a estes dados.

A cobertura de prevenção do câncer de colo de útero em minha UBS encontra-se em 40% da totalidade da população de mulheres em idade fértil, o que considero muito baixa. As causas fundamentais são a demora em receber os resultados dos exames realizados e a existência de tabus em algumas mulheres, sobretudo as de maior faixa etária.

Os poucos indicadores avaliados mostram que a totalidade das mulheres acompanhadas recebe avaliação de risco para câncer de colo de útero, assim como orientação sobre prevenção desta patologia e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), considerando que existem indicadores de qualidade da prevenção desta doença conforme o nível de cuidados de saúde primários.

Quanto à cobertura de controle de câncer de mama, minha Unidade tem 69% do total de mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama, mas só 16% delas apresentam a mamografia em dia e 84% tem mais de 3 meses em atraso na realização deste exame. Eu acho que os resultados deste programa não são satisfatórios, considerando que é um programa prioritário de saúde da mulher. As causas principais desta baixa cobertura na realização de mamografias se deve fundamentalmente ao fato de que há muita demora em chegar à autorização para as solicitadas, assim como os resultados destes exames. Além disso, deve-se destacar que também algumas mulheres têm medo e tabus de fazer este exame.

Nossa Unidade de Saúde realiza avaliação de risco para câncer de mama para a totalidade das mulheres da população e realiza orientação sobre a prevenção do câncer de mama, enfatizando a importância do autoexame da mama mensalmente, sobre os sinais de alarma de câncer e identificando precocemente os fatores de risco individuais, familiares e coletivos.

Eu considero que para melhorar o processo de trabalho, ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do controle dos cânceres de colo do útero e da mama é necessário ter uma realidade objetiva do sistema de saúde que dê cobertura ao total de mulheres nestes grupos de risco, tanto para a realização de exames como para o tratamento das mesmas. Além disso, faz-se necessário realizar e fortalecer ações para a prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento dos cânceres de colo de útero e da mama para reduzir a incidência e a mortalidade desses cânceres. As ações de promoção e prevenção, a identificação de fatores de risco e a modificação

de hábitos e estilos de vida saudável são fundamentais para reduzir os índices destas doenças evitáveis e que afetam nas mulheres de qualquer grupo etário.

A estimativa de pessoas com 20 anos ou mais é de 5360, sendo que destes, 1217 são hipertensos e 300 são diabéticos. Não temos um cadastro atualizado e entre os acompanhados. Além disso, aproximadamente 38% dos diabéticos tem atraso da consulta agendada em mais de sete dias. Cerca de 60% dos usuários diabéticos tem exames complementares periódicos em dia, com exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses. Eu acho que a estimativa do número de diabéticos na área não é adequada e considero que existe um registro inadequado do número de usuários cadastrados com estas doenças. Considero que com novo processo do cadastramento da população o número de usuários com doenças crônicas se aproxime da realidade.

Todos os usuários acompanhados em consulta recebem orientação sobre prática de atividade física regular, orientação nutricional para alimentação saudável e sobre os cuidados de um paciente diabético.

Nos serviços de Atenção Básica, um dos problemas de saúde mais comuns que as Equipes de Saúde enfrentam é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), havendo dificuldades em realizar o diagnóstico precoce, o tratamento e o controle dos níveis pressóricos dos usuários. Existem dificuldades no diagnóstico e no seguimento do tratamento.

A estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e cobertos pelo serviço é de 47%, e a cobertura dos diabéticos é de 55%, mas não é possível fazer uma avaliação de estratificação de risco cardiovascular por critério médico no total deles. Eu acho que o número de hipertensos estimados não é adequado à sua realidade. A cobertura é baixa, tendo em conta o número total da população, mas considero que com o processo do cadastramento que neste momento se realiza este número pode aumentar e aproximar-se do número real dos pacientes hipertensos de nossa área.

Cerca de 35% dos hipertensos tem atraso das consultas agendadas em mais de sete dias. A totalidade dos usuários atendidos recebe orientação sobre prática de atividade física regular, orientação nutricional para alimentação saudável e hábitos tóxicos, entre outros. Não é possível fazer avaliação de saúde bucal nos diabéticos e hipertensos, já que não contamos com serviços de odontologia em nossa unidade de saúde.

Para melhorar a qualidade e ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do atendimento a Diabéticos e Hipertensos na UBS, é necessário fazer um registro adequado dos pacientes com nestas doenças, pesquisando e identificando os fatores de risco para modificá-los, assim como ações da promoção e prevenção para evitar as complicações. A análise epidemiológica, econômica e social do número crescente de pessoas que vivem com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) mostra a necessidade da implantação de políticas públicas de saúde que minimizem as dificuldades dessas pessoas e de suas famílias, e propiciem a manutenção da sua qualidade de vida.

Em minha UBS se realiza atendimento de idosos todos os dias da semana e em todos os turnos. Após a consulta, o idoso sai da UBS com a próxima consulta programada agendada, além disso, existe demanda de idosos para atendimento de problemas agudos de saúde.

Não temos protocolo de atendimento para idosos na minha unidade, mas são desenvolvidas ações de imunizações, promoção da atividade física, hábitos alimentares saudáveis, promoção de saúde mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico de alcoolismo, obesidade, sedentarismo, tabagismo, prevenção de acidentes e promoção de saúde bucal, embora a unidade não conte com serviços de odontologia, o que dificulta esta atividade.

Os atendimentos de idosos são registrados no prontuário clínico e ficha-espelho de vacinas, mas não existe arquivo específico para os registros do atendimento a este público.

Fazemos avaliação da capacidade funcional global do idoso por ocasião do exame clínico e explicamos ao idoso ou seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência como HAS, Diabetes Mellitus (DM), depressão, entre outros.

Em minha unidade, realizamos cuidado domiciliar aos idosos e temos identificados os pacientes de risco que necessitam receber cuidado domiciliar com maior frequência.

Em relação à saúde de idoso, foi possível preenchimento do Caderno de Ações Programáticas com os dados de caderneta de saúde da pessoa idosa, com acompanhamento em dia e com mais de 3 meses em atraso, com registro de pacientes idosos com HAS e DM, avaliação de risco para morbimortalidade, além das orientações de promoção e prevenção que nós realizamos nas consultas.

A estimativa do número de idosos residentes na área parece adequada à nossa realidade, já que temos 87 % de idosos com 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS.

Considero que a população idosa tem boa cobertura da atenção médica, já que tem acesso aos serviços de saúde com um acompanhamento contínuo e sistemático que permita fazer uma avaliação individual das doenças, fatores de risco, incapacidades, história psicossocial completa que inclua funcionalidade familiar, possibilitando diagnósticos certos e abordando orientações sobre mudanças nos hábitos e estilos de vida, além de tratamentos oportunos e reabilitação se for necessário.

Os poucos indicadores avaliados da qualidade da atenção a saúde da pessoa idosa estão relacionados com a avaliação funcional, tendo em conta uma ampla avaliação dos antecedentes diagnósticos, com ênfase nas doenças crônicas que mantem-se ativas como as doenças cardiovasculares, em especial a HAS, DM, déficits sensoriais auditivos e visual, afecções osteoarticulares e de déficits cognitivos. A presença de incontinência urinária deve ser avaliada, assim como a sexualidade da pessoa idosa, as vacinas, estados emocionais como depressão, ansiedade, riscos de suicídio, entre outros.

Eu considero necessário fazer uma avaliação de vários aspectos que poderiam ser melhorados para contribuir para ampliar a cobertura e a qualidade da atenção aos idosos, como: identificação os riscos sociais da pessoa idosa como fator determinante de sua condição de saúde; levantamento e estratificação das condições de risco social da população idosa; criação de mecanismos de monitoramento de risco social individual, de fácil aplicabilidade e utilização por profissionais da atenção básica de saúde; difusão de informações relativas à preservação da saúde e prevenção ou recuperação de incapacidades; promoção da formação de grupos educativos de idosos, principalmente para aqueles com doenças e agravos mais prevalentes nesta faixa etária; promoção do envelhecimento ativo e saudável, com atenção integral à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações Inter setoriais, visando à integralidade da atenção; formação e educação permanente dos profissionais da saúde; divulgação e informação para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Nossa unidade de Saúde tem aspectos positivos que permitem um melhor atendimento à população, podendo-se mencionar o horário de trabalho de 8 horas



diárias, que proporciona oportunidades para as pessoas de atendimento durante todo o dia, consultas agendadas para os grupos especiais de HIPERDIA, gestantes, crianças, idosos, saúde mental e, além disso, as consultas aos pacientes com doenças agudas que precisam atendimento no dia. Outro dos pontos fortes que temos na unidade são as visitas domiciliares com aumentando das atividades de promoção e prevenção e incorporando-se o núcleo de apoio à saúde da família (NASF), se necessário.

A unidade realiza testes de glicemia capilar, teste rápido para HIV e sífilis priorizando grupos de risco e gestantes, além disso, encontra-se em fase de criação um grupo de gestantes, a realização de atividades de promoção e prevenção por parte da Equipe como, por exemplo, atividades a grupos de alcoólicos, saúde do homem, gestantes e a participação da comunidade as atividades. Contamos com serviço de radiografias dentárias para todos os usuários do município, as vacinas do calendário do Programa Nacional de Imunização são realizadas pelo programa, existe um bom relacionamento entre a comunidade e a Equipe. Também nossa equipe se reúne mensalmente para planejar as atividades da unidade e avaliar os resultados das atividades realizadas.

Os maiores desafios nesta etapa de trabalho são muitos, tendo em consideração que ainda a Equipe encontra-se trabalhando no cadastramento da população para conseguir ter um número mais próximo da realidade e poder identificar com certeza a faixa etária de mais pessoas por sexo. Isso facilitaria o planejamento e o trabalho com os grupos de riscos específicos, como são as crianças, os idosos, mulheres em idade fértil, para então conseguirmos promover mudanças nos hábitos e estilos de vida inadequados da população. É também um desafio realizar a busca ativa de doenças crônicas não transmissíveis e doenças transmissíveis. Outro dos desafios é continuar o trabalho em equipe e procurar apoio dos gestores de saúde que sejam sensibilizados com nossas realidades e as da população.

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

Comparando o texto da segunda semana de ambientação, sobre a situação da unidade, com o relatório da análise situacional, posso dizer que a maioria das dificuldades encontradas permanecem, já que ainda estamos trabalhando em um

prédio antigo, com uma estrutura inadequada para UBS. Existem deficiências de equipamentos e medicamentos básicos, nossa unidade não tem consultório odontológico, sendo uma das necessidades prioritárias à saúde das pessoas e a realizações de ações de saúde preventivas contra algumas doenças como câncer bucal e outras necessidades odontológicas. Da mesma forma, ainda há demora na realização de exames e referências a especialistas, assim como dificuldades nos atendimentos hospitalares.

A meu ver, além das dificuldades já descritas, nossa equipe conseguiu fazer mudanças, como a busca ativa de usuários faltosos às consultas programadas, reuniões de equipe para construção de agenda de trabalho, organização do processo e planejamento das ações, criação e realização de atividades de grupos específicos, identificação de grupos, indivíduos e famílias expostas a riscos, identificação de grupos de agravos como Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Hanseníase, Tuberculose e outras doenças e aumento das ações de promoção e prevenção de saúde.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1. Justificativa**

A Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial Sistêmica são doenças estão se tornando cada vez mais relevante no contexto da saúde pública, devido ao aumento da sua incidência. Entretanto, grande parte dessas doenças poderia ser evitada identificando precocemente os fatores de risco associados a elas. A programação do atendimento para tratamento e acompanhamento das pessoas com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial na Atenção Básica em Saúde deverá ser realizada de acordo com as necessidades gerais previstas no cuidado integral e longitudinal dos diabéticos e hipertensos, incluindo o apoio para mudança de estilo de vida o controle metabólico e a prevenção das complicações crônicas segundo a referência sobre Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa de vigilância.

A UBS, localizada no centro da cidade, abriga em sua estrutura física uma Equipe de Estratégia de Saúde da Família, subdividida em 12 micro áreas, sendo formada por uma medica (Programa Mais Médicos), uma enfermeira, três técnicos de enfermagem, sendo um exclusivo para realizar as vacinas, uma administradora, uma auxiliar de serviços geral. Estruturalmente não conta com boas condições, tendo uma recepção pequena, um consultório médico uma sala de enfermagem, farmácia, sala de vacinas, sala de curativos, sala para RX dos serviços de odontologia e dois banheiros. O número de pessoas na área adstrita é de cerca de 8000 habitantes, o que pode ser considerado como muito extenso para a estrutura de uma única equipe, o tamanho da área de saúde demanda mais uma equipe segundo o estabelecido pelo Ministério de Saúde.

A distribuição da população por sexo e faixa de etária na área de abrangência da unidade está em conformidade com a base de distribuição brasileira. Temos 24 crianças menores de 1 ano, 13 gestantes (perfazendo menos de 1.5% da população total), 1.945 mulheres em idade fértil e além disso contamos com 779 hipertensos e 262 diabéticos no território. A estimativa do número de diabéticos residentes na área é de 55%, e a de pacientes hipertensos é de 47% da totalidade da população. Considero que a população tem atenção à saúde de ótima qualidade, já que tem acesso aos serviços de saúde com um acompanhamento contínuo e sistemático que permita fazer uma avaliação individual das doenças, fatores de risco, incapacidade

dades, história psicossocial completa que inclua funcionalidade familiar, possibilitando diagnósticos certos e abordando orientações sobre mudanças nos hábitos e estilos de vida, além de tratamentos oportunos e reabilitação se for necessário.

A cobertura de hipertensão arterial e diabetes mellitus em nossa área de saúde é de 47% e 55%, respectivamente, sendo essa baixa cobertura um dos motivos que me levou a escolha desta ação programática, assim como a falta de qualidade das ações. Para melhorar a cobertura dessas duas patologias realizaremos uma ação programática com a finalidade de ampliar a cobertura e manter um atendimento de qualidade que permita um melhor estado de saúde dos usuários da Unidade de Saúde. Para melhorar estas ações, temos que continuar trabalhando na identificação de grupos de risco individuais, da família e coletivos em consultas e visitas domiciliares, verificar a pressão arterial em todos os usuários de 15 anos ou mais. Realizar teste de glicemia capilar a todo paciente de risco nas consultas e visitas domiciliares. Propomos uma meta viável frente ao grande número dos habitantes da nossa área de cobertura.

Para a realização da intervenção, o trabalho em equipe e o apoio dos gestores de saúde são aspectos que julgo fundamentais, além disso, contamos com as reuniões de equipe para construção de agenda de trabalho, organização do processo e planejamento das ações, criação e realização de atividades de grupos específicos, identificação de grupos, indivíduos e famílias expostas a riscos e a identificação de grupos de agravos.

A saúde das pessoas pode melhorar com um controle adequado e a prevenção da HAS e Diabetes e suas complicações, nesta intervenção, podemos identificar e modificar a realidade da comunidade, porque são doenças de alta prevalência e baixas taxas de controle, e importante o diagnóstico precoce desses pacientes, identificando fatores de risco e modificar. Com este projeto pretendemos um plano de ação para promoção e prevenção, que nos permita alcançar um atendimento de qualidade e melhorar o estado de saúde da população.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde dos usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na UBS Silvino Dantas, Município Caicó, RN.

