

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma8**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou  
Diabetes Mellitus na UBS Aurora, Teutônia/RS.**

**Kaliannis Pérez Domínguez**

**Pelotas, 2015**

**Kaliannis Pérez Domínguez**

**Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou  
Diabetes Mellitus na UBS Aurora, Teutônia/RS.**

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

Orientadora: Ana Paula Soares.

Co-orientadores;

Aline Dayrell Ferreira Sales

Fabio de Jesus Santos

Stelita Pachêco Dourado Neta

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

D671m Domínguez, Kaliannis Pérez

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Aurora, Teutônia/Rs. / Kaliannis Pérez Domínguez; Ana Paula Soares, orientador(a); Stelita Pacheco Dourado Neta., coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

96 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. Soares, Ana Paula, orient. II. Neta., Stelita Pacheco Dourado, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Dedico este trabalho a mim mesma, pois somente eu sei as dificuldades que se podem classificar como adversidades, contratempos e sonhos que tive de abdicar para que pudesse concluir minha trajetória neste curso acadêmico.

## **Agradecimentos**

Ao criador de tudo, por sua presença constante em minha vida, e por dar-me força para continuar a batalha, enfrentando as dificuldades que surgiram ao longo do dia a dia.

À minha mãe pelos sacrifícios que fez para que eu chegasse até aqui, pelo apoio e pela dedicação para que eu prosseguisse sem medo nesta tarefa.

A meus irmãos, obrigada pelos bons conselhos, apoio e incentivo constante.

Às minhas colegas do curso, neste ano de trocas e contribuições, pelos momentos alegres e difíceis que compartilhamos juntas.

Aos orientadores Aline Dayrell e Fabio de Jesus, meu respeito e admiração pela sua dedicação e principalmente pela compreensão, paciência e ajuda na elaboração deste meu trabalho.

A todos os profissionais do posto da saúde que de alguma forma participaram positivamente na construção do meu projeto.

## Resumo

**DOMÍNGUEZ, Kaliannis Pérez. Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS ESF 3 Aurora, Teutônia/RS.2015 96f.** 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 Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus são duas doenças muito freqüentes em nossa população e sabemos que se não tratadas adequadamente e com a adesão ao tratamento estabelecido, poderão ocorrer muitas complicações ao indivíduo com diabetes e/ou hipertensão. Nas ações de Atenção Primária em Saúde o principal objetivo do trabalho é a prevenção e promoção de saúde, diminuindo assim, o número de pessoas com doenças crônicas ou agudas. Neste intuito, realizamos uma intervenção num período de 12 semanas na UBS Aurora em Teutônia-RS com o objetivo de melhorar a atenção a saúde dos usuários hipertensos e diabéticos maiores de 20 anos existentes na área de abrangência da UBS. A intervenção teve um projeto que previa a realização de ações em quatro eixos pedagógicos: organização e gestão dos serviços, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação. Os dados foram coletados com ajuda da Planilha de Coleta de Dados e Ficha Espelho fornecidos pelo Curso. A UBS Aurora está situada em área urbana e funciona na estrutura física de um antigo Hospital, adaptado para abrigar os serviços de uma UBS. Atendemos a uma população de 3.359 pessoas. Na fase de Análise Situacional, segundo o Caderno de Ações Programáticas, para a população da área de abrangência da equipe teríamos a estimativa de 2526 pessoas maiores de 20 anos, e dentre elas teríamos 796 pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão e 227 pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes. Na Planilha de Coleta de Dados que trabalhamos durante a intervenção para o monitoramento e avaliação utilizamos esta população estimada pelo Caderno de Ações Programáticas. Durante o período da Intervenção cadastramos e acompanhamos no Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético na UBS, 624 (78,4%) usuários hipertensos e 195 (85,9%) diabéticos da área. Dos 624 hipertensos cadastrados, 567 (90,9%) estão com exame clínico em dia de acordo com o protocolo e dos 195 diabéticos cadastrados estamos com 169 (86,7%) que estão com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo adotado. Dos hipertensos cadastrados 564 (90,4%) e 163 (83,6%) dos diabéticos estão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Em relação à avaliação da necessidade de atendimento odontológico estamos com 227(36,4%) hipertensos e 88 (45,1%) usuários diabéticos cadastrados com avaliação da necessidade de atendimento odontológico realizada. Nas ações de promoção à saúde não nos descuidamos das orientações e atividades de educação em saúde para a comunidade. Todos os cadastrados receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre a prática de atividade física regular, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal. A equipe conseguiu um maior vínculo entre os membros e com a comunidade. Melhoramos o processo de trabalho da equipe e ainda que não conseguimos alcançar a cobertura vemos que é evidente que as ações na atenção ao indivíduo com hipertensão e/ou diabetes da área de abrangência da equipe está mais qualificado.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; saúde da família; hipertensão arterial; diabetes mellitus, doença crônica.

## Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Aurora, Teutônia/RS.2015	66
Figura 2	Gráfico Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Aurora, Teutônia/RS.2015	67
Figura 3	Gráfico Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Aurora, Teutônia/RS.2015	68
Figura 4	Gráfico Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Aurora, Teutônia/RS.2015	69
Figura 5	Gráfico Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Aurora, Teutônia/RS.2015	70
Figura 6	Gráfico Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Aurora, Teutônia/RS.2015	71
Figura 7	Gráfico Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Aurora, Teutônia/RS.2015	72
Figura 8	Gráfico Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Aurora, Teutônia/RS.2015	73
Figura 9	Gráfico Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Aurora, Teutônia/RS.2015	74
Figura 10	Gráfico Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Aurora, Teutônia/RS.2015	75
Figura 11	Gráfico Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Aurora, Teutônia/RS.2015	76
Figura 12	Gráfico Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Aurora, Teutônia/RS.2015	77
Figura 13	Gráfico Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Aurora, Teutônia/RS.2015	78
Figura 14	Gráfico Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Aurora, Teutônia/RS.2015	79
Figura 15	Gráfico Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Aurora, Teutônia/RS.2015	80

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

ACS	Agente comunitário da Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas.
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PCD	Planilha de Coleta de Dados
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## Sumário

Apresentação .....	9
1 Análise Situacional .....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	20
2 Análise Estratégica .....	22
2.1 Justificativa .....	22
2.2 Objetivos e metas .....	23
2.2.1 Objetivo geral .....	23
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	23
2.3 Metodologia .....	25
2.3.1 Detalhamento das ações .....	25
2.3.2 Indicadores .....	50
2.3.3 Logística .....	56
2.3.4 Cronograma .....	60
3 Relatório da Intervenção .....	61
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	61
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	63
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	64
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	64
4 Avaliação da intervenção .....	65
4.1 Resultados .....	65
4.2 Discussão .....	81
5 Relatório da intervenção para gestores .....	86
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	88
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	91
Referências .....	93
Anexos .....	94
Anexo A - Ficha Espelho Programa De Atenção Aos Hipertensos e Diabéticos (Frente e verso) .....	95
Anexo B-Planilha de Coleta de Dados_ Hipertensos E Diabéticos Aba Mês 1 .....	96
Anexo C- Documento do Comitê de Ética .....	97

## **Apresentação**

O presente trabalho apresenta o relatório de trabalho de conclusão do curso da Especialização em Saúde da família, na modalidade à distância proposto pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNASUS), com o desenvolvimento de um projeto de intervenção com o objetivo geral de melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde ESF 3 Aurora em Teutônia/RS.

O curso fora desenvolvido em cinco unidades de estudo e o Trabalho de Conclusão de Curso ora apresentado é o produto final de todo este processo.

O volume está organizado em sete capítulos que demonstram as unidades trabalhadas durante o curso e mostra que foram construídas de maneira independentes entre si, mas seqüenciais e interligadas.

No primeiro capítulo temos a Análise Situacional que mostra a análise crítica acerca do sistema de saúde do município processo de trabalho da equipe, organização do serviço e estrutura da UBS.

No segundo capítulo é apresentado o Projeto da Intervenção.

No terceiro capítulo temos o relatório da intervenção que fora realizada ao longo de 12 semanas mostrando as facilidades e dificuldades surgidas durante a intervenção.

No quarto capítulo temos a avaliação dos resultados da intervenção que descreve a análise qualitativa e quantitativa dos resultados obtidos com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde.

Nos quinto e sexto capítulo são o relatório aos gestores e o relatório para a comunidade.

No sétimo capítulo realizou-se uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Por último, será apresentada a bibliografia, os anexos e apêndices que foram utilizados durante a intervenção.

## **1 Análise Situacional**

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

A UBS onde trabalho é um local antigo, contam para mim os trabalhadores mais velhos que foi antigo hospital deste município. Conta com 2 locais grandes, um que tem mais de 30 anos de construção e outro tem cerca de 15 anos de construção onde fica minha ESF. Sua estrutura arquitetônica é regular porque nunca foi remodelada, além disso, precisa de algumas remodelações. O processo de trabalho é contínuo e integral. Existe uma agenda onde os usuários agendam sua consulta com antecipação e se faz acolhimento para aquelas pessoas que não podemos agendar consulta, mas precisa atenção médica. Existem agentes comunitários que todos os dias fazem visita domiciliar às pessoas pela comunidade, e em reunião de equipe se discutem os casos mais relevantes a serem resolvidos pela semana e se decide que paciente precisa de uma visita domiciliar pela médica e pela enfermagem. Decidimos de 5 a 7 visitas semanais, quase sempre são para mulheres grávidas, idosos, com limitações físicas e motoras, idosos prostrados e acamados assim como outras pessoas que tiveram incapacidade para comparecer à unidade de saúde. Com respeito às condições físicas e de acesso aos usuários sempre que a pessoa pode ir à unidade recebemos, mas se tem alguma dificuldade para ir à unidade de saúde, a visitamos em sua casa. A relação com a comunidade é boa. Por meio dos grupos existentes fazemos interação contínua e conhecemos suas dúvidas e inquietudes. Temos líderes da comunidade, mas não temos uma agenda para reuniões com eles. Sempre que acontece a eles alguma inquietude, eles nos procuram na unidade. Para garantir a integração da comunidade com as atividades da UBS usamos os grupos existentes que são grupos de hipertensão arterial, diabetes, gestantes, adolescentes, fumantes, e alimentação saudável.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

O município onde eu trabalho há 6 meses tem por nome Teutônia, estado Rio Grande do Sul. Este como a maioria dos municípios do Brasil, é organizado na atenção em saúde segundo os princípios do Sistema Único de Saúde(SUS). Conta com uma população de 27.797 habitantes. O sistema de saúde tem 4 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) sendo ESF 1 Raio de luz, ESF2 Morada do sol, ESF 3 Aurora ( onde eu trabalho), e ESF4 Teutônia.

Tem 4 UBS tradicionais ( CAS, Languiru, Alesgut, Boa vista), e uma unidade móvel. Não temos disponibilidade de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), não temos disponibilidade de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Temos um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Contamos com serviço hospitalar no Hospital Ouro Branco. Temos disponibilidade de exames complementares em 3 laboratórios, Teutolab, Ouro branco, e Pinheiro.

A UBS na qual trabalho situa-se na área urbana. O vínculo desta com o Sistema Único de Saúde (SUS) é exclusivo. Não temos vínculo com instituições de ensino. Nosso modelo de atenção é Estratégia de Saúde da Família (ESF). Nossa equipe é composta por 1 médica clinica geral, 1 enfermagem, 3 técnicas em enfermagem e 7 Agentes Comunitárias de Saúde (ACS).