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

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do programa de atenção saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1 Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2 Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovasculares

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) **Silvino Dantas**, no Município de **Caicó, Estado Rio Grande do Norte**. Serão convidados a participar os usuários Hipertensos e Diabéticos moradores da área de abrangência da UBS que serão cadastrados

no programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus. Será utilizado o protocolo do Ministério da Saúde de 2013 – Cadernos de Atenção Básica nº 36 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Diabetes Mellitus e Cadernos de Atenção Básica nº 37 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Hipertensão arterial sistêmica.

Participarão da intervenção 623 pacientes hipertensos e 210 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área que serão cadastrados e acompanhados na UBS pelo programa de hipertensos e diabéticos.

### 2.3.1 Detalhamento das ações

Ações realizadas segundo os quatro eixos do Curso: Monitoramento e avaliação, Organização e gestão do serviço, Engajamento público e Qualificação da prática clínica.

As ações, segundo os objetivos e metas planejadas, são:

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

Ações:

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

#### . DETALHAMENTO

Registrar as consultas feitas identificando os pacientes faltosos e os pacientes com consultas em dia.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

#### . DETALHAMENTO

Cada usuário hipertenso e/ou diabético terá uma ficha espelho individual onde serão incluídos os dados relacionados ao acompanhamento em consultas e visitas domiciliares, dados de anamnese, exame físico, exames laboratoriais e conduta dos pacientes.

- Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS e diabetes.

#### . DETALHAMENTO

O acolhimento deve ser feito adequadamente por todos os integrantes da equipe, entretanto a enfermeira será responsável por organizar o acolhimento de

todos os pacientes portadores de HAS oferecendo as informações necessárias para sua atenção e agendando a próxima consulta.

- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e do Hemoglicoteste na unidade de saúde.

#### . DETALHAMENTO

- Com ajuda do administrador da Unidade e do gestor vamos garantir o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial e do Hemoglicoteste nas consultas e demais instrumentos e materiais necessários para realizar a intervenção. .

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

#### DETALHAMENTO

- Mediante as visitas domiciliares e consultas ofereceremos informações sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

#### DETALHAMENTO

- Mediante as visitas domiciliares e consultas, na forma de palestras, rodas de conversa e quadros de informações, numa linguagem adaptada à realidade desta população, aproveitando os espaços da Unidade de Saúde e os espaços abertos fora dela, informa a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, e do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

-Criação de grupos de pacientes hipertensos para a realização de dinâmicas de grupos ajudando no rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

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

#### DETALHAMENTO



Iremos orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes nas visitas domiciliares e consultas, além de palestras, rodas de conversa e dinâmicas de grupo, a criação de grupos.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

#### DETALHAMENTO

-A médica e a enfermeira irão organizar e realizar reuniões com os ACS sobre os temas manejo e cadastramento de pacientes hipertensos

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

#### DETALHAMENTO

- A equipe da unidade, também receberá capacitação pela médica e enfermeira, nas reuniões semanais da equipe, sobre verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito esta ação terá como foco treinar as auxiliares de enfermagem.

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

#### DETALHAMENTO

- Os Agentes de Saúde irão receber treinamento pela médica e enfermeira, nas reuniões da equipe, sobre a forma de cadastramento dos hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do Hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

#### DETALHAMENTO

- Irei capacitar a equipe da UBS para realização do Hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg aproveitando o cenário das reuniões de Equipe

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

Ações

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos.

#### DETALHAMENTO

- A médica será a responsável da realização e monitoramento do exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos nas consultas programadas.

- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

#### DETALHAMENTO

- A enfermeira semanalmente irá monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com protocolo adotado e com a periodicidade recomendada.

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

#### DETALHAMENTO

- A Administradora da unidade será a responsável de monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, quem deverá informar ao gestor da unidade, a falta de algum deles.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

- Realizar capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

#### DETALHAMENTO

- Cada membro da equipe vai ter definido suas atribuições nas reuniões de equipe vamos garantir com ajuda do gestor da unidade, a versão atualizada dos protocolos impressas na unidade de saúde, que serão analisadas nas reuniões da Equipe, a médica será responsável pelo exame clínico de pacientes.

- Cada membro da equipe vai ter definido suas atribuições de acordo com o protocolo que será definido na reunião de equipe.

- Trabalharemos com os protocolos de atendimento e segundo eles, e organizaremos as capacitações dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

- Iremos solicitar ao gestor da unidade que providencie a versão atualizada do

protocolo impressa para ficar disponível na UBS, que serão analisadas nas reuniões e sempre que necessário.

- Garantir a solicitação dos exames complementares;
- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicam
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

#### DETALHAMENTO

- Os exames já são solicitados sempre que necessários, entretanto iremos conversar com o gestor para garantir maior agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

- Vamos nos reunir com os gestores para solicitar que seja garantida a agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

- A administradora da unidade e técnica de enfermagem serão as responsáveis do controle de estoque de medicamentos, que serão vistoriados semanalmente, realizando o registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

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

#### DETALHAMENTO

- Os pacientes serão orientados nas visitas domiciliares, consultas, palestras e quadros de informações sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, e quanto a necessidade de realização de exames complementares.

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

#### DETALHAMENTO

- Toda a Equipe de saúde será instruída para orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, iremos providenciar cartazes para a sala de espera.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

#### DETALHAMENTO

-A médica capacitará os integrantes da equipe para a realização de exame clínico apropriado nas reuniões mensais.

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

#### DETALHAMENTO

- A enfermeira será a responsável da capacitação da equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares, nas reuniões da equipe.

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

#### DETALHAMENTO

- A atualização do profissional no tratamento da hipertensão, será feita pela médica nas reuniões da equipe, segundo os protocolos de atendimento do Ministério de Saúde.

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

#### DETALHAMENTO

-A equipe será capacitada pela médica para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Ações

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

#### DETALHAMENTO

- A técnica de enfermagem realizara monitoramento semanalmente o cumprimento das consultas previstas no protocolo e identificara os pacientes faltosos.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

#### DETALHAMENTO

- Os dados dos pacientes faltosos que agendaram consultam na unidade e não compareceram, serão revisados semanalmente nas reuniões e a equipe os ACS irão realizar busca ativa destas pacientes nas visitas domiciliares, aqueles que não puderem comparecer às consultas serão visitados pela Equipe, a agenda será organizada para acolher de forma efetiva os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

#### DETALHAMENTO

- Os profissionais da equipe realizarão palestras na sala de espera da UBS sobre a importância de realização das consultas.

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

#### DETALHAMENTO

- Realizar atividades na comunidade e unidade para um melhor relacionamento com os usuários e uma escuta que permita estabelecer ações encaminhadas a evitar evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).

- Esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

#### DETALHAMENTO

- As visitas domiciliares, consultas e os quadros de informações sobre a periodicidade para a realização das consultas ajudaram nesta tarefa.

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas

#### DETALHAMENTO

- Informar mediante as palestras e atividades com a comunidade sobre a importância de realização das consultas, através dos ACS nas visitas e nas consultas de rotina na UBS.

- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

#### DETALHAMENTO

- Realizar atividades na comunidade para um melhor relacionamento com os usuários e uma escuta persuasiva que permita estabelecer ações encaminhadas a evitar evasão dos portadores de diabetes. (Se houver número excessivo de faltosos).

- Esclarecer aos portadores de e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

#### DETALHAMENTO

- Iremos informar aos portadores de diabetes e a comunidade a través das visitas domiciliares, consultas e os quadros de informações sobre a periodicidade para a realização das consultas.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

#### DETALHAMENTO

- Nas reuniões de Equipe incluiremos temas para treinar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto para que procurem realizar as consultas periodicamente, para esta ação é importante participação dos ACS que serão treinados pela médica e enfermeira para orientar os pacientes quanto a realizar as consultas e sua periodicidade nas visitas domiciliares e outras atividades.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

- Manter as informações do SIAB atualizadas.

#### DETALHAMENTO

- A enfermeira e técnica de enfermagem realizarão o monitoramento semanalmente dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde, iremos trabalhar com o livro de acompanhamento e toda a documentação necessária para manter as informações do SIAB atualizadas esta ação será de responsabilidade da enfermeira da UBS.

- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.

#### DETALHAMENTO

- Para implantar planilha/ficha/registro específico de acompanhamento trabalharemos com os prontuários de atendimentos, o livro específico de acompanhamento, e toda a documentação necessária.

- Pactuar com a equipe o registro das informações

#### DETALHAMENTO

- Na reunião da equipe vamos pactuar como vá ser o registro das informações.

- 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

- Considerando as opiniões da equipe e o gestor da Unidade na reunião da equipe vai 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.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

#### DETALHAMENTO

Informar aos pacientes e a comunidade nas visitas domiciliares através dos ACS e na consulta sobre os direitos dos usuários à manutenção de seus registros de saúde a segunda via se necessário.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso.

#### DETALHAMENTO

- A enfermeira irá reinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso nas reuniões da equipe.

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

#### DETALHAMENTO

- As reuniões da equipe, serão também uteis na capacitação da equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético.

#### DETALHAMENTO

- Nas reuniões de equipe treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do diabético.

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

#### DETALHAMENTO

- As reuniões da equipe, serão também uteis na capacitação da equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

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

#### Ações

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

#### DETALHAMENTO

- A médica vai monitorar semanalmente o número de pacientes hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

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



#### DETALHAMENTO

- A médica vai monitorar semanalmente o número de pacientes diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.

#### DETALHAMENTO

- Os pacientes avaliados como de alto risco terão prioridade nas consultas e na realização dos exames para isso será disponibilizado o agendamento conforme a necessidade de cada paciente.

- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

#### DETALHAMENTO

- Igualmente para agendar as consultas dos pacientes de alto risco, os profissionais da equipe, darão prioridade a eles.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

#### DETALHAMENTO

- Nas visitas domiciliares e nas consultas a equipe irá orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

• Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

#### DETALHAMENTO

- Aproveitar os quadros de informações e as visitas domiciliares para esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

• Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

#### DETALHAMENTO

- Nas reuniões da Equipe de Saúde e outras atividades delas, o médico e a enfermeira, realizarem capacitação a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

• Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

#### DETALHAMENTO

- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação nas reuniões da equipe.

- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

#### DETALHAMENTO

- Nas reuniões da equipe também será realizada a capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés.

#### DETALHAMENTO

- A capacitação da equipe segundo o protocolo para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés, será feita nas reuniões semanais pelo médico e pela enfermeira.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

#### DETALHAMENTO

- A técnica de enfermagem, e a médica realizaram monitoramento semanalmente a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos mediante as informações oferecidas pela equipe sobre as atividades realizadas neste sentido.

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos

#### DETALHAMENTO

- A técnica de enfermagem, e a médica realizaram monitoramento semanalmente a realização para atividade física regular aos hipertensos mediante as informações oferecidas pela equipe sobre as atividades realizadas neste sentido.

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

#### DETALHAMENTO

- A técnica de enfermagem e a medica realizaram monitoramento semanalmente a realização de orientação sobre riscos do tabagismo mediante as informações oferecidas pela equipe sobre as atividades realizadas neste sentido.

## ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção aos hipertensos e diabéticos.

### DETALHAMENTO

- Manter contato com outra UBS mais próxima para oferecer atendimento para os pacientes integrantes da nossa intervenção com maior necessidade da atenção à saúde bucal, tendo em conta que não temos este serviço na nossa unidade.

- Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.

### DETALHAMENTO

- Como não temos dentista para realizar as avaliações a médica vai estabelecer as prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.

- Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes.

### DETALHAMENTO

- Avaliar junto ao gestor as possibilidades de consulta com dentista para estes pacientes em outras Unidades conforme descrito acima.

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável, demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade e para envolver educadores físicos nesta atividade.

### DETALHAMENTO

- Oferecer praticas coletivas através de palestras na UBS e comunidade sobre alimentação saudável e iremos entrar em contato com o gestor para realizar parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade e educadores físicos nesta atividade.

- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

### DETALHAMENTO

- Igualmente a equipe vai solicitar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

- . Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.

#### DETALHAMENTO

- Os ACS nas atividades com a comunidade realizam busca de parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde como locais para ações coletivas, material de apoio.

- . Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

#### DETALHAMENTO

-Esta ação é muito importante para nossa população que não conta com atendimento odontológico, vamos demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento odontológico.

- . Orientar hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

#### DETALHAMENTO

- Mediante as visitas domiciliares e as palestras públicas a equipe vai orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

- . Orientar hipertensos e diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

#### DETALHAMENTO

- Mediante as visitas domiciliares e as palestras públicas a equipe vá orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

- . Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

#### DETALHAMENTO

- Mediante as visitas domiciliares e as palestras públicas a equipe orienta sobre risco do tabagismo sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- . Capacitar a equipe para a avaliação da saúde bucal do paciente hipertenso.

#### DETALHAMENTO

- Nas reuniões da Equipe de Saúde e outras atividades delas, o médico e a enfermeira, realizaremos capacitação a equipe para a avaliação da saúde bucal do paciente hipertenso.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

- A médica e enfermeira realizam capacitação a equipe nas reuniões e outras atividades, sobre práticas de alimentação saudável.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

#### DETALHAMENTO

- Nas reuniões da Equipe de Saúde e outras atividades delas, o médico e a enfermeira oferecerão capacitação a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

#### DETALHAMENTO

- Nas reuniões da Equipe de Saúde e outras atividades delas, o médico e a enfermeira, vamos capacitar equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

#### DETALHAMENTO

- Nas reuniões da Equipe de Saúde e outras atividades delas, o médico e a enfermeira, vamos capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

#### DETALHAMENTO

- . Nas reuniões da Equipe de Saúde e outras atividades delas, a médica e a enfermeira oferecerão capacitação a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

- Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.

#### DETALHAMENTO

- Nas reuniões da Equipe de Saúde e outras atividades delas, a médica e a enfermeira oferecerão capacitação a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.

### **2.3.2 Indicadores**

#### 2.3.2 Indicadores

Meta 1.1 Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

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

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

Meta 1.2 Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

Relativa ao Objetivo 2:

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

Indicador 2.1 Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos cadastrados

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados com prescrição de medicamentos.

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

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

Relativa ao Objetivo 3:

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

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

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

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

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

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



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

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

Relativa ao Objetivo 4:

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Relativa ao Objetivo 5:

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

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular

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

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

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

Indicador 5.2 Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Relativa ao Objetivo 6:

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos cadastrados.

Indicador 6.5: Proporções de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos cadastrados.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de 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 e Diabetes Mellitus, nossa Equipe adotará o Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes- Ministério da Saúde, 2013. Neste projeto participarão todos os profissionais da equipe e utilizaremos para sua realização a ficha individual, e o livro de acompanhamento e/ou de registro todos os dias no acolhimento das pacientes, nas consultas e na realização dos exames; para assim poder coletar todos os dados necessários para o monitoramento da intervenção. Em nosso serviço ainda não se utiliza ficha espelho mais a ficha será utilizada. Faremos contato com o gestor municipal e

administrador da Unidade para dispor do material necessário para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e para realização do Hemoglicoteste na unidade de saúde, assim como para garantir as fichas espelho necessárias para a realização deste projeto.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o registro de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde, em registro específico, além de realizar o monitoramento do número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada, semanalmente.