A UBS onde trabalho fica num antigo hospital do município. Logo depois da construção do novo hospital municipal, este local, foi adaptado para o funcionamento como uma UBS. A estrutura física da UBS conta com: consultórios para médicos, enfermeira, sala de vacinas, recepção, almoxarifado, sala de reuniões, farmácia, consultório odontológico, nutricionista, ginecologia, microcirurgia, fonoaudiologia, psiquiatria, psicologia, e copa. É uma estrutura bastante antiga, mas é boa para a acessibilidade de toda população em geral ainda que tenham limitações físicas e motoras.

Em relação à população o perfil demográfico está descrito na tabela 1.

**Tabela 1** : Perfil demográfico da população da área adstrita à UBS Aurora em Teutônia-RS segundo dados de Novembro em 2014.

Idade	Homens	Mulheres	Total
< 1	21	12	33
1-4	89	88	177
5-6	54	34	88
7-9	76	69	145
10-14	118	119	237
15-19	173	151	324
20-39	585	555	1.140
40-49	244	269	513
50-59	188	195	383
>60 anos	133	186	219
Total	1.681	1.678	3.359

**Fonte:**Arquivos estatísticos do ESF Aurora de Novembro em 2014.

Em relação às atribuições das equipes estamos todos conscientes que nosso serviço de saúde é a porta de entrada da rede de atenção, acolhendo aos usuários e nos responsabilizando pela solução efetiva de suas necessidades de saúde. Nossa atenção primária tem como função, procurar resolver a maioria dos problemas de saúde de nossa população, ou encaminhar de forma correta e oportuna as doenças que necessitem atenção secundária.

Fazemos ações de promoção e prevenção à saúde trabalhando em equipe e de forma multidisciplinar, realizando cuidado integral do usuário. Em nossa equipe de trabalho fazemos cadastramento das famílias, pesquisas de doenças assim como fatores de risco que atentem contra uma boa saúde individual e coletiva. Nas visitas domiciliares feitas, fazemos promoção e prevenção da saúde, das doenças crônicas de importante conhecimento para as pessoas, assim como ações educativas individuais e coletivas com respeito a doenças e situações de risco. Em nossa visita nas escolas também fazemos promoção e prevenção como, por exemplo, conversas educativas sobre nutrição saudável, prática adequada de atividades físicas, sobre saúde do meio ambiente. Se os estudantes forem adolescentes, abordamos temas educativos sobre prevenção uso de bebidas alcoólicas, sobre o mau hábito de fumar, sobre a prevenção de drogas e outras substâncias ilícitas, prevenção da violência, sobre educação sexual e como evitar uma gravidez não desejada. Para realizar nossas atividades nos apoiamos muito em toda a equipe de saúde da UBS. As ACS desempenham um papel muito importante, pois são nossos olhos na comunidade, uma vez que elas estão sempre em campo, percorrendo cada casa,

cada bairro, e nos trazem as situações mais preocupantes e levam orientação a população sobre doenças e de nosso trabalho na UBS.

Com todas as vantagens que contamos, na UBS temos algumas limitações, por exemplo, só contamos com um consultório de odontologia e a população é muito grande, e só temos 2 odontólogas, por isso elas só fazem atendimento na UBS e não podem fazer visita nas escolas, mas fazem um agendamento de consulta para estudantes que precisem e dão orientações sobre saúde bucal adequadas.

Outra limitação que temos é que trabalhamos em uma população de 3.559 pessoas, e só contamos com 7 ACS e elas tem mais famílias do que recomendado, mas fazem um bom trabalho. São profissionais muito preocupadas e com muita vontade de trabalhar, com dedicação a seu trabalho que é o que precisamos: pessoas que gostem do trabalho que fazem.

Na UBS o acolhimento é feito pelas técnicas de enfermagem e pela enfermeira. Elas têm uma sala que é somente para fazer o acolhimento todos os dias e nos dois turnos de trabalho que tem a unidade. Contamos com 6 vagas em cada turno de atendimento que são para os usuários que precisam da consulta no momento por apresentar doenças que não podem esperar outro momento e que necessitam da atenção médica e medicação de urgência. Mas temos que ter em conta que o tamanho da população é grande e que somente temos na UBS um pediatra que trabalha três vezes na semana, um ginecologista que trabalha 2 vezes na semana, e 1 médica clínica geral, é por isso que a demanda de usuários é muita, e às vezes não temos como oferecer atendimentos a todas as pessoas que procuram unidade. Às vezes temos que encaminhar alguns usuários para outra UBS que tem mais médicos e para no hospital que temos no município que é para onde são encaminhados os usuários que precisam de atendimento de urgência. Mas sempre a demanda apresentada pela pessoa é acolhida e orientada adequadamente e sempre tem a solução acertada que ele precisa.

Em relação à atenção à saúde da criança, de acordo com as estimativas do Caderno de Ações Programáticas (CAP) teríamos 43 crianças menores de um ano residentes na área de abrangência da UBS, mas nos nossos registros temos 40 (93%) crianças menores de um ano residentes na área e acompanhadas na UBS.

Nos indicadores de qualidade para essa população alvo, das 40 crianças acompanhadas 100% delas estão com consultas em dia conforme o protocolo do

Ministério da Saúde e estas tiveram a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida. Os recém-nascidos que realizaram o Teste do pezinho antes dos sete dias, a triagem auditiva (Teste da orelhinha) e tiveram avaliados o crescimento e desenvolvimento bem como estava com as vacinas em dia. Das 40 acompanhadas apenas 35 (87, %) estavam com avaliação em saúde bucal. Todas as mães das cadastradas receberam orientações sobre aleitamento materno exclusivo e prevenção de acidentes.

Temos uma enfermeira com uma boa experiência em trabalho com crianças e capacitada para fazer controle de puericultura. Temos um médico, especialista em Pediatria que avalia os casos mais difíceis e trabalha na UBS 3 vezes por semana. Faz-se a captação do recém nascido quase sempre aos 5 dias após o parto. São dadas orientações sobre importância de comparecer a consultas, sobre amamentação exclusiva até os 6 meses, a importância que isto tem para o bebê e para a mãe, onde o bebê recebe os primeiros anticorpos para prevenir infecções respiratórias, digestivas e renais, onde recebe a maior quantidade de nutrientes que precisa para seu desenvolvimento e assim a mãe apesar de aumentar a interação afetiva com seu bebe consegue uma pronta recuperação dos órgãos maternos. Logo em cada controle, são dadas orientações com relação à idade do bebê e dúvidas da mãe como, por exemplo, se explica a importância das vacinas, que doenças que estas previnem reações que podem ocorrer após a administração das vacinas. Orienta-se sobre alimentação adequada para cada idade, como começar a incorporação de cada alimento e frequência e quantidade. Orienta-se também sobre cuidados sobre saúde bucal com a primeira dentição. Orientamos a mãe e parentes como estimular o desenvolvimento do bebê, é ali onde também se orienta sobre prevenção de acidentes, muito freqüente nesta etapa, como tomar medidas precisas para reduzir os riscos de acidentes.

Na UBS Aurora toda a equipe conhece a importância da atenção a mulher grávida. Todos conhecemos os protocolos de atendimentos. De acordo com o CAP a estimativa para a área da abrangência da equipe é que tenhamos 53 gestantes, mas temos acompanhadas na UBS 27 gestantes, o que corresponde a 51% de cobertura. Temos destas 27 cadastradas 5 (7,4%) com pré-natal iniciado no 1º trimestre Todas acompanhadas estão com consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde, solicitação na 1ª consulta dos exames laboratoriais preconizados, vacina antitetânica e contra hepatite B conforme

protocolo, tiveram realizado pelo menos 1 exame ginecológico por trimestre e receberam orientações sobre aleitamento exclusivo. Somente 22(81%) tiveram realizado a avaliação em saúde bucal e apenas 1 (3,7%) teve registrado a Prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo.

Todas as gestantes são avaliadas de forma integral, com um controle rigoroso em suas consultas. Cada mulher grávida da UBS tem cerca de 12 consultas com a médica e enfermeira e 2 interconsultas com a ginecologista. Também tem avaliação pela odontóloga. Recebem visitas domiciliar mensal feitas pelas ACS e no caso de intercorrências recebem visita dos outros profissionais da equipe. Recebem orientações sobre higiene pessoal, mudanças fisiológicas no seu corpo, sobre alimentação saudável, são feitos exames laboratoriais e físicos. É feita a vacinação, se esclarecem dúvidas que apresente em todo o período da gravidez. Se for necessário é feita administração de medicamentos em correspondência com seu estado e doença que apresente.

Em nossa UBS se faz um trabalho integral com as gestantes. Uma dificuldade é que odontóloga tem muito trabalho e às vezes não são feitos os controles para as gestantes, mas se procura um horário em sua agenda para o atendimento das gestantes e agora todas som avaliadas por esta especialidade. É difícil que uma gestante seja avaliada no 1 trimestre do gravidez pela odontóloga como recomendado, mas sempre recebem atendimento odontológico no 2º e 3º trimestre de gravidez.

Nas ações de prevenção de câncer de colo de útero, em nosso serviço a principal ferramenta que temos para a prevenção deste câncer é realização do Exame de Papanicolau oferecido a todas as mulheres entre 25a 64 anos. Temos em conta que muitas mulheres têm resistência para fazer este exame. Elas não gostam deste procedimento, tem tabus e preconceitos para buscarem espontaneamente este exame. Como estratégia orientamos sobre como evitar a aparição desta doença, as vacinas contra o vírus papiloma humano, principal agente encontrado nos principais fatores de risco deste câncer, sobre a importância de fazer o Exame de Papanicolau como principal método de prevenção com uma frequência anual por dois anos e si o resultado fora negativo a frequência passaria fazer cada três anos. Orientamos para evitar relações sexuais com múltiplos parceiros sem a utilização de preservativo, não fumar, não ingerir bebidas alcoólicas, consultar a médica se apresentar história de verrugas genitais, levar hábitos de vida saudável, com uma

alimentação adequada e a prática de exercícios físicos. Em casos de exames alterados fazemos um seguimento mais rigoroso com consultas intercaladas com especialista em ginecologia e obstetrícia e com médica em clinica geral.

Segundo o CAP tem uma estimativa para a área de abrangência da UBS de 979 mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área e temos em nossos registro o acompanhamento de 979(100%) mulheres entre 25 e 64 residentes na área acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero, ou seja já acompanhamos todas as mulheres da área de abrangência. Mas, avaliando os indicadores de qualidade vemos que temos muito a melhorar. Nos indicadores de qualidade estamos com 196 (20%) mulheres na faixa etária entre 25 a 64 anos de idade com exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia. Temos 26(2,6%) mulheres com o exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso, considerando as que não realizaram o exame após seis meses da data recomendada de acordo com o critério para exame citopatológico em dia. Não temos registros de mulheres desta faixa etária com exame citopatológico para câncer de colo de útero alterado.

Devemos salientar que temos nos registro 196 (20%) das coletas realizadas estão com amostras consideradas satisfatórias, porém apenas 150 (15,3%) destes exames coletados aparecem com células representativas da junção escamocolumnar. Somente 18(1,8%) mulheres entre 25 e 64acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero tiveram realizados a avaliação de risco para câncer de colo de útero durante a consulta clínica, onde estas mulheres de 25 a 64 anos foram investigadas para a presença de fatores de risco do CA de colo de útero (infecção pelo papiloma vírus humana - HPV, tabagismo, comportamento sexual de risco para CA de colo de útero). Não nos descuidamos das orientações sobre prevenção de CA de colo de útero onde as 979(100 %) foram orientadas quanto a prevenção do CA de colo de útero considerando os fatores de risco acima mencionados. Também as 979(100 %) mulheres entre 25 e 64 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero foram orientadas especificamente quanto à prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).