Para as ações relacionadas com o "Monitoramento e Avaliação" realizaremos o Monitoramento do número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde e a realização de exame clínico apropriado destes pacientes.

Também iremos controlar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde. Além disso, realizaremos um monitoramento do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, e do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), e iremos monitorar a qualidade dos registros de pacientes hipertensos e diabéticos acompanhados, vamos verificar a estratificação de risco dos pacientes hipertensos e diabéticos, pelo menos uma vez por ano.

Realizaremos orientação nutricional aos pacientes hipertensos e diabéticos, além de orientação para atividade física regular e orientações sobre riscos do tabaquismo desses pacientes.

Semanalmente a enfermeira examinará os resultados das consultas e exames para controle de Hipertensão Arterial Sistólica (HAS) e de Diabetes Mellitus (DM), mediante o monitoramento e a avaliação dos cadastros da população feitos, informações das visitas domiciliares, o livro de acompanhamento, registro dos exames e seus resultados, protocolos e toda documentação utilizada. O agente comunitário de saúde fará a busca ativa dos pacientes faltosos que agendaram consulta na unidade e não comparecerem, tendo em conta a informação que a enfermeira ou técnica de enfermagem, irá lhe passar. O médico vai avaliar nas consultas a pesquisa de sinais de risco para estas doenças. A cada consulta ou a cada chegada de resultado as informações vão ser coletadas no registro específico.

Referente às ações da “Organização e Gestão do Serviço” vamos garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados, melhorar o acolhimento para os pacientes hipertensos e diabéticos e 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. Além disso, realizaremos outras ações como garantir a solicitação dos exames complementares, solicitar ao gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo e estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Outras ações que devemos realizar é o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade, assim como organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos, organizarem a agenda para acolher os pacientes hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

E necessário também manter as informações do SIAB atualizadas, implantar planilha/registro específico de acompanhamento assim como pactuar com a equipe o registro das informações, e definir responsável pelo monitoramento dos registros. Devemos 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, assim como priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.

Também devemos organizar práticas coletivas para orientação de atividade física e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade, além da compra de medicamentos para o tratamento para o abandono do tabagismo.

O cadastro dos hipertensos e diabéticos será feito pela equipe nas visitas domiciliares, que serão organizadas dependendo da necessidade da população; aproveitando para preencher as Ficha para cadastramento das famílias (Anexo B) e as Ficha para acompanhamento. (Anexo C) Para garantir um adequado controle e atendimento aos hipertensos e diabéticos, começaremos o Programa HIPERDIA do Ministério da saúde segundo o Protocolo de atendimento para estes pacientes, garantindo o material necessário para uma correta tomada da medida da pressão arterial, como esfigmomanômetro, manguitos e fita métrica, assim como material ade-

quando para realização do Hemoglicoteste na unidade de saúde. Para acolher aos pacientes faltosos que agendaram consulta na unidade que não compareceram e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento, não há necessidade de alterar a organização da agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento e sairão da UBS com a próxima consulta agendada, o que ficará bem esclarecido nos prontuários deles e na agenda. Nas consultas, do médico e da enfermeira, serão identificados os pacientes avaliados como de alto risco, tendo em conta o protocolo de atendimento, neste sentido também ajudará as visitas domiciliares feitas pela equipe. Os hipertensos e diabéticos de maior risco terão prioridade nas consultas e na realização dos exames. O SIAB será atualizado semanalmente facilitando nas reuniões da equipe a transmissão de informações, onde também aproveitaremos para avaliar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos, nutricionistas e outros profissionais que ajudem nestas atividades.

Referentes às seguintes ações do “Engajamento Público” a comunidade deve conhecer sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, assim como orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para Diabetes em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, devemos também orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, assim como os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Desenvolver outras ações para orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares, a periodicidade com que devem ser realizados e a importância de realização das consultas e a periodicidade destas, assim como seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular e a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

Além disso, devemos informar aos pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

E necessário ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos pacientes hipertensos e diabéticos (se houver número excessivo de faltosos) e

orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário

Outras ações muito importantes a desenvolver são as de promoção e prevenção de saúde como são orientar aos pacientes hipertensos e diabéticos a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular e sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

As visitas domiciliares feitas pela equipe todas as semanas, junto com as rodas de conversas e palestras, as consultas médicas e de enfermagem, ajudarão orientar sobre existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, e importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, além da importância de realização do exames para detecção precoce de doenças cardiovasculares e do acompanhamento regular.

Além das dinâmicas de grupo diante a criação de grupos de hipertensos e diabéticos, serão realizadas numa linguagem adaptada à realidade desta população, aproveitando os espaços fechados na mesma Unidade de Saúde e os espaços abertos fora dela. Serão feitos pela equipe quadros de informações esquematizando toda a informação necessária referente ao tema, os mesmos os colocaremos nas salas de consultas, na unidade e fora da unidade.

Tendo em conta a “Qualificação da Prática Clínica” e muito importante capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e a realização do Hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Devemos realizar a capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado, capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares e realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.

Além capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

E necessário treinar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade, assim como treinar a equipe no

preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Outra das ações a desenvolver e capacitar a equipe da unidade para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas e capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés assim como capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

E muito importante neste projeto capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, sobre práticas de alimentação saudável, assim como a promoção da atividade física regular além de capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal dos pacientes hipertensos e diabéticos e para o tratamento de pacientes tabagistas.

A análise situacional e a definição do foco de intervenção já foram discutidas com a equipe da UBS. Começaremos a capacitação da equipe com foco referente à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, na própria UBS nas reuniões semanais de Equipe, iremos para sensibilizar a equipe multidisciplinar e do gestor para darem apoio à intervenção. A capacitação será realizada pelo médico e/ou pela enfermeira, tendo como referência os protocolos do MS. Os temas a tratar serão: cadastramento e acolhimento de hipertensos e diabéticos, exames clínicos, complementares, tratamento e acompanhamento destes pacientes, registro de informações e fatores de risco destas doenças, entre outros.









### **3 Relatório da Intervenção**

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

Em nossa intervenção na saúde de hipertensos e diabéticos na Unidade de Saúde Silvino Dantas, os desafios enfrentados foram muitos. No início parecia uma tarefa fácil, mas à medida que o projeto avançava apareciam dificuldades e contratempos aos quais tivemos que buscar uma alternativa de solução e para poder prosseguir. Entretanto, eu fico satisfeita porque conseguimos alcançar os objetivos propostos para este projeto e a maioria das metas propostas.

Considero que esta intervenção é a primeira parte de um grande trabalho que começamos a fazer, mas ainda temos um longo caminho para percorrer para poder alcançar um atendimento de qualidade, cobrir as necessidades básicas destes pacientes portadores de doenças crônicas e melhorar o seu estado de saúde e bem-estar físico.

A maioria das ações previstas no projeto foi desenvolvida sem dificuldades devido ao trabalho de toda a equipe de saúde que desde o início, quando apresentei o projeto, já se sentiu comprometida e atuou de forma responsável em cada uma das ações desenvolvidas (Figura 1).

Nossa unidade de saúde está aberta 8 horas/diárias oferecendo oportunidades para as pessoas durante todo o dia. As visitas domiciliares é um de nossos pontos fortes na unidade, com aumento das atividades de promoção e prevenção para este grupo.

Realizamos testes de glicemia capilar e verificação da pressão arterial a todos os usuários maiores de 18 anos, pesquisando possíveis pacientes hipertensos e diabéticos que não estavam cadastrados e identificando os usuários de risco para essas patologias.

Implantamos o grupo de HIPERDIA, grupo que conta com um número cada vez maior de participantes (Figura 2). Contamos com a ajuda do núcleo de apoio a saúde da família (NAF) oferecendo uma interessante palestra sobre medicamentos para pacientes hipertensos e diabéticos e oferecemos informação sobre a Farmácia Popular. Foi uma atividade muito dinâmica com a participação dos pacientes e da equipe

As reuniões da equipe constituíram-se uma fortaleza no projeto, já que nessas reuniões avaliamos e monitoramos as ações e planejamos as ações a desenvolver nas semanas posteriores.



**Figura 1 Reunião da Equipe apresentação do Projeto**



**Figura 2 Grupo Hiperdia**

Cada usuário, seja ele hipertenso ou diabético, tem uma ficha de atendimento individual onde são preenchidos os dados relacionados ao acompanhamento em consultas e visitas domiciliares, além da ficha espelho que cada um deles tem. Com relação às fichas espelho, considero que estas são muito trabalhosas e consomem um tempo longo da consulta, mas a maioria dos usuários gostam de ser interrogado sobre suas condições de saúde.

Outro desafio foram as capacitações feitas pela equipe aos profissionais de saúde sobre os protocolos de atendimento a pacientes hipertensos e diabéticos,

bem como a capacitação dos ACS para atualização cadastral e busca ativa de usuários com controle em atraso. Além disso, realizamos capacitação dos profissionais da unidade sobre o acolhimento da demanda para rastreamento e resultado de exames complementares, assim como a capacitação da equipe para avaliação de risco e orientações sobre alimentação adequada, prática de exercício físico, tabagismo e controle de seus fatores de risco.

A equipe foi capaz de identificar os usuários de maior risco e estabelecer acompanhamento diferenciado para eles. Foi possível realizar um exame clínico apropriado conforme o protocolo, melhorando e aprimorando os registros que a equipe utilizava. A ficha prevê coleta de informações como controle de peso, PA, saúde bucal, glicose capilar, orientação de hábitos alimentares, prática regular de atividade física, consumo de álcool e tabagismo, classificação para estratificar os riscos cardiovasculares. Também foi realizada a estratificação do risco cardiovascular por critério clínico, intensificaram-se as ações de prevenção e promoção em saúde.

As demais capacitações também foram feitas com a mesma responsabilidade que caracteriza os trabalhadores de nossa unidade. Ademais, conseguimos realizar atividades de promoção e prevenção de saúde na unidade e nas visitas domiciliares, orientando sobre diferentes temas de interesse a na população.

Nas salas de espera são realizadas ações em saúde coletiva sobre HAS e DM e em prevenção das complicações destas doenças (Figura 3). O conteúdo e objetivos do projeto e divulgado permanentemente para a população



**Figura 3 Material de divulgação da palestra Medicamentos Farmácia Popular**

Também foram muitas as dificuldades encontradas. Em primeiro, lugar a falta de serviço odontológico e as dificuldades para que os usuários recebessem este

atendimento, já que são poucos os que têm acesso ao serviço particular, pois a maioria não conta com os meios econômicos para custear o tratamento odontológico. Além disso, não tem possibilidades de atendimento odontológico em outras unidades de saúde devido à distância e, também, porque não existe coordenação estabelecida para dar atendimento a um número determinado de usuários de nossa unidade. Eu posso dizer tentamos, mas as possibilidades de vagas eram muito difíceis, sobretudo para aqueles usuários com necessidades de urgências odontológicas.

A falta de equipamentos básicos e a inexistência dos medicamentos de HIPERTENSÃO foi outra das grandes dificuldades enfrentadas pela equipe, pois temos muitos usuários com necessidade de comprar seus medicamentos.

Os exames laboratoriais também constituem uma dificuldade já que a demanda é muito superior às vagas ofertadas, sendo um dos motivos principais pelo qual nosso projeto não conseguiu alcançar todas as metas propostas.

Uma das dificuldades encontradas e que impedia a realização das consultas segundo o planejado foi o aumento das doenças infecciosas e virais que geraram demanda prioritizada, já que os usuários chegavam com febre, lesões cutâneas e mal-estar geral, entre outros sintomas.

A coleta e sistematização de dados constitui-se uma das tarefas mais difíceis do projeto, já que para conseguir manter um resultado de qualidade temos que trabalhar todos os dias na mesma preenchendo as ações desenvolvidas por cada um dos pacientes para conseguir a atualização de dados.

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

Todas as ações foram realizadas, mas em algumas delas não foi possível alcançar a meta. As maiores dificuldades encontradas foram para a realização de exames laboratoriais, já que a demanda e as necessidades estão acima das vagas ofertadas para cada uma das unidades de saúde, e para a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular. Na unidade de saúde os medicamentos não são suficientes para a população em quantidade e há falta de muitos deles. Além disso, muitos usuários da UBS têm tratamento medicamentoso que não se encontra disponível nas farmácias populares indicados por outros especialistas como Cardiologistas, Endocrinologistas, Geriatras entre outros.

A proporção de hipertensos e diabéticos com avaliação de necessidades de atendimento odontológico foi outra das ações que não foram cumpridas na totalida-

de e o percentual dessas ações encontra-se baixo. Nossa Unidade de Saúde não conta com serviços de odontologia, os usuários que receberam este serviço procuraram o serviço privado, mas todos que recebem acompanhamento em nossa unidade são orientados sobre a higiene bucal como prevenção de doenças como o câncer bucal e outras doenças.

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

A coleta e sistematização de dados relativos à intervenção foram realizadas sem dificuldades, assim como o fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores durante as 12 semanas da intervenção. As fichas espelhos foram preenchidas a todos os pacientes cadastrados.

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

Nossa intervenção já faz parte da rotina diária de trabalho, eu considero que as ações de saúde segundo cronograma ficarão para sempre porque o trabalho tem uma organização ótima, os profissionais de saúde conhecem o seu funcionamento e executam com responsabilidade e eficácia as ações planejadas, a comunidade fica satisfeita pelo atendimento priorizado deste projeto, conseguimos a criação de um grupo de HIPERDIA que cada encontro ganha um maior número de participantes.

Além disso, a intervenção continua, já que cada dia se cadastram casos novos de hipertensão e diabetes, os usuários sempre precisam do acompanhamento de forma regular, exames complementares, identificação de fatores de risco e orientações para receber um acompanhamento e avaliação de qualidade.

Eu acho que continuar o projeto como parte da rotina diária e uma das melhores opções para a população e para nosso trabalho, mais considero que devemos melhorar aspectos como o aumento dos medicamentos na Farmácia Popular, conseguir um maior número de vagas para a realização de exames complementares e garantir um serviço de odontologia para os pacientes de nossa comunidade.

Temos tido conquistas importantes e ainda podemos alcançar mais através do projeto, só precisamos de perseverança, interesse e amor a nosso trabalho para bem-estar dos pacientes. As ações de promoção e prevenção são desenvolvidas em todos os cenários e aceitas com agrado por parte da população. As reuniões da



equipe ficarão porque é uma forma eficiente de monitorar as ações planejadas e trabalhar no planejamento de ações futuras.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A UBS Silvino Dantas possui em sua na sua área de abrangência uma população de 8000 habitantes, para a faixa etária de 20 anos ou mais a estimativa é de 5360 habitantes. O número total de hipertensos e diabéticos residentes na área de cobertura da UBS, segundo dados do SIAB, é de 779 e 262, respectivamente. Na intervenção, participaram 623 pacientes hipertensos e 210 diabéticos, ampliando a cobertura dos usuários hipertensos e diabéticos acompanhados e melhorando a qualidade da atenção e dos registros para esta ação programática.

No mês de janeiro deste ano começamos nossa intervenção, que se estendeu por 12 semanas dando cumprimento aos objetivos e metas traçadas no projeto, cujos resultados estão descritos a seguir:

Objetivo: Ampliar a cobertura a hipertensos no programa de HIPERDIA.

Meta 1 - Cadastrar 80 % dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da Unidade de Saúde.

Indicador: 1.1.Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade de Saúde.

Começamos a intervenção com a participação de 228 hipertensos no primeiro mês (29,3%), no segundo mês chegamos a alcançar 393 (50,4%) e no terceiro mês cadastramos um total de 623 hipertensos (80%), que foi justamente a meta proposta em nosso projeto (Gráfico 1).

A meta estabelecida foi cumprida pela organização e correta realização das ações seguindo o cronograma já que uma das primeiras ações realizadas foi a capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre os protocolos de atendimento e acolhimento de todos os hipertensos, onde foi explicado o papel de cada profissional na ação programática.

Desde a primeira semana de nosso projeto o mesmo foi divulgado à na população explicando o conteúdo e seus objetivos, estas ações ajudaram a melhorar a cobertura do programa.

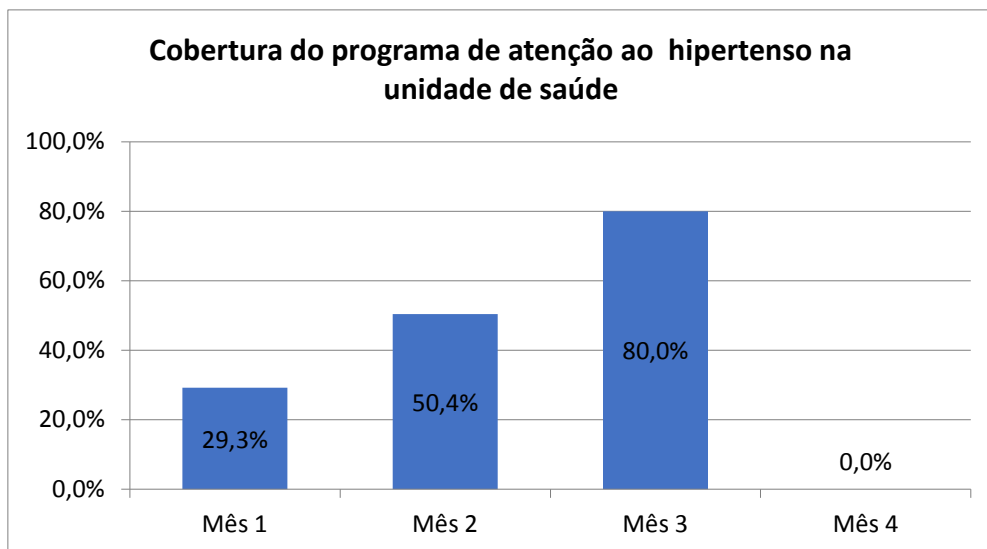


Gráfico 1. Proporção de hipertensos cadastrados no programa de HIPERDIA na UBS Silvino Dantas, Município Caicó, Rio Grande do Norte.

Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015.

Objetivo: Ampliar a cobertura do programa de atenção aos diabéticos na unidade de saúde.

Meta 2: Cadastrar 80 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de atenção a Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Indicador 1.2. Cobertura do programa de atenção aos diabéticos na Unidade de Saúde.

A intervenção começa com a participação de 92 diabéticos que recebiam acompanhamento pela UBS e representavam 35,1% da população total. No segundo mês foram cadastrados 177 diabéticos (67,6%) e no terceiro mês alcançamos a meta proposta, cadastrando 210 (80,2%) diabéticos cadastrados (Gráfico 2).

Igualmente, devido ao trabalho em equipe e ao cumprimento das ações programáticas segundo cronograma a meta estabelecida foi cumprida, realizamos a capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre os protocolos de atendimento e acolhimento de todos os diabéticos e explicando o papel de cada profissional na ação programática.

Desde a primeira semana de intervenção, nossas ações foram divulgadas para a população, explicando-se o conteúdo e seus objetivos.

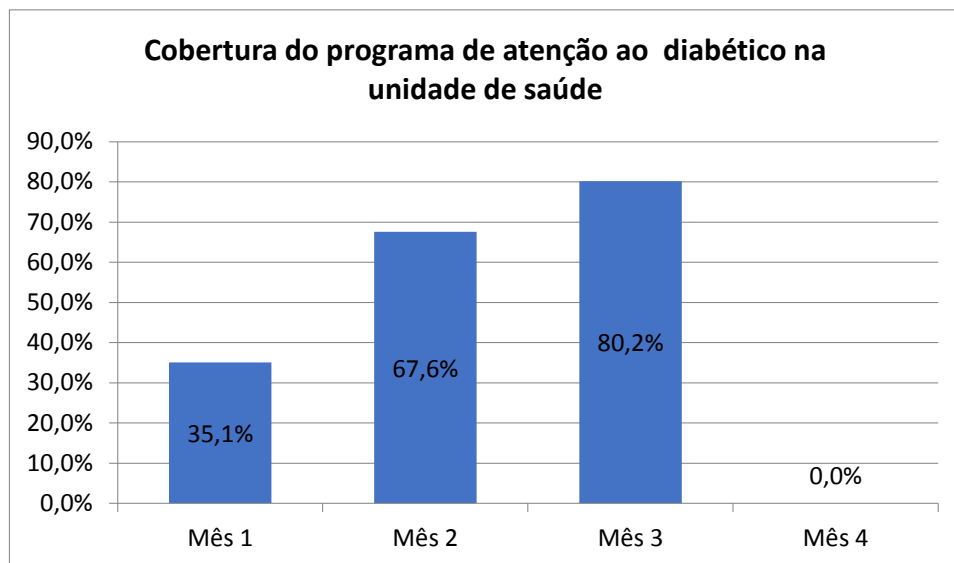


Gráfico 2. Proporção de diabéticos cadastrados no programa de HIPERDIA na UBS Silvino Dantas, Município Caicó, Rio Grande do Norte.

Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015.

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

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

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

O número de hipertensos com o exame clínico apropriado no primeiro mês foi de 192 (84,2 %) da população cadastrada, no segundo mês chegou a 371 (94,4%), alcançando a meta traçada terceiro mês com 623 (100%) hipertensos com o exame clínico apropriado (Gráfico 3).

A ação que mais eficácia teve para alcançar o cumprimento desta meta foi a capacitação realizada pela médica e enfermeira sobre a verificação da pressão arterial de forma criteriosa e o monitoramento do exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos nas consultas programadas, assim como a busca ativa de pacientes faltosos pelos Agentes Comunitários de Saúde.

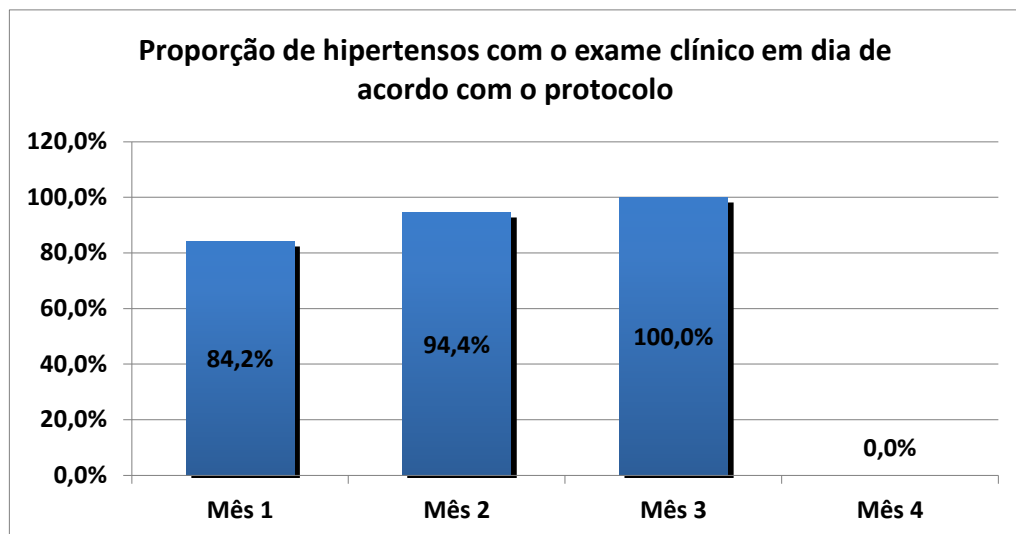


Gráfico 3. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Silvino Dantas, Município Caicó, Rio Grande do Norte.

Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015.

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

Indicador 2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Dos usuários cadastrados no primeiro mês, 80 (87%) realizaram o exame clínico. No segundo mês o número de diabéticos com exame clínico em dia foi de 165 (93,2%), alcançando 210 (100%) no terceiro mês, cumprindo assim com a meta estabelecida.

Para todos estes usuários realizou-se o preenchimento da ficha espelho individual e logo em seguida na planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso, cumprindo-se a meta 100% (Gráfico 4).

Para alcançar o cumprimento desta meta a ação mais importante de nosso cronograma foi a capacitação da equipe da UBS pela médica e enfermeira sobre a realização do Hemoglicoteste em adultos com pressão sustentada maior que 135/80 mmHg.

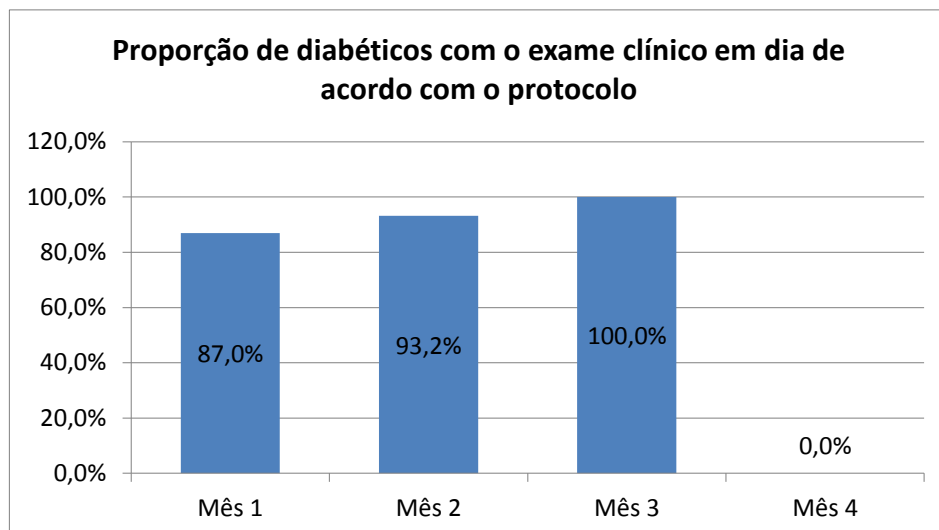


Gráfico 4. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Silvino Dantas, Município Caicó, Rio Grande do Norte.

Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015.

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

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

Nos três meses da intervenção não foi possível cumprir a meta proposta, pois no primeiro mês 134 (58,8%) realizaram exames, no segundo mês chegamos a 294 (74,8%) da realização de exames e no terceiro mês 539 (86,5%) realizaram os exames complementares (Gráfico 5).

As causas pelas quais não foi possível dar cumprimento a esta meta de deu pelo número deficientes de vagas para a realização de exames complementares, nossa equipe solicitou apoio dos gestores de saúde municipal e de 3 vagas de exames diários para toda a população aumentaram para 5 vagas diárias tendo em vista que nossa população é muito extensa.

Seguindo o cronograma de ações eu como médica com auxílio da enfermeira uma capacitação para os profissionais da UBS quanto ao acolhimento da demanda para rastreio e resultado de exames complementares, semanalmente a enfermeira realiza monitoramento de hipertensos com exames laboratoriais em dia solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

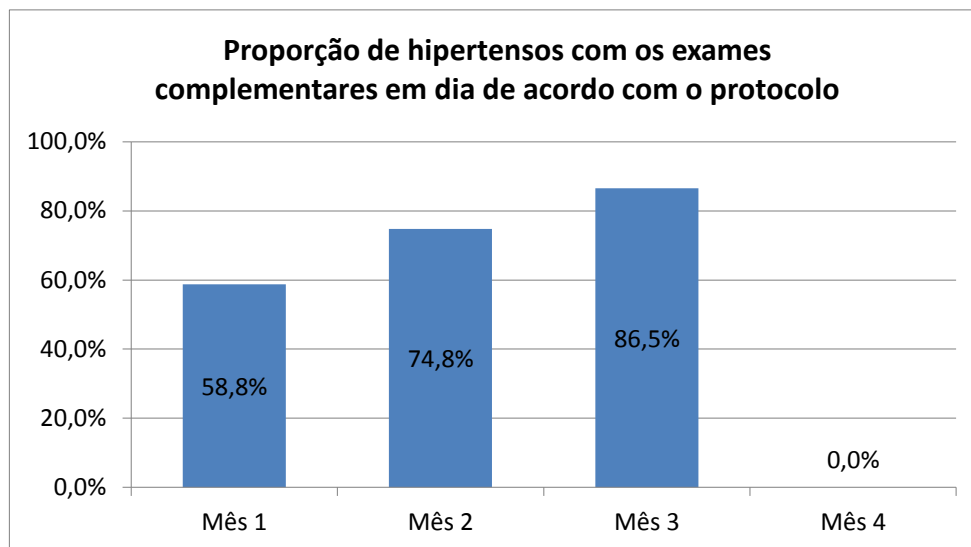


Gráfico 5. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Silvino Dantas, Município Caicó, Rio Grande do Norte.

Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015.

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

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

No primeiro mês de nossa intervenção 67 (72,8%) diabéticos cadastrados realizaram os exames complementares, no segundo mês 141 (79,7%) e no terceiro mês 185 (88%) diabéticos realizaram os exames complementares (Gráfico 6). Como podemos observar-se a meta não foi cumprida porque o número de vagas disponível para nossa população não é suficiente para cobrir as demandas dos usuários.

Cada semana a enfermeira monitora o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

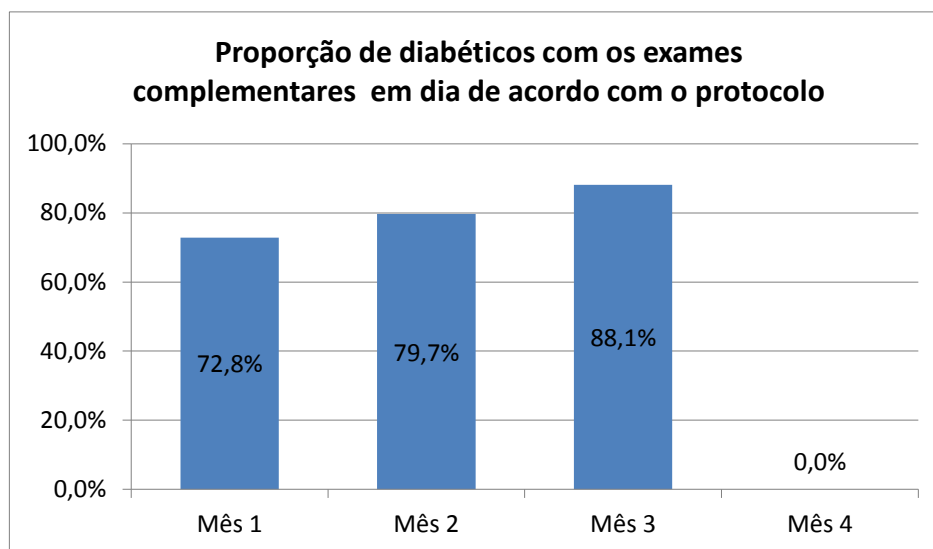


Gráfico 6. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Silvino Dantas, Município Caicó, Rio Grande do Norte.

Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015.

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

Indicador: 2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

No primeiro mês 177 (78 %) hipertensos cadastrados receberam prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, no segundo mês esse número chegou a 334 (83,7%) e no terceiro mês continuamos reavaliando os tratamentos e 559 (90%) hipertensos receberam o tratamento da Farmácia Popular.

A meta proposta em nosso projeto era que 100% dos hipertensos da Unidade tivessem prescrição de medicamentos da Farmácia Popular /Hiperdia priorizada mais como pode observar-se não foi possível o cumprimento da mesma já que muitos pacientes são medicados por especialistas como, por exemplo, Cardiologista entre outros e indicam medicamentos que não se encontram na UBS ou nas farmácias populares. Além disso, a disponibilidade de medicamentos da Farmácia Popular não é suficiente para estes pacientes tanto em quantidade como diversidade. Em nossa cidade temos duas Farmácias Populares que tem convênios com o SUS e os pacientes retiram seus medicamentos de forma gratuita. Para realizar este e necessário a prescrição medica da receita que tem validade por três meses e o usuário vai



à Farmácia com seus dados e realiza um cadastro, cada três meses o paciente renova a receita médica na UBS além de receber um acompanhamento regular.

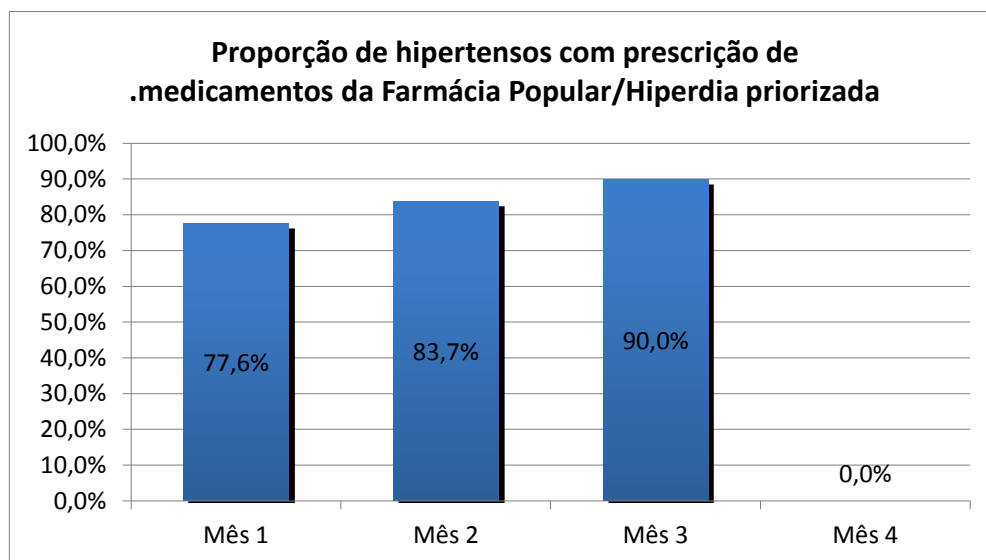


Gráfico 7. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Silvino Dantas, Município Caicó. Rio Grande do Norte.

Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015.

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

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

A meta para este indicador não foi cumprida na sua integralidade, no primeiro mês 61 (66%) de diabéticos estavam com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, no segundo mês 136 (78 %) da totalidade da população cadastrada e no terceiro mês 175 (83,3 %) da população cadastrada.

Uma das causas pela que não foi possível o cumprimento desta meta e que os pacientes com Diabetes Mellitus tipo I ou Insulino-Dependentes não contam com a Insulina na Farmácia Popular, além disso, alguns dos pacientes são avaliados por especialistas como, por exemplo, por Endocrinologistas, Cardiologistas entre outros que prescrevem medicamentos que não temos na Farmácia Popular.

A administradora da Unidade de Saúde é a responsável de monitorar os medicamentos da Farmácia Popular /Hiperdia, quem deve informar ao gestor da unidade, a falta de algum deles.

A enfermeira semanalmente realiza monitoramento do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular /Hiperdia.

Uma das ações que mais ajudou esta ação foi a capacitação realizada a equipe pela médica e a enfermeira para orientar aos usuários sobre as alternativas para obter acesso à medicamentos da Farmácia Popular /Hiperdia.

Organizamos palestras sobre medicamentos que foi apresentada pelo farmacêutico do NASF, os agentes de saúde preencheram o cartão do paciente de HIPERDIA com os nomes dos medicamentos que consome e que a cada mês recebe na farmácia da unidade. Outra alternativa, e o cadastro realizado dos pacientes hipertensos e diabéticos da comunidade pelas Farmácias Populares que tem convênios com o SUS e recebem seus medicamentos de forma gratuita.

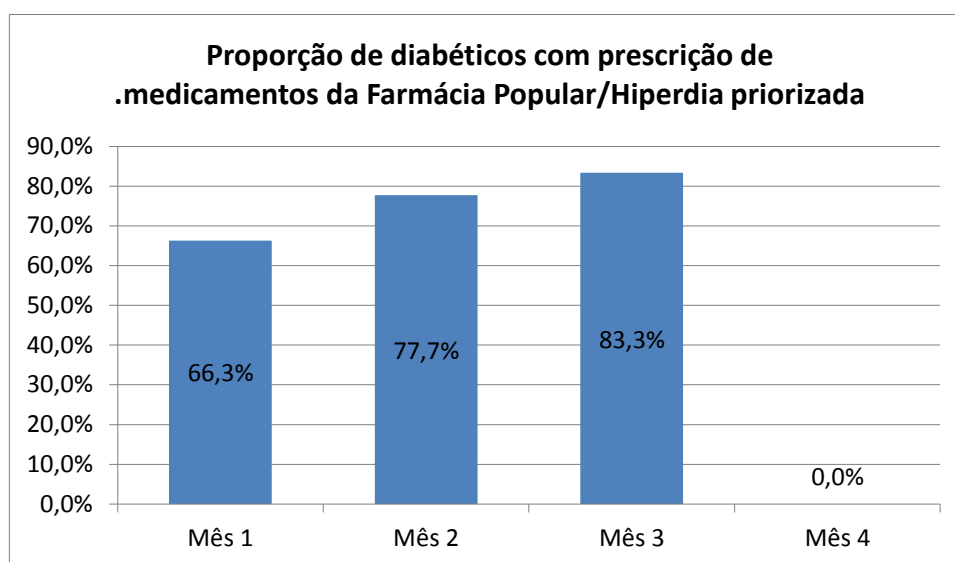


Gráfico 8. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Silvino Dantas, Município Caicó. Rio Grande do Norte.

Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015.

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

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

A falta de atendimento odontológico é uma das maiores dificuldades para os pacientes de nossa unidade, só um pequeno percentual deles recebem este serviço porque procura um serviço particular, mais esta opção não está ao alcance de toda

a população já que a maioria não conta com os meios econômicos para procurar este serviço.

No primeiro mês 54 (23,7 %), no segundo mês 104 (26,5 %) e no terceiro mês foram avaliados 245 pacientes (39,3) % da totalidade dos cadastrados.

Para conseguir estes resultados a ação mais significativa foi a avaliação da saúde bucal dos pacientes em cada acompanhamento feito e as ações de educação em saúde coletiva onde explicamos a importância da mesma para prevenir doenças como o câncer bucal entre outras doenças.

Ofereceram prioridade para os pacientes com maior necessidade da atenção à saúde bucal noutra unidade de saúde, tendo em conta que não temos este serviço na nossa unidade estabelecendo prioridades de atendimento considerando a avaliação odontológica.

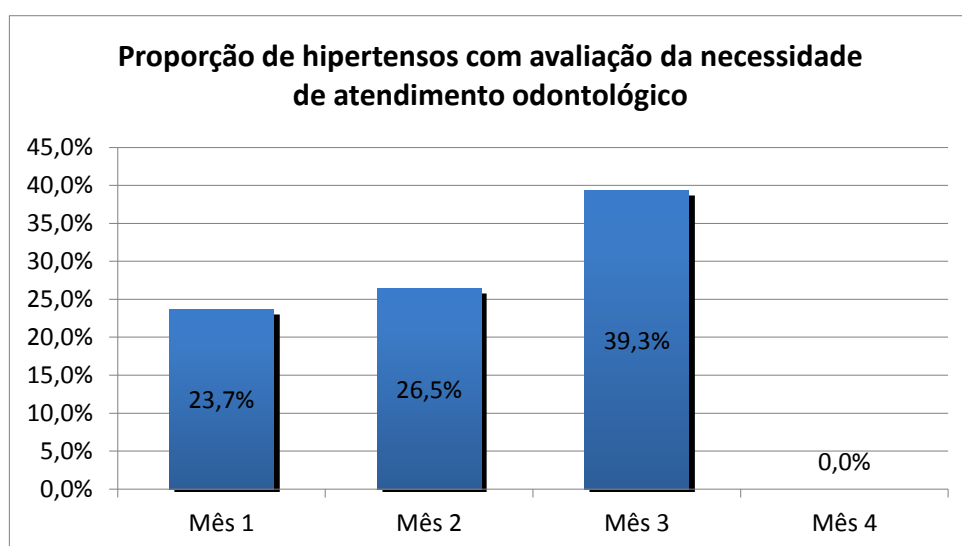


Gráfico 9. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Silvino Dantas, Município Caicó. Rio Grande do Norte.

Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015.

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

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

Como havíamos explicado nossa unidade não conta com atendimento odontológico o que constituiu a causa fundamental para não termos atingido a meta deste indicador. Os pacientes que receberam atendimento odontológico a maioria procu-

rou atenção privada, no primeiro mês receberam atenção odontológica 23 pacientes (25%), no segundo mês foram avaliados 45 diabéticos (25,4%) dos cadastrados e no terceiro mês 91 (43,3 %) do total de cadastrados, entretanto todos pacientes que recebem acompanhamento na unidade receberam ações de educação em saúde coletiva sobre o tema de saúde bucal.

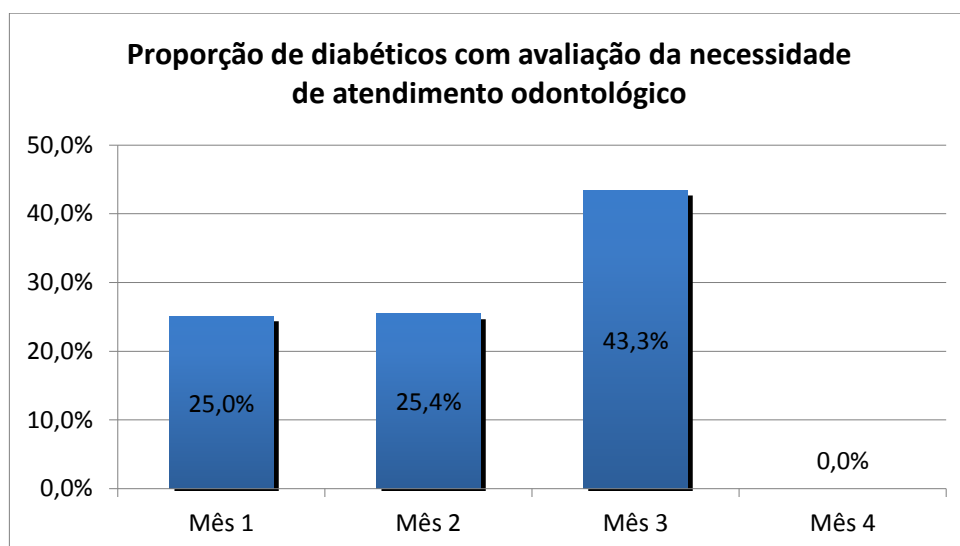


Gráfico 10. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Silvino Dantas, Município Caicó. Rio Grande do Norte.

Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015.

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

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

Durante as 12 semanas de intervenção em nossa unidade a busca ativa de pacientes faltosos constituiu uma prioridade para a equipe de trabalho, no primeiro mês começamos a intervenção com 83 pacientes faltosos realizamos busca para 61 hipertensos faltosos (73,5 %), no segundo mês o número de busca ativa chegou a 188 pacientes dos 211 faltosos que representa um (89 %) e no terceiro mês alcançamos a meta com 407 pacientes que representam o 100 % da totalidade dos pacientes que estavam faltosos.

Nossa equipe realizou um trabalho importante no cumprimento desta meta já que na primeira semana realizei uma capacitação aos ACS para atualização cadas-

tral e busca ativa de pacientes com controle em atraso, a enfermeira realizou uma capacitação da equipe sobre o cadastramento dos pacientes hipertensos e diabéticos. As visitas domiciliares da médica e da enfermeira foram priorizadas para estes pacientes. O monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo pelos demais membros da equipe, foi determinante para a recuperação de usuários faltosos às consultas.

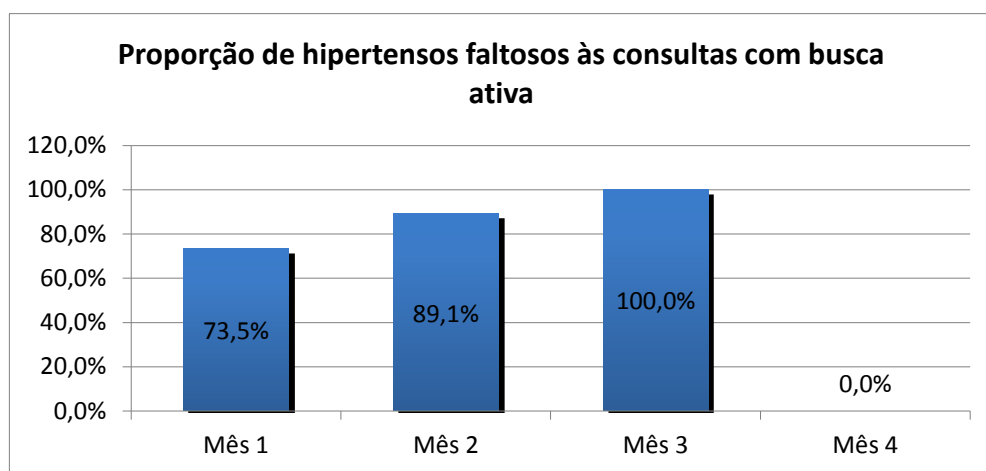


Gráfico 11: Proporção de hipertensos faltosos as consultas com busca ativa na UBS Silvino Dantas, Município Caicó. Rio Grande do Norte.

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

Indicador 3.4. Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

Como havíamos relatado a busca ativa deste grupo de pacientes foi uma das principais ações a desenvolver para cumprir a meta proposta.