Com respeito ao câncer de mama apresentam os mesmos tabus e resistência por parte das mulheres, além disso, temos a dificuldade do acesso à mamografia, pois a mesma não é realizada em nosso município, é feita em outro município próximo, o que dificulta o acesso assíduo de nossas mulheres para este

serviço. As estratégias que temos é a orientação sobre conhecer sobre os fatores de risco, sobre como levar uma dieta saudável, uma boa pratica de exercícios, evitando o sobrepeso e a obesidade, não consumir bebidas com álcool e fazer a mamografia com uma freqüência anual. Também orientamos como fazer auto-exame de mama, qualquer data do mês, preferencialmente aos 7 dias após a menstruação para assim conhecer as primeiras alterações apresentadas nas mamas. Este auto-exame de mamas é o controle mais fácil que toda mulher pode fazer para a prevenção do câncer de mama.

Analisando os indicadores do CAP vemos que nas ações para prevenção de câncer de mama temos um número estimado de 367 mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área e estão acompanhadas na UBS e temos registros de acompanhamento de 294(80%) delas. Destas mulheres os indicadores de qualidade demonstram que apenas 52 (17,6%) estão com Mamografia em dia. Não temos registro de mulheres com mamografia com mais de 3 meses em atraso. Temos que 10 (3,4%) Avaliação de risco para câncer de mama e todas as 294 (100%) receberam avaliação de risco para câncer de mama e orientação sobre prevenção do câncer de mama.

Em relação á atenção aos hipertensos o principal objetivo dos trabalhadores da atenção primaria é trocar o modo e estilo de vida da população, orientando uma dieta saudável, prática de exercícios físicos de forma regular, se esta atualizando os prontuários clínicos destes usuários, tanto em consultas como em visitas domiciliar. Cada paciente é avaliado de forma integral, e recebe orientações. Examina-se exaustivamente o sistema nervoso se apresentarem alterações que falem a favor de complicações de sua doença, ainda que às vezes, este exame não pode ser feito coma qualidade que se necessita devido à demanda de usuários na UBS, mas as poucas avaliações que são feitas se fazem com muita qualidade, por exemplo, para examinar o sistema nervoso em pessoas diabéticas, por contar com pouco tempo e a demanda de pessoal por atender é muita, só examinamos mínimo 3 reflexos, principalmente, Rotuliano, Aquilino, sensibilidade superficial e profunda, e outros em correspondência com as características do paciente avaliado. Nossa principal ferramenta é a orientação ao paciente com respeito a doença que apresenta. Fazendo um tratamento adequado, cuidando sua alimentação, levando uma dieta balanceada, hipossódica, rica em frutas e vegetais frescos, diminuindo o consumo de álcool, não fumando, cuidando seu peso corporal, com a pratica de

exercícios físicos de forma regular, assim evitar o sobrepeso e a obesidade, ter uma adequada higiene pessoal, assim como o cuidado dela pele e os membros inferiores.

Na análise do CAP vemos que na área de abrangência da UBS temos uma estimativa de 2.526 pessoas com 20 anos ou mais e desta população seriam estimados que teríamos 796 hipertensos com 20 anos e 227 pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes. Temos, segundo os nossos registros 796 (100%) hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na UBS.

Quanto aos indicadores de qualidade vemos que 796 (100%) hipertensos acompanhados na UBS tiveram a realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, usando o escore de Framingham. Temos 770(96,7%) que estão com os exames complementares periódicos em dia, 23 (2,8%) hipertensos estão com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias. Os 796(100%) hipertensos acompanhados na UBS passaram por orientações sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável e 500(62,1%) dos Hipertensos acompanhados na UBS estão com avaliação de saúde bucal em dia.

Segundo o CAP temos estimados 227 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área da UBS e a equipe acompanha atualmente 100% deles. Analisando os Indicadores de Qualidade vemos que 227 (100%) diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS estão com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, 220 (96,9%) com exames complementares periódicos em dia e com exame físico dos pés nos últimos 3 meses, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses e com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses. Também não nos descuidamos das orientações onde 100% dos diabéticos acompanhados receberam orientações acerca de prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável. Dos 227 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS apenas 120(52,8%) estão com a avaliação em saúde bucal em dia.

Em relação à saúde dos idosos a qualidade da atenção nas consultas por falta do tempo e pessoal, as vezes não prestamos toda atenção necessária as queixas do idoso e fica fraca nossa intervenção, mas quando fazemos visitas domiciliares é com muita qualidade que se orienta aos familiares e usuários, e a

escuta de suas queixas é feita com maior atenção e tranquilidade. Temos alguns pontos vulneráveis onde podemos melhorar como, por exemplo, a saúde bucal, além das orientações sobre passar escova dental após as refeições se pode agendar consultas só para idosos uma vez na semana, para estas pessoas serem atendidas e receberem todas as atenções necessárias. Devemos buscar como estratégia procurar um horário na agenda de odontologia só para agendar pessoas idosas, assim eles serão orientados em correspondência com seu estado dentário. Nestas pessoas são muito freqüentes as doenças nos dentes e produto dos hábitos inadequados, falta de cálcio e outros minerais, muitas vezes precisam restauração, ou operações e por não ficar vagas na agenda levada atualmente. Podemos melhorar o sedentarismo fazendo um convite aos grupos feitos de idosos a médica em fisioterapia para orientar alguns exercícios que o paciente possa fazer em sua casa e assim eles possam fazer atividade física e melhoram sua circulação, sua musculatura e demais. Nos grupos fazemos diversas atividades, não só se fala sobre doenças e fármacos, mas também de atividades manuais artesanais, de como ocupar o tempo livre, ter uma ocupação e não ficar sozinho.

De acordo com os dados do CAP, a estimativa é de 485 idosos com 60 anos ou mais residentes na área e 100% deles estão acompanhados na UBS. Todos eles em a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Temos 160 (33%) idosos com 60 anos ou mais acompanhados na UBS com avaliações multidimensional rápida e os 485 (100%) e com avaliação de risco para morbimortalidade e investigação de indicadores de fragilização na velhice realizados durante as consultas clínicas. Os profissionais de saúde da UBS avaliam a Capacidade Funcional Global do idoso por ocasião do exame clínico e explicam ao idoso ou seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência dos idosos, tais como a HAS, DM e Depressão. Temos os 438 (100%) idosos com acompanhamento em dia. Dos idosos acompanhados temos que 354(73%) são hipertensos e 96 (19,8%) são diabéticos. Todos nossos usuários idosos recebem orientação para hábitos alimentares saudáveis e para atividade física regular. Apenas 80 (16,5%) estão com avaliação de saúde bucal em dia.

O RAS é uma importante ferramenta para que possamos discutir com a equipe e a gestão as melhorias necessárias no processo de trabalho e organização dos serviços para prestarmos melhor atendimento à população. Vimos que já temos mudanças implementadas. As reuniões de equipe eram feitas sem qualidade e

algumas vezes nem eram realizadas. Os grupos de participação comunitária muitas vezes não foram feitos por falta de profissionais que se dispusessem a fazer as palestras. Nestes momentos fizemos algumas mudanças, as reuniões de equipe são feitas todas as semanas e adequamos a forma de organizarmos as visitas do médico e da enfermeira detectados por eles. Nos grupos que temos feitos, temos desenvolvido como estratégia cada tema para tratar é orientado por um profissionais diferente que desenvolvido o tema anterior. É essa pessoa a encarregada de fazer a atividade com uma dinâmica participativa. No que diz respeito às consultas clínicas na UBS buscamos adequar a agenda para atendermos cada grupo em um dia específico, como por exemplo, todas as quartas-feiras atendemos às gestantes. Não nos descuidamos dos atendimentos às demandas espontâneas. Com estas pequenas mudanças a população se sente melhor atendida, os atendimentos aumentaram, as gestantes assistem regularmente para suas consultas programadas, e nos grupos feitos contamos com a presença de mais participantes e são mais dinâmicos onde os participantes interagem mais. Ainda fica muito trabalho por fazer, muitas outras ações por desenvolver, mas temos vontade para sua realização e o melhor resultado que temos é o agradecimento do povo, eles aprendem conosco e nós aprendemos com eles. É uma constante troca de informações e conhecimento. É uma experiência muito boa para todos e se desfruta o trabalho de toda a equipe.

Temos ainda como desafio mudar a forma de seguimento de algumas doenças crônicas, interagir mais com a população principalmente realizando mais visitas domiciliares de forma a fazer mais visitas nas comunidades onde moram as pessoas mais necessitadas e onde às vezes nunca foram consultadas por um profissional médico.

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

Após realizar a análise do texto inicial sobre a situação da Atenção Primária na UBS comparando com o Relatório da Análise Situacional vimos que a nossa visão a partir do preenchimento dos questionários disponibilizados pela Universidade Federal de Pelotas( UFPEL) e leitura de alguns protocolos da Atenção Básica ficou mais ampliada. O Texto inicial trouxera um diagnóstico mais subjetivo a na Análise

Situacional realizamos um diagnóstico onde pudemos observar como sistematizando o trabalho e realizando ações programadas conseguiríamos atingir melhores resultados e facilitando o nosso desempenho. Depois de feita a análise situacional, concluímos que temos muito a fazer para melhorar.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são importantes fatores de risco das doenças cardiovasculares. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010, apud BRASIL, 2013 a p. 19). A Hipertensão Arterial Sistêmica é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. O Diabetes Mellitus (DM), que é muito prevalente em todo o mundo. De acordo com Alfradique (2009 apud BRASIL, 2013 b, p. 19) o Diabetes Mellitus é “um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares”. Segundo Brasil, (2013 b. p.19), “as complicações agudas e crônicas do diabetes causam alta morbi-mortalidade, acarretando altos custos para os sistemas de saúde”.

A UBS Aurora está situada em área urbana e funciona na estrutura física de um antigo Hospital, adaptado para abrigar os serviços de uma UBS. A estrutura física da UBS conta com: consultórios para médicos, enfermeira, sala de vacinas, recepção, almoxarifado, sala de reuniões, farmácia, consultório odontológico, nutricionista, ginecologia, microcirurgia, fonoaudiologia, psiquiatria, psicologia, e copa. É uma estrutura bastante antiga, mas é boa para a acessibilidade de toda população em geral e ainda que tenham limitações físicas e motoras. A equipe está composta por: 7 ACS, 3 Técnicas de enfermagem, 1 enfermeira, e 1 médica clínico geral.

Nossa população é de 3359 pessoas, onde temos pessoas trabalhadoras em fábricas, agricultura e pessoas de escassos recursos. Na análise do CAP vemos que na área de abrangência da UBS temos uma estimativa de 2.526 pessoas com 20 anos ou mais e desta população seriam estimados que teríamos 796 hipertensos com 20 anos e 227 pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes. Temos, segundo os nossos registros 796 (100%) hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na UBS. Estas doenças afetam um grande numero de pessoas e sabemos que na nossa área ainda temos pessoas com estas doenças que ainda não foram localizadas e não fazem acompanhamentos em nossa UBS.

Analisando os indicadores de qualidade vemos que temos muito a melhorar então avaliando o desenvolvimento da ação de Atenção ao Hipertenso e Diabético na UBS, a equipe constatou que o atendimento ora disponibilizado, precisa ser melhorado e definimos essa ação programática como prioridade, principalmente consideramos a relevância e magnitude e a capacidade para qualificar o atendimento ao hipertenso e diabético na UBS.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Aurora, em Teutônia, Rio Grande do Sul.