No primeiro mês estavam faltosos às consultas 26 faltosos conseguimos realizar busca ativa de 18 (69%), no segundo mês contamos com 88 faltosos conseguimos realizar busca de 77(87,5 %), e no mês terceiro chegamos a nossa meta com a busca ativa de 126 pacientes, o que representa 100% dos pacientes diabéticos faltosos às consultas.

Foi muito importante as capacitações realizadas para alcançar nossa meta, assim como as visitas domiciliares priorizadas a estes pacientes pelos ACS, a enfermeira e a médica.

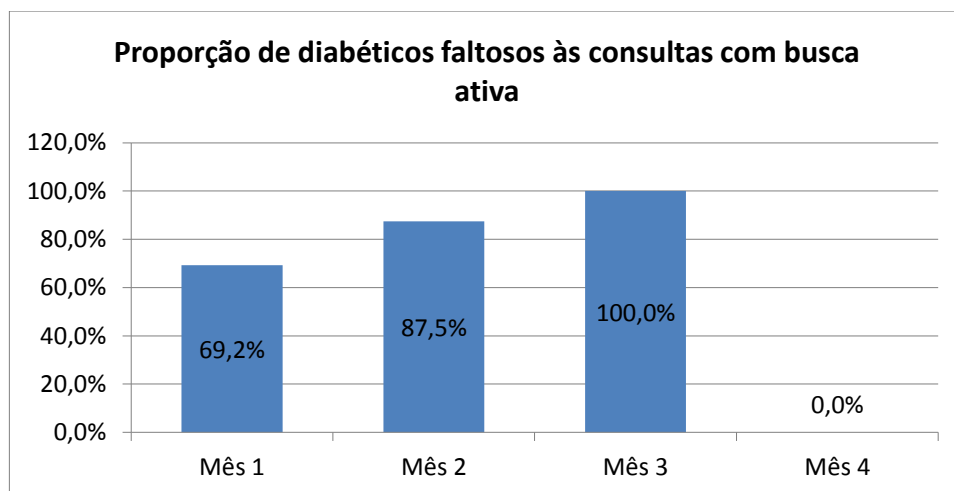


Gráfico 12: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Silvino Dantas, Município Caicó. Rio Grande do Norte.

Objetivo. Melhorar o registro das informações.

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

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

Ao iniciar a intervenção somente 152 (67,7%) dos pacientes hipertensos tinham registro adequado na ficha de acompanhamento, no segundo mês 329 (83,7) % para finalmente no terceiro mês alcançar 100 % com a totalidade dos pacientes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

.

Para realizar esta ação a técnica de enfermagem realizou o monitoramento semanalmente dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde, assim como trabalhar com o livro de acompanhamento e toda documentação necessária para manter as informações atualizadas.

Para cada paciente confeccionou-se uma ficha espelho (ANEXO C) para o preenchimento dos dados necessários para um melhor controle e acompanhamento.

.

INDICADORES

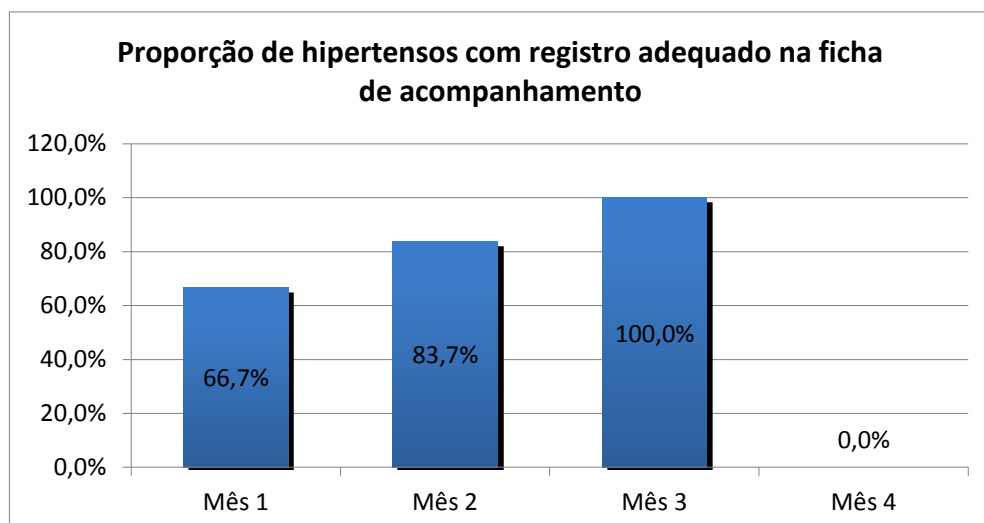


Gráfico 13: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Silvino Dantas, Município Caicó. Rio Grande do Norte.

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

Indicador 4,2. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

No primeiro mês da intervenção tínhamos 71 (77,2 %) diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, no segundo mês conseguimos realizar registro adequado na ficha de acompanhamento para 157 (88,7. %) diabéticos, e no terceiro mês completamos 210 pacientes para alcançar 100 % da meta proposta.

Uma das ações mais importantes para chegar ao cumprimento da meta foi pactuar nas reuniões da equipe como iria ser o registro das informações para manter todas as informações atualizadas.

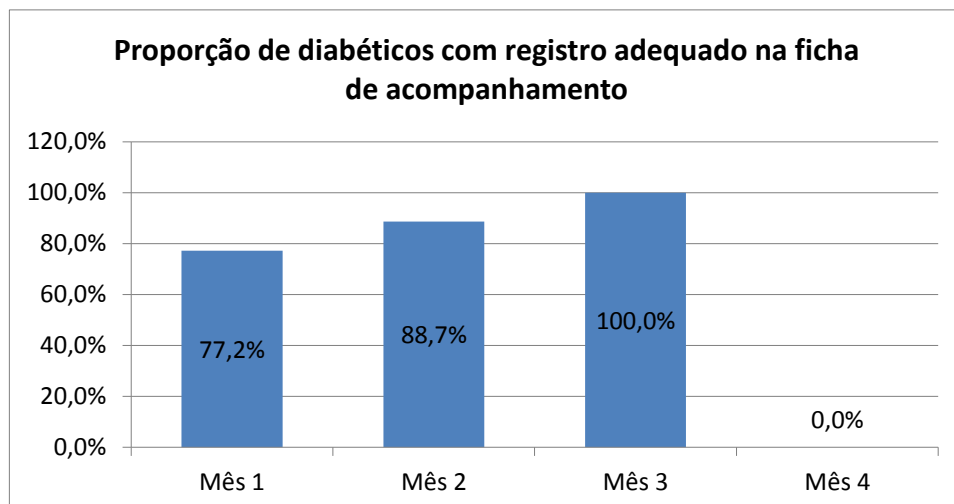


Gráfico 14: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Silvino Dantas, Município Caicó. Rio Grande do Norte.

Objetivo. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

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

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

Começamos com a estratificação de risco no primeiro mês realizada em 155 (68. %), no segundo 332 (84,5 %) hipertensos estavam com a estratificação do risco cardiovascular, no terceiro mês foi realizada aos 628 (100%) dos pacientes hipertensos a estratificação de risco cardiovascular.

A realização desta ação foi possível ao monitoramento do número de hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, além disso, priorizamos o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco já que estes têm prioridade nas consultas e na realização de exames.

Outra ação importante para alcançar o cumprimento desta meta foi orientar aos usuários quanto a seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular.



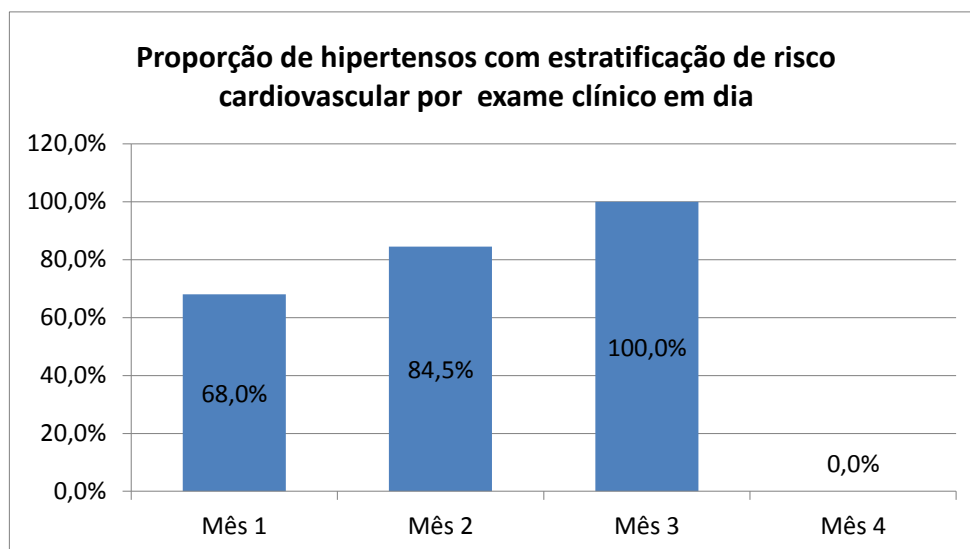


Gráfico 15: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Silvino Dantas, Município Caicó. Rio Grande do Norte.

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

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

Aos pacientes diabéticos também se realizou estratificação de risco e no primeiro mês contamos com 72 (78,3%), diabéticos com estratificação de risco cardiovascular, no segundo mês 154 (87%) no terceiro mês 210 (100 %) contavam com estratificação de risco cardiovascular por exame clínica em dia.

Durante as visitas domiciliares e nas consultas a equipe orientou os pacientes quanto ao seu nível de risco e aproveitamos os quadros de informações para esclarecer aos pacientes e a comunidade quanto a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis. Além disso, realizamos capacitações para a equipe de saúde para realizar estratificação de risco e informamos sobre a importância da mesma, sinais de alerta e adoção de hábitos de vida saudáveis.

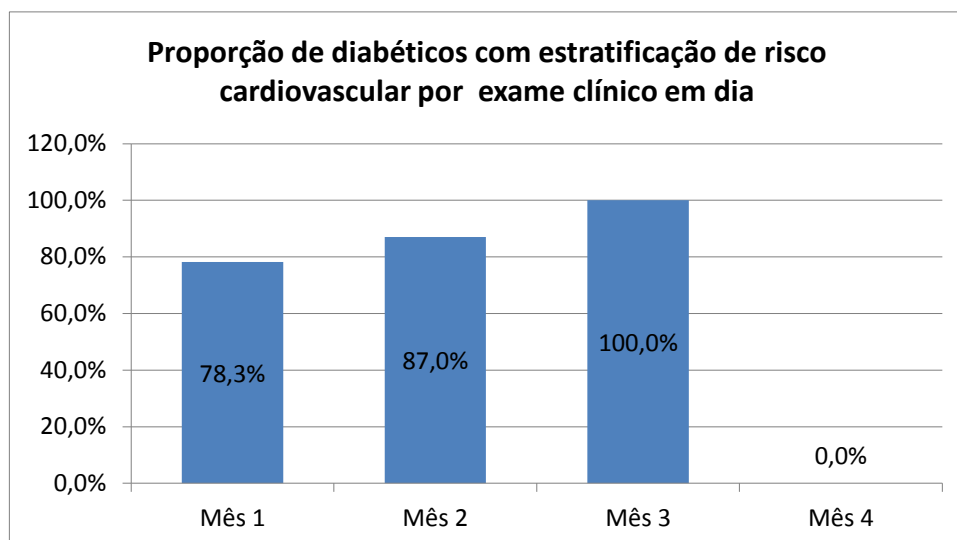


Gráfico 16: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Silvino Dantas, Município Caicó. Rio Grande do Norte.

Objetivo. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

No primeiro mês 205 (89,9%) dos hipertensos receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, no segundo mês 383 (97,7%), no terceiro meses de intervenção 623 (100%).

Realizamos com apoio da técnica de enfermagem monitoramento semanal sobre a realização de orientação nutricional aos hipertensos mediante as informações oferecidas pela equipe sobre as atividades realizadas neste sentido. Os pacientes obesos ou sobrepesos foram encaminhados ao nutricionista para avaliação e acompanhamento regular.

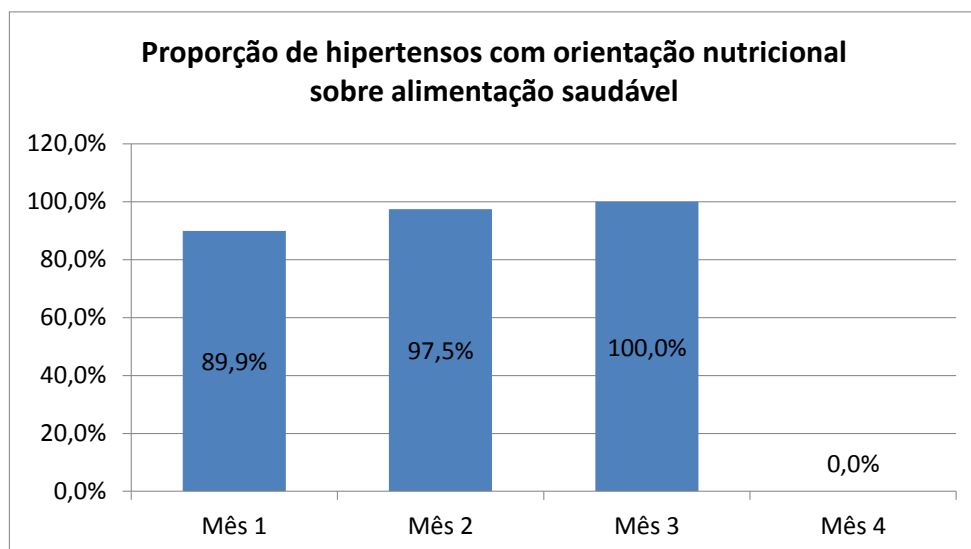


Gráfico 17: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Silvino Dantas, Município Caicó. Rio Grande do Norte.

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

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

No primeiro mês 87 (94,6%) dos diabéticos receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, no segundo mês 173 (97,7%), no terceiro mês de intervenção 210 (100%) dos diabéticos receberam orientações sobre alimentação saudável.

De igual forma os pacientes diabéticos receberam as orientações neste sentido através da médica e as técnicas de enfermagem.

Realizamos palestras nas salas de espera com estes pacientes sobre alimentação saudáveis e a importância da mesma para prevenção de fatores de risco como dislipidemias, doenças cardiovasculares e obesidade entre outras. Os diabéticos obesos ou sobrepesos foram encaminhados ao nutricionista.