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

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

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

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

**Objetivo 2** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou 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 de farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

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

**Meta 3.1** Buscar 100% do hipertenso faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Meta 3.2** Buscar 100% do diabético faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

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

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

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

**Meta 5.2** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários 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 a prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

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

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas, mas por ajustes acadêmicos e as intervenções das férias de vários colegas foi necessário fazer mais curto nosso período de intervenção e desenvolvê-lo num período de 12 semanas, desde o mês de Dezembro 2014 até Fevereiro 2015, na UBS Aurora, no Município Teutônia/RS. O público alvo desta intervenção serão os adultos maiores de 20 anos de idade portadores de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

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

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

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

**No eixo de Monitoramento e Avaliação:**

**Ação:**

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

**Detalhamento:**

O monitoramento do número de pessoas com hipertensão e diabetes cadastrados no programa será acompanhado semanalmente com a verificação dos registros nos prontuários Clínicos, conferências da Ficha espelho e, sobretudo mensalmente, através do preenchimento da Planilha de Coleta de Dados (PCD), fornecida pelo curso. Os resultados serão discutidos nas reuniões de equipe. Os responsáveis pelo monitoramento serão a médica e enfermeira da equipe.

É importante fazer um exaustivo trabalho nas visitas domiciliares pelas ACS para buscarmos os hipertensos e diabéticos que ainda não estejam cadastradas na UBS.

**No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:**

**Ações:**

- Garantir o registro de pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e/ou Diabetes Mellitus.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na UBS.
- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na UBS.

**Detalhamento:**

Para garantir o registro de pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas no Programa vamos trabalhar com as fichas-espelhos que foram fornecidas pelo curso e com o registro no prontuário clínico. A ficha-espelho será preenchida para cada usuário nas consultas clínicas realizadas pela médica e pela enfermeira da equipe desde a consulta inicial de cadastro e para as demais consultas de acompanhamento.

Buscaremos organizar um arquivo específico para os usuários hipertensos e diabéticos para facilitar a busca da equipe ao prontuário e Ficha Espelho.

Para melhorar o acolhimento faremos capacitação de toda a equipe bem como organizaremos o fluxograma e processo de trabalho da equipe onde os usuários que busquem a unidade por demanda espontânea ou atividades agendadas ou da rotina da unidade (vacina, curativo por exemplo) sejam recebidos e devidamente direcionados.

Buscaremos realizar aferição da Pressão Arterial (PA) de todas as pessoas maiores de 20 anos que vierem à UBS para consulta clínica ou não. Os responsáveis pela aferição serão as técnicas de enfermagem.

Solicitaremos através de ofício endereçado ao gestor os equipamentos necessários para aferição da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e glicosímetro e fitas para a realização do Hemoglicoteste (HGT) em quantidade suficiente.

A enfermeira ficará responsável de monitorar a qualidade e quantidade dos insumos e equipamentos necessários, revisando-os semanalmente.

**No Eixo de Engajamento Público:****Ações:**

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

**Detalhamento:**

A orientação da população sobre o programa sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus na UBS será feita boca a boca pelos ACS nas visitas domiciliares e também serão divulgados nos diversos setores sociais da área de abrangência da UBS (igreja, escolas, associações, dentre outros que fizerem parte da área de abrangência da UBS. Também convocaremos às lideranças comunitárias para nos auxiliarem nesta tarefa.

Realizaremos orientação à comunidade sobre a importância de aferir a PA a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente e do rastreamento da DM e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes através de ações educativas mediante atividades de grupos, palestras, mural informativo na própria UBS e na comunidade.

**No eixo de Qualificação da Prática Clínica:****Ações:**

- Capacitar os ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS.
- Capacitar a equipe da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

**Detalhamento:**

A médica ou a enfermeira da equipe irão capacitar o ACS para a revisão dos dados do SIAB acerca da população da área adstrita à UBS e principalmente no levantamento de dados dos Hipertensos e /ou Diabéticos que ainda não estejam cadastrados na UBS.

A médica ou a enfermeira farão a capacitação da equipe para aferição da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Nisto discutiremos principalmente o que está descrito na página 30 do Caderno número 37

do Departamento de Atenção Básica \_Estratégia para o Cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial, publicado em 2013 (protocolo adotado).

Para a capacitação da realização do HGT enfatizaremos que a realização do mesmo será para os adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou fatores de risco ou sinais clínicos de hipoglicemia ou hiperglicemia. Atentaremos para as orientações da página 27 ( Tabela 1 – Critérios para o rastreamento do DM em adultos assintomáticos) do Caderno número 36 do Departamento de Atenção Básica \_Estratégia para o Cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus, publicado em 2013 (protocolo adotado).

As reuniões de capacitação serão realizadas nas duas primeiras semanas da intervenção e quando se fizer necessário, ao longo da intervenção. As reuniões serão de leitura, discussão e realização de oficinas prática e encenação de atendimentos. A própria equipe irá planejar a capacitação, porém será buscado apoio quando o assunto não for de domínio de nenhum profissional da equipe.

### **Objetivo:2-Melhorar a qualidades de atenção a hipertensos e diabéticos**

**Meta 2.1.** Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

**Meta 2.2.** Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

### **No eixo de Monitoramento e Avaliação:**

#### **Ações:**

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes.

#### **Detalhamento:**

Para monitorarmos a realização do exame clínico apropriado aos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados durante a intervenção, faremos a cada atendimento, a avaliação do Prontuário clínico e da ficha espelho se isto fora realizado. Discutiremos o que nos orienta o Capítulo 2 dos Protocolos adotados (Caderno 36 e Caderno 37 adotado) no que diz acerca do exame clínico apropriado realizado pelo Enfermeiro e pelo Médico .

Os resultados serão discutidos nas reuniões de equipe que ocorrerão semanalmente.

**No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:**

**Ações:**

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na UBS.

**Detalhamento:**

Definiremos, a partir da capacitação dos profissionais da equipe acerca das atribuições de cada membro da equipe no exame clínico apropriado de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Realizaremos as capacitações nas duas primeiras semanas da intervenção e sempre que se fizer necessário.

Solicitaremos à gestão pelo menos 1 cópia impressa dos protocolos adotados para consulta da equipe.

Estaremos sempre guiados pelos protocolos adotados.

**No eixo de Engajamento Público:**

**Ações:**

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

**Detalhamento:**

Através de atividades educativas realizadas no âmbito da UBS ou na comunidade e durante as consultas clínicas, a médica e enfermeira orientarão sobre riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do diabetes e a importância da realização dos exames complementares para o melhor acompanhamento da saúde das pessoas com HAS e DM.

**No eixo de Qualificação da Prática Clínica:**

**Ações:**

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

**Detalhamento:**

Na primeira semana de intervenção a médica e enfermeira apresentarão aos demais membros da equipe o que diz o protocolo sobre a realização apropriada do exame clínico de competência de cada profissional.

**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.

**No eixo de Monitoramento e Avaliação:**

**Ações:**

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

**Detalhamento:**

Para monitorarmos os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado, diariamente através dos atendimentos clínicos com a verificação dos registros nos prontuários Clínicos, e da Ficha espelho e avaliaremos se está ou não registrado a solicitação dos exames. Este monitoramento deverá ser realizado pela médica e enfermeira durante a consulta clínica.

Neste monitoramento será realizado um sistema de alerta que permita identificar os que não tenham os resultados dos exames realizados e avaliados. Os resultados serão discutidos nas reuniões de equipe que ocorrerão semanalmente.

**No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:**

**Ações:**

- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

**Detalhamento:**

Na primeira semana de intervenção, quando discutirmos acerca das atribuições de cada profissional, definiremos que a solicitação dos exames complementares será realizada pela médica e/ou enfermeira durante o exame clínico. Apesar da solicitação de exames ser de responsabilidade destes dois profissionais discutiremos com toda a equipe acerca da necessidade da realização dos exames e quais exames são preconizados pelos protocolos adotados. Nas consultas clínicas os profissionais deverão sempre ter o cuidado de verificar se os exames complementares estão em dia. Se for a primeira consulta solicitar que o usuário os realize.

Buscaremos junto ao gestor garantir uma organização dos serviços de forma que consigamos os materiais necessários para a realização dos exames (testes rápidos) na UBS e facilitar o acesso dos usuários nos serviços laboratoriais e de apoio de diagnóstico do município ou nos municípios de referência (quando detectada a necessidade de realização de exames de maior mais complexidade).

Pediremos para ele também que nos garanta agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Estabeleceremos um sistema de alerta para os exames complementares preconizados de forma que para aqueles usuários com atraso nos exames seja feito um registro na ficha Espelho com um adesivo na cor amarela para aquele com exame atrasado e na cor vermelha naquele que ainda não realizou nenhum exame complementar solicitado.

**No eixo de Engajamento Público:****Ações:**

- Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

**Detalhamento:**

A médica e a enfermeira em atividades educativas na UBS e na comunidade e durante as consultas clínicas orientarão sobre os tipos de exames, periodicidade para a realização dos exames e sua importância para prevenir possíveis complicações.

**No eixo de Qualificação da Prática Clínica:****Ações:**

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

**Detalhamento:**

Esta capacitação será realizada pela médica e enfermeira da equipe para os demais membros da equipe, nas duas primeiras semanas da intervenção discutindo acerca dos exames preconizados pelos Protocolos adotados.

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

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

**No eixo de Monitoramento e Avaliação:****Ações:**

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

**Detalhamento:**

Sempre que o usuário chegar para as consultas clínicas, a médica e enfermeira perguntarão sobre o uso regular das medicações prescritas e sobre o

acesso dos mesmos aos medicamentos da Farmácia da UBS. Isto será registrado na Ficha Espelho.

**No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:**

**Ações:**

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Detalhamento:**

A cada quinze dias será realizado pelas Técnicas de Enfermagem e/ou enfermeira e responsável pela Farmácia o controle de estoque (incluindo validade) de medicamento.

Teremos um caderno de registro com dados de entrada, saída e data de validade para um melhor controle.

Buscaremos junto à gestão garantir quantidade suficiente em estoque de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia para garantir o acesso dos usuários aos mesmos para que não tenhamos falhas no uso da medicação prescrita.

**No eixo de Engajamento Público:**

**Ações:**

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

**Detalhamento:**

Após as consultas sempre orientar aos usuários para que recorram à Farmácia Popular /Hiperdia na própria UBS para pegar os medicamentos.

Quando nas consultas surgir a necessidade de prescrever um medicamento que a Farmácia não tiver, deveremos sinalizar ao gestor a necessidade de adquiri-lo ou orientar ao usuário a possibilidade de encontrá-lo na Farmácia Popular a menor custo.

**No eixo de Qualificação da Prática Clínica:**

**Ações:**

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

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

**Detalhamento:**

A médica que é a prescritora de medicamentos deverá buscar atualizar-se através da lista RENAME mais atual sobre as medicações utilizadas para tratamento da hipertensão e Diabetes.

A médica e enfermeira capacitarão aos demais membros e responsável pela Farmácia da UBS para se caso os medicamentos prescritos não forem encontrados na própria UBS, orientar aos usuários para recorrer às Farmácias Populares que fornecem medicamentos a baixo custo.

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

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

**No eixo de Monitoramento e Avaliação:**

**Ações:**

- Monitorar os hipertensos e/ou diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

**Detalhamento:**

A ficha espelho não prevê a coleta de informações sobre a necessidade de atendimento odontológico, por isso para poder coletar dados necessários ao monitoramento a médica e a enfermeira vão anotar estes dados na Ficha Espelho a cada consulta clinica de cadastramento e nas consultas de acompanhamento, para aqueles diagnosticados com necessidade de avaliação odontológica, registrar se foram ou não atendidos em consulta com o odontólogo.

**No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:**

**Ações:**

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e/ou Diabéticos;

- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e/ou Diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Detalhamento:**

Buscaremos dialogar com a gestão para traçarmos estratégias que viabilizem o acesso dos usuários ao serviço de odontologia em especial para aqueles que apresentam maior vulnerabilidade para as doenças bucais.

A cada consulta clínica a médica e a enfermeira quando diante da anamnese e exame físico detectarem problemas bucais nos usuários encaminhá-lo-ão ao odontólogo para avaliação e estabelecimento de plano de tratamento adequado à situação.

**No eixo de Engajamento Público:**

**Ações:**

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

**Detalhamento:**

Durante as atividades de educação em saúde e nas consultas clínicas e nas atividades com os grupos de hipertensos e diabéticos ou outros espaços comunitários orientaremos acerca da importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes. Estas atividades serão realizadas por todos os profissionais da equipe.

**No eixo de Qualificação da Prática Clínica:**

**Ações:**

- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

**Detalhamento:**

Capacitaremos a equipe sobre as doenças odontológicas que precisam atendimento. Esta capacitação será realizada por um profissional odontólogo que solicitaremos junto à gestão para esta atividade.

Incentivaremos a equipe para o encaminhamento para a realização de primeira consulta odontológica programática para este público alvo.

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

**Meta 3.1** Buscar 100% do hipertenso faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Meta 3.2** Buscar 100% do diabético faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**No eixo de Monitoramento e Avaliação:**

**Ações:**

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

**Detalhamento:**

NA Ficha espelho teremos a data da última consulta feita e a próxima consulta para fazer, assim será mais fácil monitorar a periodicidade das consultas para cada hipertenso e/ou diabético cadastrado.

O Monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) será feito pela médica e/ou enfermeira da equipe semanalmente através da revisão da ficha espelho e junto com o livro de registro desses usuários.

**No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:**

**Ações:**

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

**Detalhamento:**

Semanalmente, a enfermeira e os técnicos em enfermagem juntamente com a médica farão um relatório dos usuários faltosos buscando a Ficha Espelho ou livro de registro para controle de consultas agendadas e que os usuários não compareceram. OACS de cada microrregião irá buscar os faltosos e orientá-los para retornar à UBS e realizar os acompanhamentos. Se mesmo assim o usuário não

retornar à UBS, toda a equipe de saúde (médica, ACS, enfermeira e técnicos em enfermagem) em visitas domiciliares buscarão orientar e convencer aos usuários para recorrer à UBS para atualizar as consultas e manter sempre as mesmas em dia.

Será organizada a agenda para que permita acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares, isso programado durante reunião de equipe com todos os membros.

### **No eixo de Engajamento Público:**

#### **Ações:**

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e/ou diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de hipertensão e/ou diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

#### **Detalhamento:**

Durante os atendimentos diários na UBS, antes de iniciar os atendimentos a equipe realizará uma atividade de “Sala de Espera” onde trará para as pessoas presentes a importância do acompanhamento regular do hipertenso e diabético com a equipe e falar sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. A cada semana designaremos um profissional da equipe para realizar a atividade “Sala de Espera”. Nas reuniões com os líderes comunitários e de grupos buscaremos incentivar aos presentes para falar sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com hipertensão e/ou diabetes (se houver número excessivo de faltoso).

### **No eixo de Qualificação da Prática Clínica:**

#### **Ações:**

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

#### **Detalhamento:**

A médica e/ou enfermeira, capacitarão aos ACS para que sempre que realizar as visitas domiciliares pedir a caderneta dos portadores de HAS e DM para

verificar as datas das consultas marcadas e estar sempre orientando-os para não faltarem à consulta previamente agendada.

**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.

**No eixo de Monitoramento e Avaliação:**

**Ações:**

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

**Detalhamento:**

Fazer um controle a forma de cadastro em o posto para ter todos os usuários que são acompanhados pela unidade de saúde, assim facilita o trabalho pra fazer em procurar usuários faltosos ou não cadastrados na área.

**No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:**

**Ações:**

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar a ficha de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

**Detalhamento:**

Os ACS terão a responsabilidade de manter as informações do SIAB/e-SUS atualizadas, mensalmente na atualização e coleta de dados nas visitas domiciliares. Também mensalmente, repassaremos para o setor de Informática da Secretária Municipal de Saúde as informações para atualização do SIAB/ e-SUS.

A Ficha de acompanhamento que utilizaremos para atualizar os dados durante a consulta clínica será a Ficha Espelho (Anexo B) que adotaremos.

Será realizado pelo grupo de monitoramento, por meio do acompanhamento da ficha espelho e planilha de coleta de dados e discutidos em reunião de equipe semanalmente.

Criaremos 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 para isto vamos afixar adesivos de cores diferentes nas Fichas espelho de forma que a equipe possa identificar de acordo com as cores adotadas, aqueles usuários que tem pendências no acompanhamento.

#### **No eixo de Engajamento Público:**

##### **Ações:**

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

##### **Detalhamento:**

Todos os integrantes da equipe, através de palestras e diálogos na própria consulta, orientarão às pessoas com hipertensão ou diabetes e a comunidade sobre o direito de cada usuário em relação à manutenção de seus registros de saúde e conscientizá-los de que esses registros estão na ficha de acompanhamento e sempre que precisarem pode está solicitando na recepção, pois os mesmos estão disponíveis e o acesso a eles não pode ser negado.

#### **No eixo de Qualificação da Prática Clínica:**

##### **Ações:**

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e/ou diabético.

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

**Detalhamento:**

A médica e/ou enfermeira da equipe vão capacitar aos técnicos em enfermagem e recepcionista para o registro adequado das informações de identificação do usuário na Ficha espelho (nome, endereço, entre outras informações).

A médica e enfermeira se capacitarão para o registro adequado das informações quanto aos procedimentos clínicos realizados em todas as consultas.

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

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

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

**No eixo de Monitoramento e Avaliação:****Ações:**

- Monitorar o número de usuários hipertensos e/ou diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

**Detalhamento:**

O monitoramento da estratificação do risco cardiovascular em diabéticos e/ou hipertensos será revisado pela médica e enfermeira que a cada consulta verificará na ficha espelho para verificar se o usuário já fez pelo menos uma vez a estratificação de risco por ano. Estas informações deverão estar registradas na ficha espelho para facilitar o monitoramento.

**No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:****Ações:**

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

**Detalhamento:**

Organizaremos na agenda do médico e enfermeira horários para atendimento de pessoas hipertensas e/ou diabéticas diagnosticadas como de alto risco durante a avaliação do escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Estas pessoas terão um acompanhamento mais regular de acordo com a adesão ou não ao tratamento estabelecido.

### **No eixo de Engajamento Público:**

#### **Ações:**

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

#### **Detalhamento:**

Buscaremos esclarecer às pessoas com hipertensão e/ ou diabetes e à comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Durante as consultas clínicas, orientaremos as pessoas com hipertensão e/ou diabetes sobre o seu nível de risco da doença e sobre a importância do acompanhamento regular das consultas.

Isso é responsabilidade de todos os integrantes da equipe e buscaremos também os líderes da comunidade para nos auxiliar nas atividades de educação em saúde.

### **No eixo de Qualificação da Prática Clínica:**

#### **Ações:**

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação do pés.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

#### **Detalhamento:**

A médica e/ou enfermeira da equipe, na primeira semana de intervenção ,discutirão e estudarão o Protocolo adotado para a realização da estratificação de risco de acordo com o escore de Framingham ou lesões em órgãos alvo.Também

estabelecerão um Fluxo para que não deixem de registrar todas as informações na ficha espelho e prontuários. Esta Ficha deverá ser alimentada a cada consulta de cadastra-o e acompanhamento do usuário.

Na capacitação com toda a equipe será apresentado aos demais as estratégias utilizadas para estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e sobre estratégias para o controle dos fatores de risco modificáveis. Esta capacitação será realizado pela médica.

**.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.

**No eixo de Monitoramento e Avaliação:**

**Ações:**

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e/ou diabéticos.

**Detalhamento:**

A médica e/ou enfermeira, semanalmente, verificar na ficha espelho e procurar saber através de diálogos os usuários hipertensos e diabéticos, durante o atendimento clínico se estes receberam orientações nutricionais sobre alimentação saudável durante as consultas clínicas ou se participaram de alguma atividade coletiva sobre este tema. Estas informações deverão estar registradas na ficha espelho para facilitar o monitoramento.

**No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:**

**Ações:**

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

**Detalhamento:**

A equipe se organizará para realizar atividades coletivas sobre o tema “alimentação saudável”. Convidaremos os usuários hipertensos e diabéticos e/ou acompanhante e familiares para receber orientações da nutricionista de como se

alimentar de forma saudável utilizando os alimentos, frutas, legumes e verduras da região, realizando a preparação de pratos típicos, que sejam saudáveis e recomendáveis para hipertensos e diabéticos.

Organizar-nos-emos para realizarmos estas atividades pelo menos mensalmente em alguns lugares da comunidade como igrejas, escolas ou associações ou onde se desenvolvem as atividades de grupo da nossa UBS.

A médica e/ou enfermeira da equipe buscarão junto ao gestor estratégias para conseguir parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

### **No eixo de Engajamento Público:**

#### **Ações:**

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

#### **Detalhamento:**

Organizaremos atividades de educação em saúde para os usuários hipertensos e diabéticos e/ou acompanhante e familiares para receber orientações nutricionais de como se alimentar de forma saudável utilizando os alimentos, frutas, legumes e verduras da região, realizando a preparação de pratos típicos, que sejam saudáveis e recomendáveis para hipertensos e diabéticos.

Estas ações educativas serão realizadas através de atividades de grupos, palestras, mural informativo na própria UBS e na comunidade. Nas ações na comunidade, organizar-nos-emos para realizarmos estas atividades pelo menos mensalmente onde se desenvolvem as atividades de grupo da nossa UBS e/ou na comunidade.

Isso é responsabilidade de todos os integrantes da equipe e buscaremos também os líderes da comunidade para nos auxiliar nas atividades de educação em saúde.

### **No eixo de Qualificação da Prática Clínica:**

#### **Ações:**

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

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

**Detalhamento:**

A médica e/ou enfermeira irão capacitar a equipe para orientar as pessoas diabéticas e hipertensas nas visitas sobre como se alimentar bem de forma saudável e também para que desenvolvam hábitos de alimentação saudável e disseminam para familiares, amigos e toda a comunidade.

No que tange as metodologias que utilizaremos para as atividades de educação em saúde buscaremos organizar previamente com a equipe se atividade educativa a ser realizada na UBS e na comunidade e estas poderão ser realizadas por meio de palestras, rodas de conversa, sala de espera ou dinâmicas de grupo ou outras sugestões que surgirem durante a organização da logística da atividade.

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

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

**No eixo de Monitoramento e Avaliação:****Ações:**

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

**Detalhamento:**

Verificar na ficha espelho e procurar saber através de diálogos os usuários hipertensos e diabéticos estão recebendo orientações durante as consultas sobre a importância prática regular de atividade física. Estas informações deverão estar registradas na ficha espelho para facilitar o monitoramento.

**No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:****Ações:**

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

**Detalhamento:**

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física e demandaremos junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade. Incentivaremos a criação de grupo de caminhada e/ou de atividades físicas pelo menos quinzenalmente.

**No eixo de Engajamento Público:**

**Ações:**

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

**Detalhamento:**

No decorrer das consultas clínicas e através de ações educativas, atividades de grupos, palestras, mural informativo na própria UBS e na comunidade buscaremos promover orientações sobre prática de atividade física regular para toda a comunidade, especialmente para os hipertensos e diabéticos.

**No eixo de Qualificação da Prática Clínica:**

**Ações:**

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

**Detalhamento:**

Organizaremos junto à gestão a disponibilidade de um educador físico ou fisioterapeuta para orientar equipe para orientarmos à comunidade sobre a importância da prática regular de atividade física e dicas de como fazê-las de forma adequada respeitando horários, entre outros.