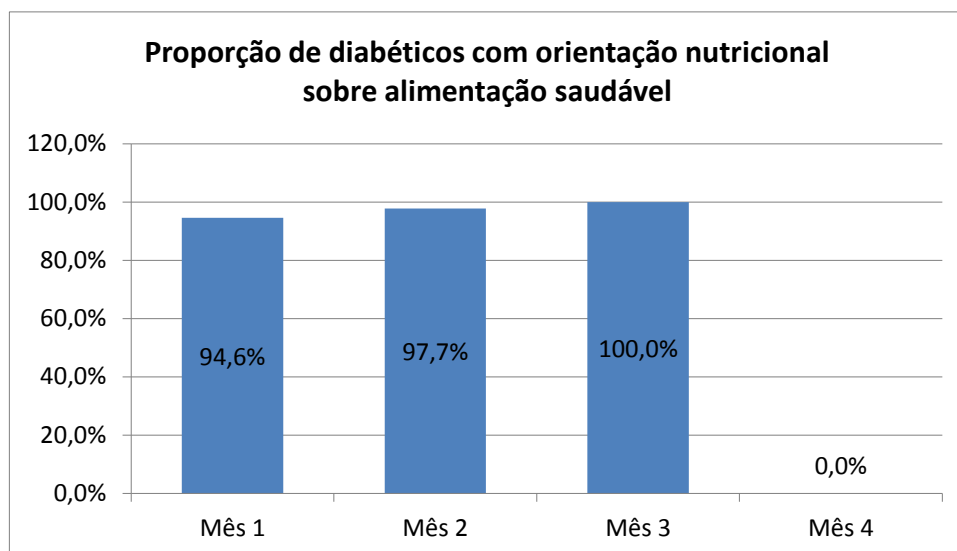


Gráfico 18: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Silvino Dantas, Município Caicó. Rio Grande do Norte.

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

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

No primeiro mês 191 (83,8%) dos pacientes hipertensos receberam orientação em relação à prática regular de atividade física, no segundo mês 366 (93%), no terceiro mês de intervenção 623 (100 %) dos pacientes hipertensos receberam orientação em relação à prática regular de atividade física.

Para alcançar o cumprimento desta meta foi necessária a participação de toda a equipe de saúde. Os ACS nas visitas domiciliares realizadas a estes informaram aos pacientes sobre a importância de atividade física regular.

Nas salas de espera realizamos palestras sobre a importância da prática regular de atividade física para prevenir doenças como a obesidade, doenças ósseas entre outras.

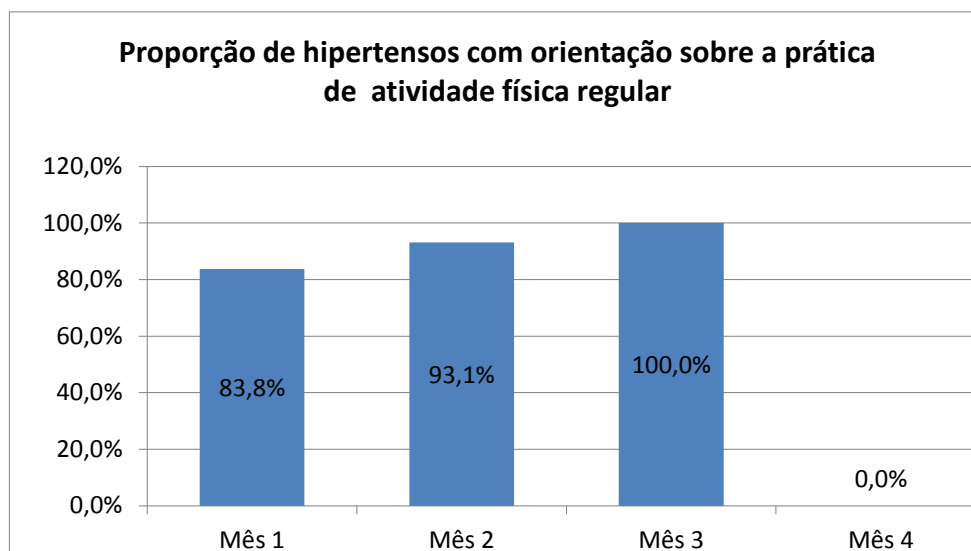


Gráfico 19: Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS Silvino Dantas, Município Caicó. Rio Grande do Norte.

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

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

No primeiro mês 83 (90%) dos pacientes diabéticos receberam orientação em relação à prática regular de atividade física, no segundo mês 173 (97,7%), no terceiro mês de intervenção 210 (100 %) dos pacientes diabéticos receberam orientação em relação à prática regular de atividade física.

Realizamos orientações sobre a prática regular de atividade física nas consultas e visitas domiciliares. Além disso, oferecemos atividades de saúde coletiva sobre este tema e sua relação como fator de risco de doenças cardiovasculares e cerebral principalmente.

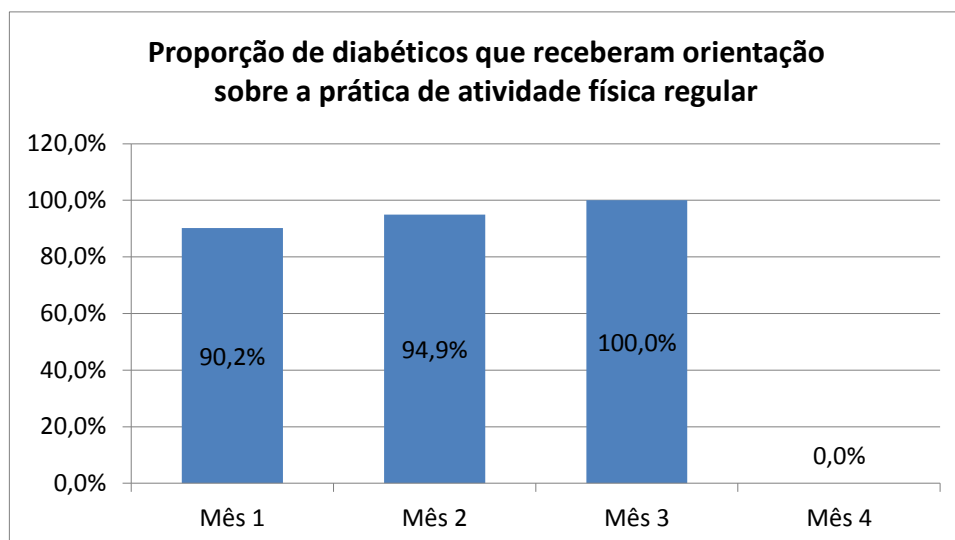


Gráfico 20: Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS Silvino Dantas, Município Caicó. Rio Grande do Norte.

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

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

No primeiro mês 174 (76,3%) dos pacientes hipertensos receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, no segundo mês 341 (86,8%), no terceiro mês de intervenção 623 (100 %) dos pacientes hipertensos receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Para alcançar esta meta a médica e enfermeira nos atendimentos aos pacientes orientaram sobre os riscos do tabagismo, além de monitorar semanalmente a realização de orientação sobre este tema mediante as informações oferecidas pela equipe em atividades realizadas sobre este indicador.

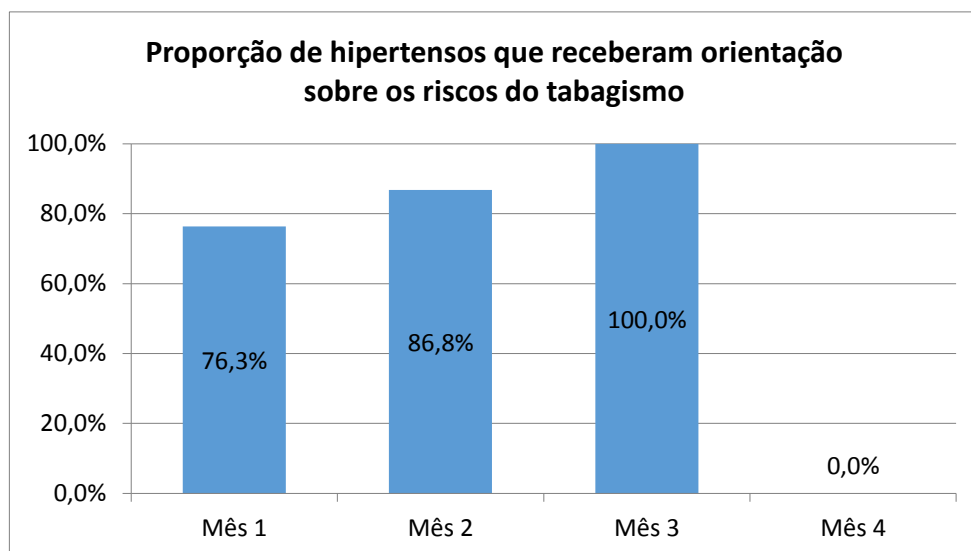


Gráfico 21: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS Silvino Dantas, Município Caicó. Rio Grande do Norte.

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

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

Começamos a intervenção com 77 pacientes que representaram 83,7% dos pacientes, no segundo mês 159 diabéticos (90 %) e no terceiro mês cumprimos a meta com 210 (100 %) dos diabéticos cadastrados com orientações sobre os riscos do tabagismo.

Para o cumprimento desta meta a médica e a enfermeira no atendimento aos usuários nas consultas agendadas orientaram sobre os riscos do tabagismo para o desenvolvimento de diferentes patologias, como fator de risco para doenças respiratórias, câncer de pulmão, laringe entre outros, explicamos que são muito frequentes na população. Além disso, os tabagistas foram orientados sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo pelo SUS.

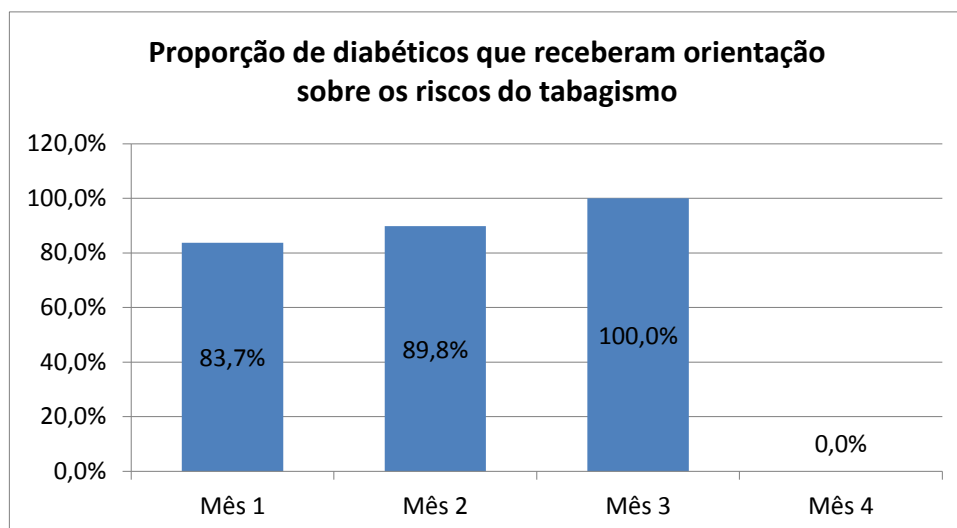


Gráfico 22: Proporção de diabéticos que receberam orientações sobre os riscos do tabagismo na UBS Silvino Dantas, Município Caicó. Rio Grande do Norte.

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

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

Infelizmente não contamos com os serviços de odontologia na unidade, entretanto a Equipe realizou as orientações necessárias sobre higiene bucal. No primeiro mês da intervenção realizamos orientação sobre higiene bucal a 165 pacientes hipertensos (72 %), no segundo mês receberam esta orientação 339 (86,3. %) e no terceiro mês todos os 623 pacientes haviam recebido orientações sobre higiene bucal para a prevenção de doenças como a cárie dentária e o câncer de boca entre outras.



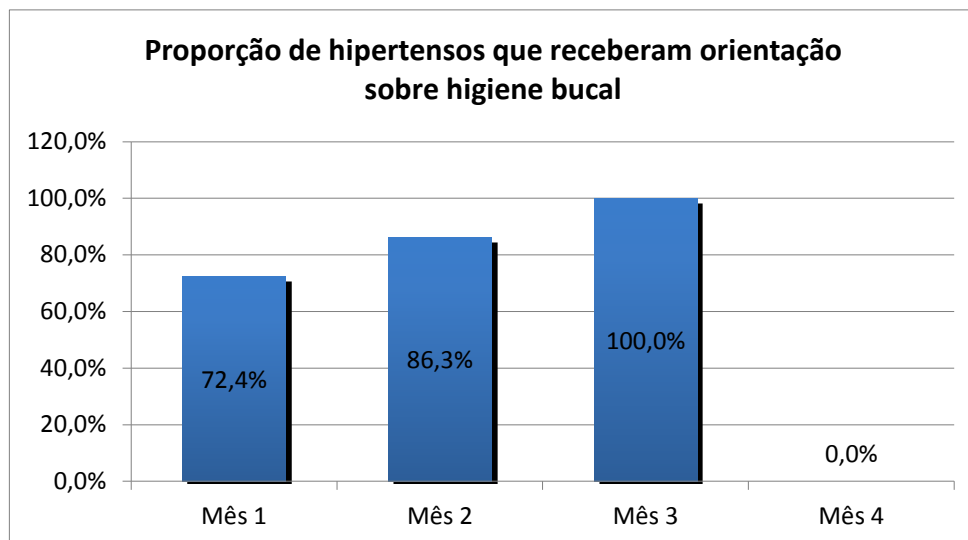


Gráfico 23: Proporção de hipertensos que receberam orientações sobre higiene bucal na UBS Silvino Dantas, Município Caicó. Rio Grande do Norte.

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

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

Em nossa unidade realizamos no primeiro mês orientações sobre higiene bucal para 75 diabéticos (81,5%), no segundo mês alcançamos 158 diabéticos (89,3%), no terceiro mês cumprimos a meta 100% dos pacientes diabéticos haviam recebido orientações sobre higiene bucal.

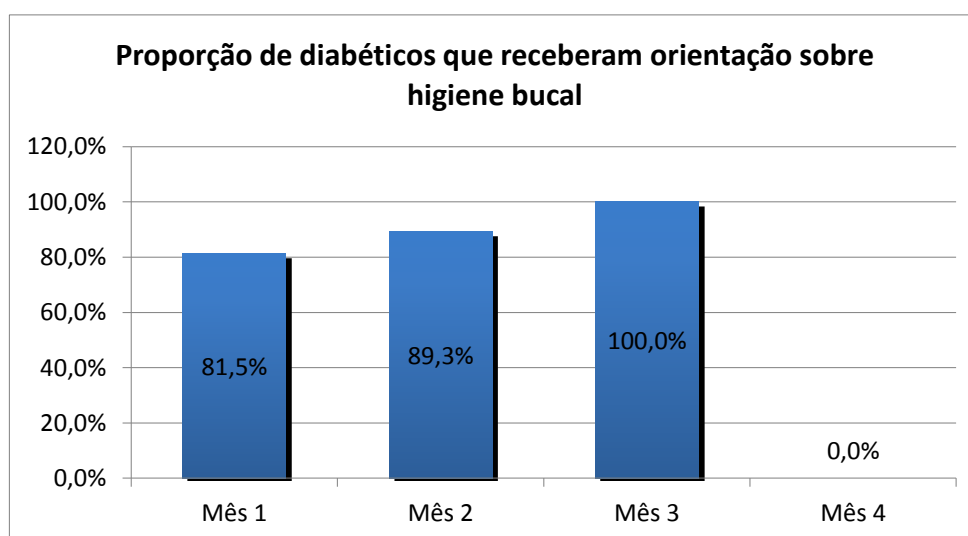


Gráfico 24: Proporção de diabéticos que receberam orientações sobre higiene bucal na UBS Silvino Dantas, Município Caicó. Rio Grande do Norte.