No que tange as metodologias que utilizaremos para as atividades de educação em saúde buscaremos organizar previamente com a equipe se atividade educativa a ser realizada na UBS e na comunidade e estas poderão ser realizadas por meio de palestras, rodas de conversa, sala de espera ou dinâmicas de grupo ou outras sugestões que surgirem durante a organização da logística da atividade.

**Meta 6.5** Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos

usuários hipertensos.

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

**No eixo de Monitoramento e Avaliação:**

**Ações:**

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

**Detalhamento:**

A cada consulta a médica e a enfermeira irão verificar na ficha espelho e procurar saber através de diálogos os usuários hipertensos e diabéticos estão recebendo orientações durante as consultas sobre a importância dos riscos sobre o tabagismo. Estas informações deverão estar registradas na ficha espelho para facilitar o monitoramento.

**No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:**

**Ações:**

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

**Detalhamento:**

Através de uma reunião ou diálogo/conversa procurar saber do gestor se a Secretaria de Saúde já aderiu ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde. Se a resposta for não, informar sobre o programa e conscientizá-lo da importância da adesão para um melhor controle dos riscos de saúde aos usuários com hipertensão e diabetes.

**No eixo de Engajamento Público:**

**Ações:**

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

**Detalhamento:**

Orientaremos nas atividades de educação em saúde e nas consultas clínicas às pessoas com hipertensão e/ou diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo através de atividades de grupos, palestras, mural informativo na própria UBS e na comunidade. Isso é responsabilidade de

todos os integrantes da equipe e buscaremos também os líderes da comunidade para nos auxiliar nas atividades de educação em saúde.

**No eixo de Qualificação da Prática Clínica:**

**Ações:**

- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento:**

Discutiremos entre a equipe para chegarmos num consenso para juntos ministrarmos atividades educativas na UBS e na comunidade para as pessoas hipertensas e diabéticas e para a população, passando as informações necessárias e oferecendo tratamento para os que quiserem parar de fumar.

Conversaremos com o gestor para viabilizar a participação da equipe em atividades de capacitação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT).

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

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

**No eixo de Monitoramento e Avaliação:**

**Ações:**

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e/ou diabéticos.

**Detalhamento:**

Para monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal às pessoas com hipertensão e/ou diabetes utilizaremos a Ficha Espelho fornecida pelo Curso ainda que nela não temos um local específico para a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal (avaliação da necessidade de atendimento odontológico) vamos registrar estes dados num local na própria Ficha Espelho.

A cada semana, a médica e enfermeira e técnicos irão verificar as fichas de acompanhamento para acompanhar se os usuários com hipertensão e diabetes receberam orientações sobre higiene bucal.

**No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:**

**Ações:**

- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

**Detalhamento:**

Disponibilizaremos no mínimo 10 minutos de consultas para cada usuário (atentando para as necessidades avaliadas durante as consultas), no intuito de conversarmos sobre ações de promoção em saúde e hábitos de vida saudável.

**No eixo de Engajamento Público:**

**Ações:**

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

**Detalhamento:**

Estaremos orientando às pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade sobre a importância da higiene bucal através de atividades de grupos, palestras, mural informativo na própria UBS e na comunidade, bem como nas consultas clínicas, sobre a importância da escovação correta dos dentes após cada refeição. Isso é responsabilidade de todos os integrantes da equipe e buscaremos também os líderes da comunidade para nos auxiliar nas atividades de educação em saúde.

**No eixo de Qualificação da Prática Clínica:**

**Ações:**

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

**Detalhamento:**

Convidaremos um odontólogo para capacitar a equipe sobre hábitos de higiene bucal e doenças comuns da cavidade oral e outros temas de interesse, para que nas consultas e através de palestras possamos está orientando corretamente

aos usuários hipertensos e diabéticos sobre as formas de manter a saúde bucal e sobre a importância de, realizar exame bucal periodicamente.

### 2.3.2 Indicadores

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

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

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

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

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

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

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

**Indicador 2.1:** Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Meta 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para

100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Meta 3.1:** Buscar 100% do hipertenso faltoso 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% do diabético faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.8:** Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários

diabéticos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção na ação programática de atenção a Hipertensão e Diabetes na UBS Lagoa Cercada a equipe vai adotar como Protocolo os Caderno n 36 e 37 do Departamento de Atenção Básica (Estratégia para o Cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, respectivamente), publicados em 2013.

Os Instrumentos de registros específicos dos atendimentos e das ações realizadas adotadas pela equipe serão: Prontuários individuais, Ficha espelho (individual), Cartão de Hipertensão e Diabéticos e o Livro de Programa de Atenção aos Hipertensos e ao Diabético (HIPERDIA) da UBS e Ficha de Atendimento em Saúde Bucal, utilizada pela equipe de odontologia da UBS. Para atualização dos dados de mapeamento da população de Hipertensos e Diabéticos orientaremos os ACS a buscar atualizar as informações do SIAB/e-SUS , praticamente fazendo um recadastramento dos hipertensos diabéticos da área.

Para a organização das ações no Eixo de Monitoramento e Avaliação inicialmente estaremos incentivando as ACS a fazerem uma atualização/ levantamento do número hipertensos e/ou diabéticos da equipe. Seria uma espécie de recadastramentos. Ao mesmo tempo em que a médica e enfermeira buscarão os dados atualizados das pessoas efetivamente cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na UBS.

Como instrumentos de monitoramento utilizaremos a Ficha Espelho do Programa de Atenção aos Hipertensos e diabéticos disponibilizados pela Ufpel e a Planilha de Coleta de Dados. Pretendemos durante a intervenção cadastrar 80% dos hipertensos e 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção

à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus e para isto teremos que junto ao gestor conseguirmos cerca de 1.000 fichas Espelho.

Salientamos que o cadastro dos usuários hipertensos no Programa durante a intervenção será realizado a partir da consulta clínica do médico ou da enfermeira.

Como monitoramento, semanalmente a médica e enfermeira alimentarão a Planilha de Coleta de Dados com os dados da Ficha Espelho e prontuários e mensalmente será discutido com a equipe os resultados alcançados.

No eixo de organização e Gestão do serviço na primeira semana da intervenção em reunião com a equipe organizaremos o processo de trabalho da equipe onde estabeleceremos o papel de cada componente da equipe durante a intervenção bem como nos organizaremos para organizar o acolhimento que será realizado por todos os profissionais da equipe onde estabeleceremos um fluxo de atendimento das demandas espontâneas e daqueles usuários provenientes das buscas ativas.

Buscaremos junto ao gestor garantir uma organização dos serviços de forma que consigamos os materiais necessários para a realização dos exames (testes rápidos) na UBS e facilitar o acesso dos usuários nos serviços laboratoriais e de apoio de diagnóstico do município ou nos municípios de referência (quando detectada a necessidade de realização de exames de maior mais complexidade).

Pediremos para ele também que nos garanta agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Também junto ao gestor na primeira semana da Intervenção ou antes disto quando apresentarmos o Projeto da Intervenção à gestão buscaremos implementar uma estratégia que viabilize o acesso dos usuários ao serviço de odontologia em especial para aqueles que apresentam maior vulnerabilidade para as doenças bucais e para aqueles detectados pela médica e enfermeira durante a consulta clínica. Deveremos estabelecer um fluxo para encaminharmos o usuários para a avaliação odontológica e estabelecimento de plano de tratamento adequado à situação.

Estabeleceremos um sistema de alerta para os exames complementares preconizados de forma que para aqueles usuários com atraso nos exames seja feito um registro na ficha Espelho com um adesivo na cor amarela para aquele com exame atrasado e na cor vermelha naquele que ainda não realizou nenhum exame

complementar solicitado. O mesmo sistema de alerta será utilizado para o controle dos usuários com Hipertensão e Diabetes diagnosticados como de alto risco.

A importância da realização dos exames solicitados e a importância de manter um acompanhamento regular será discutido entre a equipe e com a comunidade e usuários com hipertensão e diabetes nas atividades educativas realizadas na UBS e na comunidade. A cada consulta, quando solicitado exames ou prescrito medicamentos, o médico e a enfermeira orientarão ao usuário os locais para a coleta e realização dos exames e onde conseguir medicamentos na UBS e na Farmácia Popular quando não estiverem disponíveis na UBS.

As ações de engajamento público serão de grande importância para o sucesso da intervenção. Em todas as visitas domiciliares o ACS informará sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus UBS bem como sobre a importância de aferir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg bem como sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Realizaremos reunião quinzenalmente ou mensalmente com o Grupo de Hipertensos e diabéticos na UBS e os responsáveis por estas reuniões e para a organização das mesmas serão todos os profissionais da equipe. Buscaremos junto ao gestor, alimentos para serem ofertados depois das reuniões ( “café saudável”).

Para a realização das atividades de educação em saúde na UBS e na comunidade buscaremos garantir junto ao gestor equipamentos áudio visuais (Datashow, Caixa de som, computador e outros). Também para divulgação da intervenção e importância do acompanhamento regular estaremos distribuindo panfletos e afixando cartazes no mural da UBS.

No que tange as metodologias que utilizaremos para as atividades de educação em saúde buscaremos organizar previamente com a equipe se atividade educativa a ser realizada na UBS e na comunidade e estas poderão ser realizadas por meio de palestras, rodas de conversa, sala de espera ou dinâmicas de grupo ou outras sugestões que surgirem durante a organização da logística da atividade. A programação para as atividades de educação em saúde na Comunidade serão previamente discutidas com as ACS para organizarem o local, a data e a forma de convite à comunidade para participarem das atividades de educação em saúde na comunidade.

Para a qualificação da prática clínica essencialmente deveremos estimular a participação de todos os membros nas capacitações que serão realizadas nas duas primeiras semanas da intervenção ou quando se fizer necessário. Nas capacitações inicialmente discutiremos os Protocolos adotados, especialmente falando sobre as ações de rastreamento (aferição da PA e realização de HGT) e sobre os exames preconizados pelos protocolos. A enfermeira fará a capacitação das técnicas na primeira semana da intervenção para a técnica correta para a aferição da Pressão Arterial e realização do HGT.

Também discutiremos sobre a realização do exame clínico, de responsabilidade da médica e da enfermeira bem como a estratificação de risco. Todos devem saber sobre isto ainda que apenas a médica e a enfermeira farão esta classificação. Os responsáveis por estas capacitações serão a médica e enfermeira da equipe e também poderão buscar outros profissionais para estarem realizando as capacitações com os temas que não for de domínio dos responsáveis pelas capacitações.



### **3 Relatório da Intervenção**

A estratégia de saúde da família (ESF) numero 3, Aurora, está localizada na área urbana do município Teutônia, RS, no bairro Canabarro. Nesta UBS ocorreu uma intervenção na atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos da unidade, foram 12 semanas devido um planejamento adequado na universidade para lograr a incorporação de todos os colegas que foram afetados pelas férias e a continuidade do projeto, o período de realização da intervenção foi Dezembro 2014 ate Fevereiro 2015 e de ações realizadas em quatro eixos temáticos: Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica.

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

No eixo de monitoramento e avaliação, no transcurso destas 12 semanas semanalmente a médica e a enfermeira, nas reuniões da equipe discutiam sobre os resultados encontrados e os registros que até ali haviam sido realizados e isto era registrado nos Diários da Intervenção. Monitoramos não só os indicadores de cobertura, mas também os de qualidade e as ações que foram desenvolvidas e aquelas que estavam ou não de acordo com o que havia sido programado.

No eixo de organização e Gestão dos Serviços, logo na primeira semana se realizou uma pequena reunião com a equipe de saúde, para apresentar a intervenção previamente conhecida na divulgação do projeto de intervenção, onde se solicitou o apoio para a logística da intervenção, definição do papel de todos os profissionais nas ações programáticas, organização para a impressão das fichas espelhos necessária para o desenvolvimento do projeto.

A cada quatro semanas a enfermagem e a médica monitoravam a qualidade dos registros dos usuários hipertensos e diabéticos acompanhados pela unidade,

assim como as fichas espelhos, assim se tinha um conhecimento de quais usuários estavam em dia com suas consultas e exames. mantivemos o sistema de alerta preconizado. É de destacar que com os usuários faltosos foram procurados pelas agentes de saúde para agendar a consulta a fim de atualizar seu estado e eles ficavam felizes logo da conversa sobre todas as orientações que foram dadas e sua importância de um bom controle de sua doença.

A organização dos registros e cadastramentos dos usuários hipertensos e diabéticos da área adstrita foi realizada durante todas as semanas. As ACS atualizaram os dados fizeram uma espécie de “recadastramento” das famílias da área e vimos que tínhamos usuários hipertensos e diabéticos que ainda não eram acompanhados pela equipe. Organizamos um registro específicos dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS no Programa de Atenção à Hipertensão e diabetes. Mantivemos o cadastro e atualização das fichas espelho e prontuário clínico como fora planejado. Esta ficha espelho era atualizada cada vez que os usuários compareciam em a unidade para consultas. Os atendimentos clínicos foram realizados praticamente todos os dias das semanas, principalmente no horário da manhã onde foram solicitados os exames correspondentes com cada paciente e respeitando sua periodicidade, onde foram garantidas as indicações dos exames precisos.

No eixo de Engajamento Público fizemos contatos com as lideranças da comunidade e realizamos reuniões de grupo conforme previsto.

Com os grupos de hipertensos e diabéticos tivemos uma experiência muito gratificante. No principio sempre compareciam às reuniões aqueles usuários que tinham uma certa frequência de participação nas reuniões, mas com o trabalho de educação em saúde realizado na UBS e na comunidade, aumentou a quantidade de usuários que compareceram logo no segundo encontro.

Foram realizadas várias palestras sobre a importância da prática de atividade física regular e sobre alimentação saudável e saúde bucal e risco do tabagismo, bem como sobre as possíveis complicações quando não temos a adesão do usuário hipertensos e diabético ao tratamento estabelecido. Para as atividades na comunidade utilizamos de espaços na comunidade como as igrejas e outros espaços sociais. Recebemos um bom apoio dos líderes comunitários. Também mantivemos as atividades de educação em saúde para a população no Âmbito da UBS e durante as consultas clínicas.

No eixo de Qualificação da prática clínica realizamos as ações previstas de capacitação que iniciou-se na primeira semana e estendeu-se há duas semanas.

Dentre as ações desenvolvidas destacamos a capacitação das agentes comunitárias para o cadastramento de usuários hipertensos e diabéticos de toda a área de abrangência, assim como para eles fornecerem algumas orientações aos hipertensos e diabéticos quanto à realização das consultas obedecendo à periodicidade e agendamento da equipe e sobre a realização dos exames laboratoriais e adoção de hábitos de vida saudável. Também trabalhamos a orientação acerca das buscas ativas aos faltosos às consultas previamente agendadas.

Em uma reunião de equipe foi realizada uma capacitação, pela médica, onde se explicou a importância do projeto e os meios de monitoramento para facilitar a avaliação dos resultados. Em todas as reuniões da equipe se falava sempre da importância do programa de atenção à hipertensão e diabetes mellitus, a importância sobre a realização dos exames laboratoriais e as consultas de controle respeitando sua periodicidade recomendada para cada paciente. Sobre a busca ativa daqueles usuários faltosos a consultas.

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

No princípio tivemos dificuldades na atualização do cadastramento da população de hipertensos e diabéticos da área pelas ACS devido às férias de algumas ACS. Também tivemos no início dificuldades para o monitoramento e avaliação adequados devido às férias da médica da equipe, mas logo com a incorporação de todas as pessoas que estavam de férias, o trabalho se intensificou. Precisamos trocar algumas datas previstas para algumas palestras e principalmente a palestra a ser ministrada pela odontóloga para a comunidade acerca de assuntos referentes às orientações sobre saúde bucal. A odontóloga devido a “sobrecarga de demanda de atendimentos clínicos” não pode realizá-la, mas a técnica de odontologia comparecia às reuniões do Grupo de Hipertensos e Diabéticos que foram realizadas e ela trouxe algumas orientações sobre saúde bucal especialmente

sobre a importância da higiene bucal adequada e sobre a frequência e importância de escovar os dentes 4 vezes ao dia .

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

Em realidade nas primeiras semanas tivemos problemas no preenchimento correto das fichas espelhos por falta de pratica nos profissionais, problema que foi resolvido. Não tivemos problemas com a alimentação da Planilha de Coleta de Dados.

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

Analisando a incorporação das ações previstas no projeto a rotina do serviço, até o momento todos os aspectos estão funcionando adequadamente devido ao empenho que toda a equipe realizou para que o projeto seguisse adiante para atingir as metas e objetivos planejados e desta forma a melhoria do atendimento às pessoas hipertensas e diabéticas pertencentes ao ESF 3 de Teutônia.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção foi desenvolvida na área de abrangência da UBS Aurora, em Teutônia-RS.

O Objetivo principal da Intervenção foi melhorar as ações de atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da população vinculada a equipe. Foram avaliados neste processo de intervenção os usuários adultos maiores de vinte anos num período de Dezembro 2014 até Fevereiro do ano 2015 constituindo assim em doze semanas logo que fora ajustado o período acadêmico, pois inicialmente a intervenção deveria ser feita em 16 semanas de intervenção.

Na área adstrita à UBS existem 3.359 pessoas, e a estimativa pelo CAP e que teríamos na área 2526 pessoas maiores de 20 anos, e dentre eles teríamos 796 Pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão e 227 pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes. Na Planilha de Coleta de Dados que trabalhamos durante a intervenção para o monitoramento e avaliação utilizamos esta população estimada pelo CAP.

No projeto de intervenção estabelecemos metas e indicadores e traçamos ações a serem desenvolvidas.

A seguir apresentamos os resultados alcançados para as metas propostas:

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

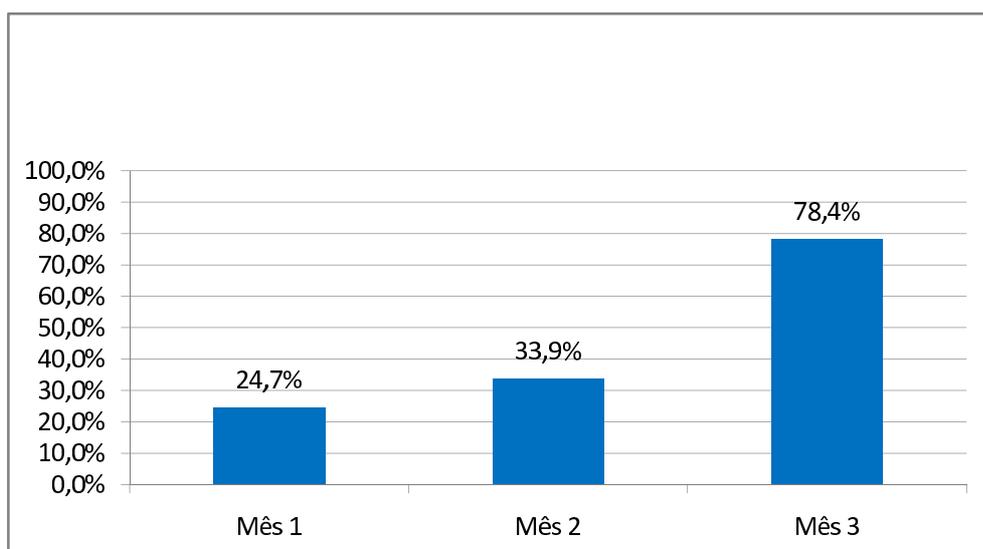
**Meta 1.1** Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Para alcançar o objetivo de ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos, foi proposto como meta, cadastrar 80% dos hipertensos da área adstrita da UBS do Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Trabalhamos com a busca de 796 hipertensos e de acordo com a Figura 1 conseguimos atingir no final da intervenção, uma cobertura de 78,4%. No primeiro mês foram cadastrados 197 (18,4%) pessoas maiores de 20 anos com hipertensão, no segundo mês 270 (33,9%) e no terceiro mês 624 (78,4%).

Para garantir o aumento da cobertura de atenção aos usuários hipertensos foi necessário o “recadastramento” / atualização dos dados do SIAB de toda a área de abrangência realizado ACS. Muitas pessoas hipertensas da área de abrangência ainda não foram cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde, mas uma das dificuldades que apresentamos é que a nossa área é muito extensa e existem usuários que trabalham no horário de atendimento da UBS, mas certamente nos próximos meses com o andamento da intervenção conseguiremos cumprir a meta estabelecida, pois a intervenção está incorporada à rotina da equipe.

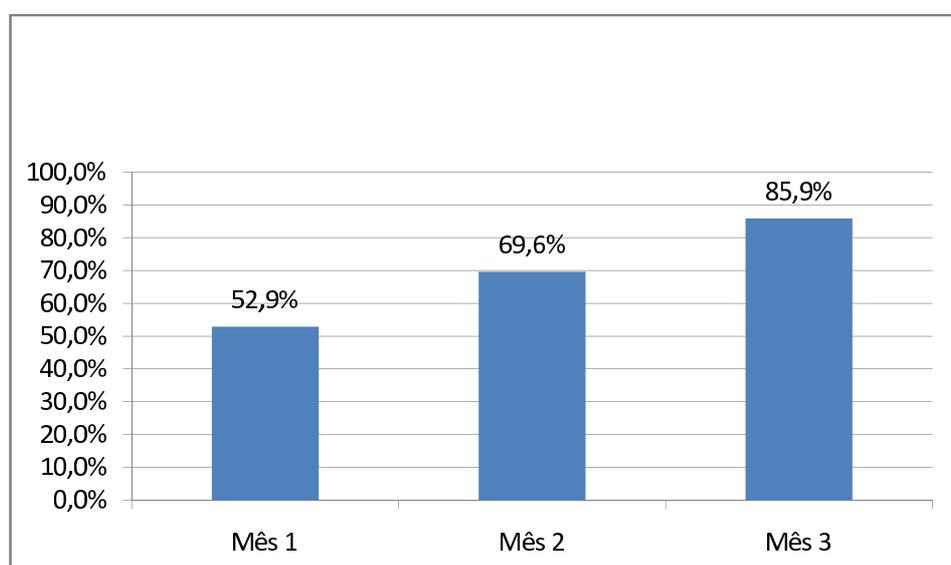


**Figura 1** Gráfico Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Aurora, Teutônia/RS.2015

**Meta 1.2** Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Com relação aos usuários com diabetes, alcançamos ao final da intervenção, uma cobertura de 85,9%. Pois no primeiro mês da intervenção, foram cadastrados 120 (52,9%) pessoas maiores de 20 com diabetes, no segundo mês foram 156 (69,6%) e no terceiro mês 195 (85,9%), como apresentado na Figura 2.