## 4.2 Discussão

A intervenção sobre HIPERDIA na Unidade Básica de Saúde Silvino Dantas do município Caicó, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos com melhoria dos registros, a qualificação da atenção com destaque para a criação do grupo de HIPERDIA com atividades interdisciplinares de promoção e prevenção, assim como identificação dos pacientes de risco.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão Arterial e Diabetes. Além disso, a intervenção melhorou o trabalho em equipe já que exigiu um trabalho integrado de todos a médica, enfermeira, auxiliar de enfermagem e da recepção, ACS. Considero importante mencionar o trabalho desenvolvido pelos ACS os quais realizaram um bom desempenho o que permitiu o êxito da intervenção.

As reuniões da equipe foram muito uteis para a qualificação da prática clínica e para traçar as estratégias para cada uma das ações do cronograma, uma das ações que mais teve apoio neste trabalho foi a busca ativa de pacientes faltosos a consulta e com exames em atraso, a identificação dos pacientes de risco e a capacitação da equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Resumindo, estas ações provocaram um impacto na população pois demonstrou que para nos era muito importante melhorar o estado de saúde deles o que fortaleceu o vínculo do nosso serviço com a população.

Podemos relatar que antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas na médica. Mais nas reuniões da equipe foi organizado um agendamento destes pacientes com a enfermeira que aproveitou os cenários das atividades do grupo e palestras realizadas para desenvolver as ações coletivas.

A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. A melhoria do registro e o agendamento dos pacientes Hipertensos e Diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção a demanda espontânea. A classificação de riscos dos hipertensos e diabéticos tem sido cruciais para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

Considero que ainda temos que ampliar a cobertura para um grupo maior da população, diagnosticando novos casos e ampliando as ações nos grupos através de palestras e realizar ações que envolvam a população que encontra - se passiva frente aos seus problemas de saúde. Conscientizar a população sobre os benefícios que teriam com relação a sua saúde se para a saúde se participassem das ações coletivas desenvolvidas na UBS.

Considero que a intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido mais com a equipe sobre as atividades que vinha desenvolvendo, além disso, faltou uma articulação com a população para explicar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implementar estas mudanças.

Agora que estamos no fim da intervenção, percebo que a equipe está integrada, entusiasmada com os resultados alcançados e comprometida com este projeto, porém, como vamos incorporar a intervenção à rotina do serviço, teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas inicialmente.

Para poder realizar com êxito estas ações e necessário ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização, da atenção dos pacientes hipertensos e diabéticos, em especial os identificados de alto risco.

A falta de algumas informações em nossos registros acabou prejudicando a coleta de alguns indicadores iniciais como, por exemplo, a proporção de diabéticos e hipertensos com exames complementares em dia de acordo a protocolo, assim como a proporção de exame clínico apropriado, identificação dos pacientes de risco, faltou também o preenchimento das orientações nutricionais, da pratica de atividade física regular, avaliação bucal e tabagismo.

A partir do próximo mês pretendemos investir na ampliação dos pacientes hipertensos e diabéticos, atualização dos dados necessários como a realização de exames complementários, realização de exame clinico, avaliação dos pacientes de risco com identificação dos fatores de risco. Continuar realizando ações de promoção e prevenção para alcançar mudanças nos hábitos e estilos de vida da população para melhorar sua qualidade de vida.

Além disso, continuaremos trabalhando com o grupo de Hipertensão para incentivar a equipe e a comunidade, iremos propor metas e objetivos que nos facilite o

acompanhamento adequado e com qualidade aos pacientes diabéticos e hipertensos.

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

O projeto de intervenção sobre hipertensos e diabéticos foi realizada durante 12 semanas na UBS Silvino Dantas do município Caicó no estado Rio Grande do Norte onde os usuários receberam um atendimento qualificado realizando ações de promoção e prevenção para melhorar o estado de saúde da população e mudanças nos hábitos e estilos de vida para evitar complicações que na maioria dos casos deixam sequelas irreversíveis.

Durante a intervenção recebemos apoio da secretaria municipal de saúde com a impressão do projeto e das fichas espelhos para cada paciente diabético e hipertensos.

As primeiras ações realizadas foram as capacitações dos profissionais da unidade de saúde de acordo com os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Estas capacitações foram realizadas pela medica e enfermeira sobre temas importantes como são a melhoria do acolhimento dos pacientes hipertensos e diabéticos na unidade, assim como orientação a comunidade sobre como lograr estilos de vida mais saudáveis, os fatores de risco, prevenção de complicações, medicamentos de Hiperdia entre outras ações.

Os agentes comunitários de saúde foram muito importantes no desenvolvimento deste projeto já que eles cadastraram os pacientes hipertensos e diabéticos, realizaram busca ativa a pacientes faltosos a consulta y com exames laboratoriais em atraso e realizaram ações de promoção e prevenção orientando aos pacientes sobre temas relacionados a suas doenças.

As fichas espelhos foram implantadas na unidade para cada um dos pacientes hipertensos e diabéticos, além de organizar um registro específico para colocar as fichas espelhos destes pacientes.

Os pacientes diabéticos e hipertensos que tiveram participação neste projeto foram avaliados com exame clínico em dia de acordo a protocolo, realizou-se contro-

le a todos os pacientes alcançando a totalidade das mesmas em dia com apoio dos ACS, os usuários da população alvo em sua maioria com prescrição de medicamentos da farmácia popular. Todos os pacientes integrados ao projeto receberam avaliação da estratificação de risco cardiovascular ,orientação nutricional sobre alimentação saudável ,realização de atividade física de forma regular ,orientação sobre higiene bucal como prevenção de câncer bucal e outras doenças ,assim como os riscos do tabagismo As principais dificuldades encontradas foram avaliação de necessidade de atendimento odontológico já que nossa unidade não conta com neste serviço e não tem outras alternativas para este atendimento ,esta situação é conhecida pelos gestores de saúde do município mais por enquanto não tem solução, outra das dificuldades encontradas constituiu a realização de exames complementares que não foi possível realizar a todos os pacientes participantes do projeto já que o número de vagas por dia para a realização de exames não são suficientes para a totalidade da comunidade a pesar das conversas realizadas com os gestores e supervisores de saúde para encontrar uma alternativa de solução a esta problemática que afeita na comunidade. Podemos mencionar também a falta de medicamentos de HIPERDIA na Farmácia Popular, muitas vezes em diversidades e quantidades não suficientes para todos os pacientes com nestas doenças. O tema já foi comunicado e tratado com o supervisores e gestores de saúde que oferecem como alternativa os serviços que brinda uma Farmácia da rede privada que tem convênios com o SUS e os pacientes hipertensos e diabéticos podem adquirir os medicamentos prescritos por nós em essas Farmácias de forma gratuita.

A intervenção começou com 228 pacientes hipertensos no primer mês representando o 29,3% da população, no segundo mês o acompanhamento chegou a 393 pacientes para um 50,4 % de cobertura e no mês terceiro atingimos a meta proposta com 623 pacientes para um 100 %. Com relação aos diabéticos a intervenção iniciou-se com 92 pacientes para um 35,1 %, no segundo mês a cifra ascendeu a 177 pacientes o que representa um 67,6 % da população e no terceiro mês alcançamos a meta com 210 diabéticos que constituem o 100 % dos pacientes cadastrados da área de abrangência.

Para alcançar resultados satisfatórios de nosso projeto precisamos do apoio dos gestores do município, garantindo os princípios da Universalidade e da Integrali-

dade, todas estas ações foram cumpridas sem dificuldades recebendo apoio dos gestores durante toda a intervenção.

Com a realização deste projeto surgiu a ideia de a criação de um grupo de HIPERDIA que começo com a participação dos pacientes hipertensos e diabéticos convidados pelos ACS e que em cada atividade somavam-se um número maior de pacientes com entusiasmo da equipe y da comunidade. Nestas atividades tivemos participação ativa do NASF que realizaram diferentes palestras sobre medicamentos de Hiperdia e alimentação. O grupo tem planejadas diferentes atividades de promoção e prevenção sobre hipertensão e diabetes e ações para conscientizar a importância de manter acompanhamento e controle destas doenças, as complicações e os fatores de risco. Nas salas de espera foram também realizadas palestras sobre este tema para toda a população.

Foi realizada uma atualização do cadastramento de pacientes diabéticos e hipertensos da área com o objetivo de alcançar o acompanhamento de toda a população com estas doenças com a avaliação de estratificação de risco, exame clínico e exames complementares em dia, assim como as demais ações implantadas em nosso projeto.

A priorização de exames laboratoriais para pacientes diabéticos e hipertensos e uma das ações a priorizar pelos gestores de saúde já que constitui uma das dificuldades principal és que apresentamos em nossa unidade, assim como a priorização das referências a especialidades.

Com relação a análise da incorporação das ações previstas no projeto a rotina de serviço foi muito importante já que se organizou o trabalho que veíamos desenvolvimento, constituiu uma forma de avaliar os indicadores da unidade que permitem perceber quais são os pontos fracos e fortes de nosso trabalho e programar ações futuras para melhorar a qualidade dos atendimentos. A equipe recebeu capacitações que foram importantes para o trabalho realizado na unidade, realizaram palestras sobre temas de inteireis para a toda comunidade. À equipe toda trabalha para alcançar mudanças nos estilos de vida da população y melhorar os indicadores que são os que marcam os resultados de nosso trabalho.

Contamos com o apoio da secretaria para que este projeto de intervenção tenha continuidade e realizar as ações propostas e implementar novas ações de saúde que permitam melhorar a saúde da população.

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

Em nossa Unidade de Saúde realizou-se um projeto de intervenção com o objetivo de melhorar a saúde dos pacientes hipertensos e diabéticos, neste projeto participaram 623 pacientes hipertensos e 210 diabéticos. Antes do projeto a número de pacientes hipertensos e diabéticos acompanhados pela UBS era muito baixo. Isso foi um dos motivos que incentivaram na realização deste projeto e pelo fato destas doenças terem serem muito frequentes na população.

Aos inícios do projeto as pessoas que participaram demonstravam que estavam desmotivados, mais com rapidez observaram os resultados positivos de nosso trabalho, os pacientes faltosos as consultas começaram a consultarem de forma mais frequente, e puderam receber as avaliações propostas no nosso projeto.

Uma das atividades realizadas pela equipe para melhorar a saúde destes pacientes foram reuniões da equipe na qual eram avaliados as ações realizadas e o planejamento das ações futuras, em uma destas reuniões surgiu a ideia da criação do grupo Hiperdia onde logo participaram um número importante de pacientes hipertensos e diabéticos que em cada atividade observávamos um maior número de participantes com boa aceitação. Contamos com o apoio do NASF que realizou conjuntamente com nós atividades de promoção e prevenção de saúde.

No final desta fase alcançamos com a intervenção uma melhoria significativa na cobertura no Programa de Hiperdia alcançando o 80 % dos pacientes hipertensos e diabéticos que foi a meta proposta para esta intervenção. A equipe realizou ações importantes que garantiram cuidado integral dos pacientes.

Com nosso projeto foi possível medir os indicadores de qualidade, e muito gratificante observar os resultados satisfatórios de nosso trabalho realizamos exame clínico com estratificação de risco cardiovascular de cada um dos pacientes, assim como orientações de promoção e prevenção destinadas a evitar as complicações destas doenças e suas sequelas.

Os registros de cada paciente melhoraram com a realização deste projeto, os agendamentos estão sendo programados com um acompanhamento adequado pela equipe com a periodicidade adequada para cada caso, foram oferecidas palestras aos integrantes do projeto e seus familiares sobre temas de interesse para estes pacientes e familiares como o estímulo para realizar mudanças nos estilos e hábitos de vida para alcançar um melhor estado de saúde.

Atualmente todas as ações desenvolvidas estão fazendo parte da rotina de nosso trabalho no programa de Hipertensão, dando continuidade à intervenção para realizar o acompanhamento da totalidade dos pacientes hipertensos e diabéticos da área de abrangência.

Foi importante a participação dos agentes de saúde oferecendo informação sobre as ações realizadas na UBS, e sobre o projeto, realizando a busca ativa de pacientes com riscos de hipertensão e diabetes e identificação fatores de risco para estas doenças nas famílias e na comunidade. Contamos com o apoio da comunidade para que esta intervenção seja mantida e que a cada dia que atinja um número maior de pacientes elevando assim a qualidade dos pacientes diabéticos e hipertensos e da comunidade como um todo.



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

Para mim o curso de especialização foi um grande processo de aprendizagem, já que apesar de trabalhar sempre em Atenção Primária de Saúde a experiência em outro país é muito interessante. Com este curso de especialização melhore a qualidade de atenção aos pacientes de minha área de abrangência, pois através deste projeto realizamos diferentes ações de promoção e prevenção de saúde assim como um cronograma de ações para o desenvolvimento delas. Considero que o curso de especialização exigiu de mim uma maior preparação integral, aprofundei meus conhecimentos em saúde da família oferecendo uma atenção de maior qualidade a meus pacientes.

O Ambiente Virtual de Aprendizagem também foi uma experiência nova que me permitiu uma relação com o curso interagindo, colaborando e avançando a partir das diferentes atividades propostas. Em seus começos foi um pouco difícil mais com o desenvolvimento das tarefas e com apoio de minhas orientadoras e o espaço do Dialogo Especializando /Orientador durante todas as unidades de estudo foi facilitando-se o curso.

Durante todo este curso foi muito bom o trabalho em equipe que começo com o projeto onde cada um dos integrantes da equipe teve sua participação importante para o desenvolvimento das ações programáticas. O projeto foi realizado com apoio da equipe juntos identificamos os problemas de saúde que predominam na área, assim como os fatores de risco, planejamos cada uma das ações de saúde de promoção e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis para melhorar o estado de saúde da população, realizando mudanças nos hábitos e estilos de vida dos pacientes hipertensos e diabéticos. Criamos um grupo de HIPERDIA que cada mês realizamos um encontro com pacientes hipertensos e diabéticos oferecendo orientações sobre temas de interesse para todos os participantes, além de atividades de

promoção, prevenção e palestras com apoio do NASF e outros participantes da equipe. Os indicadores de nosso trabalho demonstram que a morbimortalidade de nossa área diminuiu com o atendimento e acompanhamento regular dos pacientes na UBS.

Para mim é um grande prazer formar parte deste grupo de especializandos e compartilhar minhas experiências em saúde familiar, assim aprender das experiências de meus colegas, oferecer serviços de saúde integral com ações que permitam alcançar uma maior qualidade de vida dos pacientes.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus*. Brasília (DF), 2001. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sps/areastecnicas/cnhd/publicacoes/doc/miolo2002.pdf>. Acesso em 30 jul. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos, 2002. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/>. Acesso em: 11 jun.2006.

LOPES H, F. Hipertensão arterial e síndrome metabólica: além da associação. *Rev. Soc. Bras. Card.* v.13, n.1, p. 64-77, 2003.

Lessa I. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa de vigilância. *Cien Saúde Colet.* 2004; 9(4): 931-43.

Brasil. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro. *Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil* 2006; 15(1): 47 - 65.

## **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





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

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

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

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

---

Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

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

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