**Figura 2** Gráfico Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Aurora, Teutônia/RS.2015

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

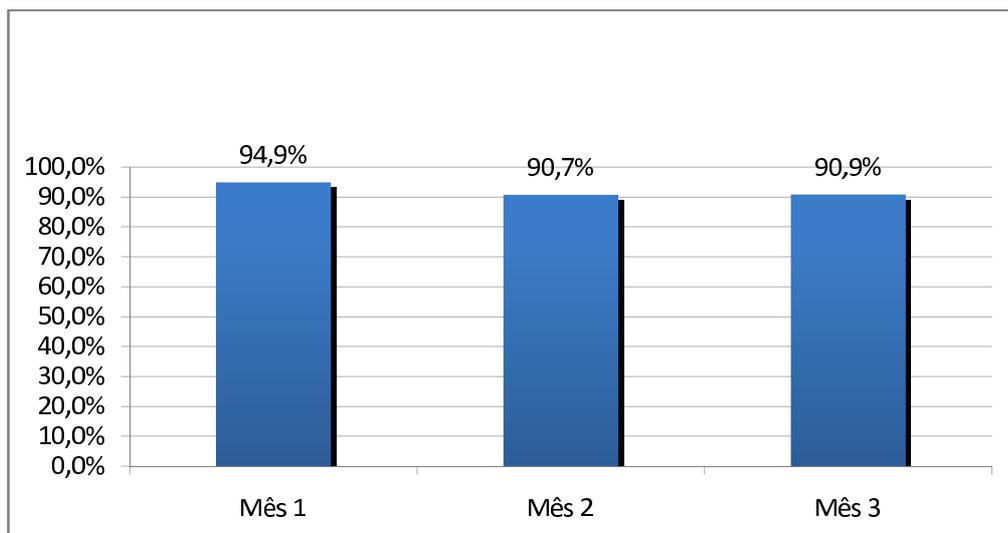
**Meta 2.1** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

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

Para atingir o objetivo de melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e/ou diabéticos, foi proposto como meta realizar exame clínico em dia de acordo com o protocolo em 100% dos hipertensos e diabéticos. Entretanto, verifica-se na Figura 3 que no primeiro mês da intervenção tivemos 187 (94,97%) hipertensos com exame clínico em dia dos 197 cadastrados, no segundo mês 245 (90,7%) dos 270

cadastrados e no terceiro mês finalizamos com 567 (90,9%) dos 624 hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Para alcançar a melhoria da atenção neste aspecto foi o monitoramento da realização de exames clínicos aos usuários hipertensos que foram atendidos durante toda a intervenção na unidade de saúde, assim como os usuários participantes em os grupos de hipertensos realizados.



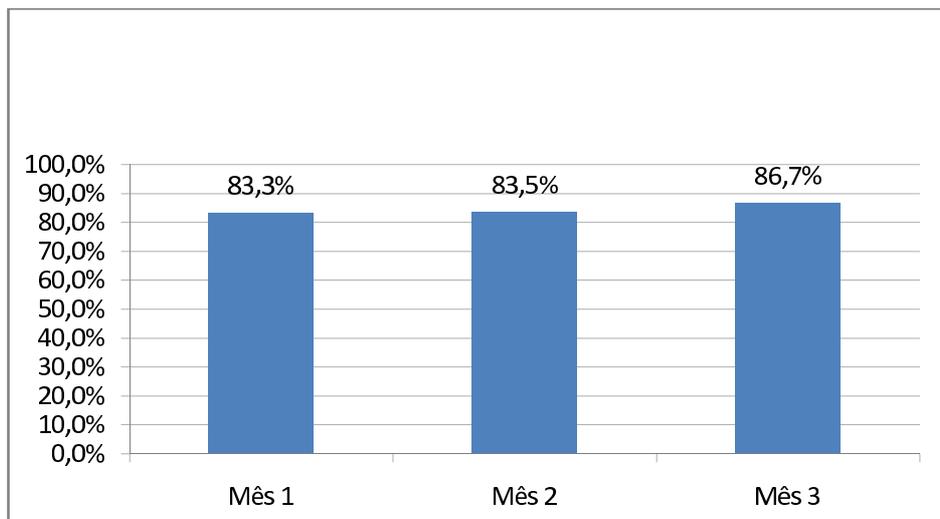
**Figura 3** Gráfico Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Aurora, Teutônia/RS.2015

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

**Indicador 2.2** Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Com relação aos usuários diabéticos, observamos no primeiro mês da implantação da intervenção que dos 120 cadastrados, 100 (83,3%) estavam com exame clínico em dia, de acordo com o preconizado pelo protocolo, já no segundo mês dos 158 cadastrados eram 132 (83,5%) e no terceiro mês 169 (86,7%) dos 195 cadastrados estavam com o exame clínico em dia, como apresentado na Figura 4.

Para garantir esta meta foi realizada um monitoramento da realização de exame clínico aos usuários hipertensos que foram atendidos durante a intervenção na unidade.



**Figura 4** Gráfico Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Aurora, Teutônia/RS.2015

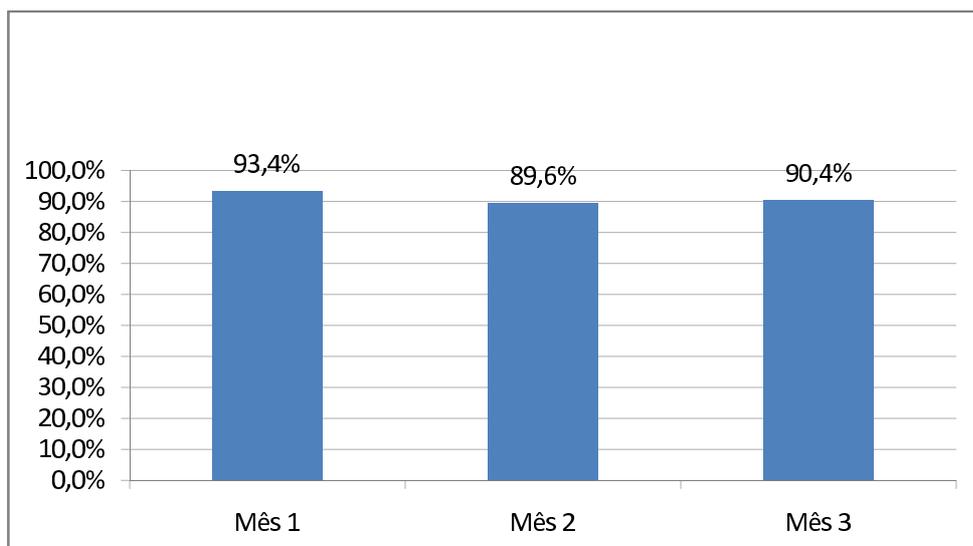
**Meta 2.3** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Buscando atingir o objetivo de melhorar a qualidade de atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, a outra meta proposta foi à realização de exames complementares em 100% dos hipertensos.

Contudo, de acordo com a Figura 5 verifica-se que no primeiro mês 184 (93.4%) usuários hipertensos estavam com exames complementares em dia, no segundo mês 242 (89.6%) usuários e finalizamos, no terceiro mês com 564 (90.4%) usuários hipertensos estavam com exames complementares em dia dos 624 cadastrados.

Para garantir esta ação foi necessário falar com os usuários sobre a importância da realização dos exames laboratoriais e alcançar sua conscientização para ter um melhor controle de sua doença.



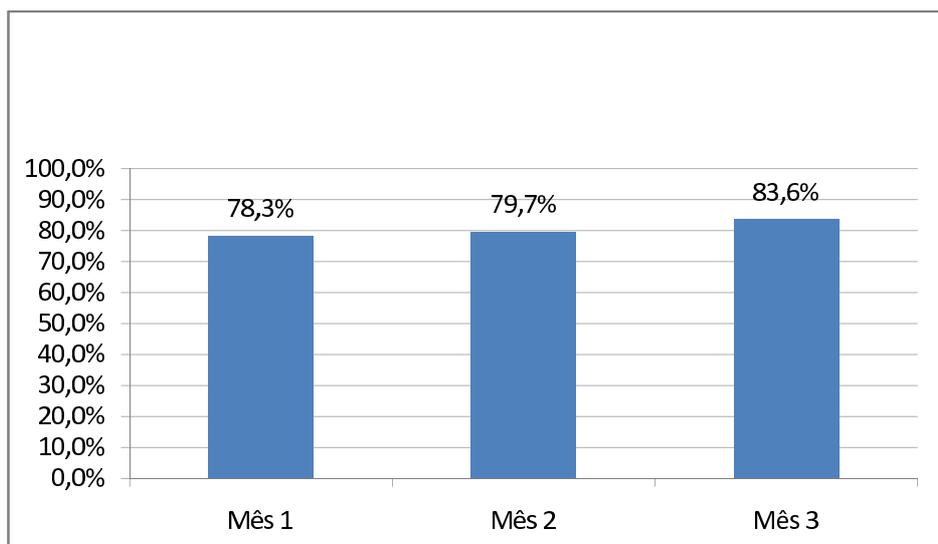
**Figura 5** Gráfico Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Aurora, Teutônia/RS.2015

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

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

Com relação aos usuários diabéticos, observamos na Figura 6 que no primeiro mês da intervenção 94 (78,3%) diabéticos estavam com exames complementares em dia, já no segundo mês 126 (79,7%), e no terceiro finalizamos com 163 (83,6%). dos diabéticos 195 diabéticos acompanhados na UBS com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Para garantir esta meta foi necessário a organização das visitas domiciliares para aqueles faltosos às consultas que ajudou ao cumprimento da realização dos exames complementares periodicamente.



**Figura 6** Gráfico Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Aurora, Teutônia/RS.2015

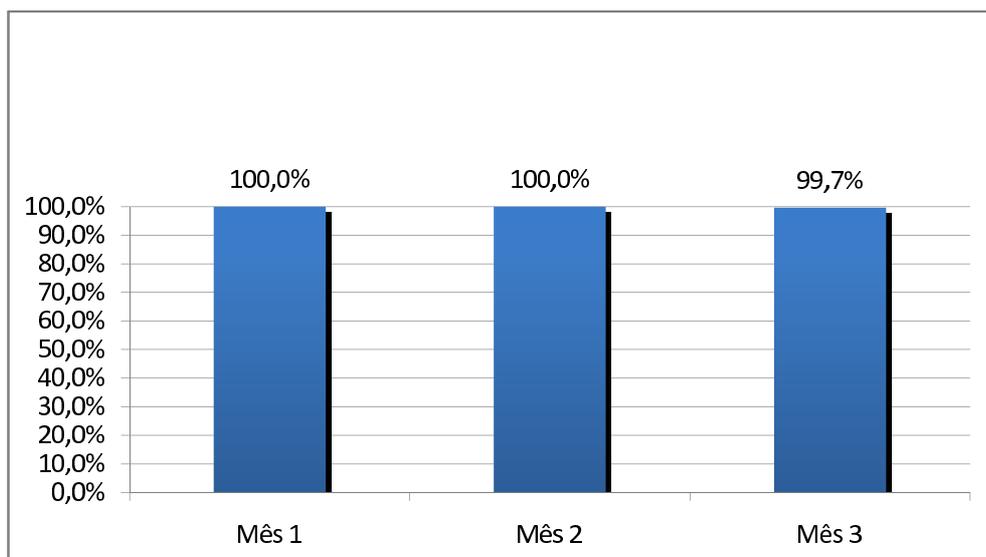
**Meta 2.5** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Com relação aos usuários hipertensos, não conseguimos alcançar a meta de 100% na prescrição destes medicamentos.

Dos 197 cadastrados na intervenção no mês 1 100% deles tiveram prescritos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. No mês 2 foram os 270 (100%) cadastrados e finalizamos o mês 3 com 622 (99,7%) dos 624 cadastrados com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Então dos 624 Hipertensos cadastrados 02 não precisaram de prescrição de medicação para controlar o níveis pressóricos.



**Figura 7** Gráfico Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Aurora, Teutônia/RS.2015

**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.

Com relação aos usuários diabéticos, ao longo dos três meses da intervenção conseguimos alcançar a meta de 100% na prescrição destes medicamentos em todos os meses. No primeiro mês 120 (100%) dos diabéticos cadastrados tiveram prescritos medicamentos da farmácia popular, no segundo mês 158 usuários (100%) e no terceiro mês 195 (100%) dos diabéticos cadastrados tiveram prescritos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

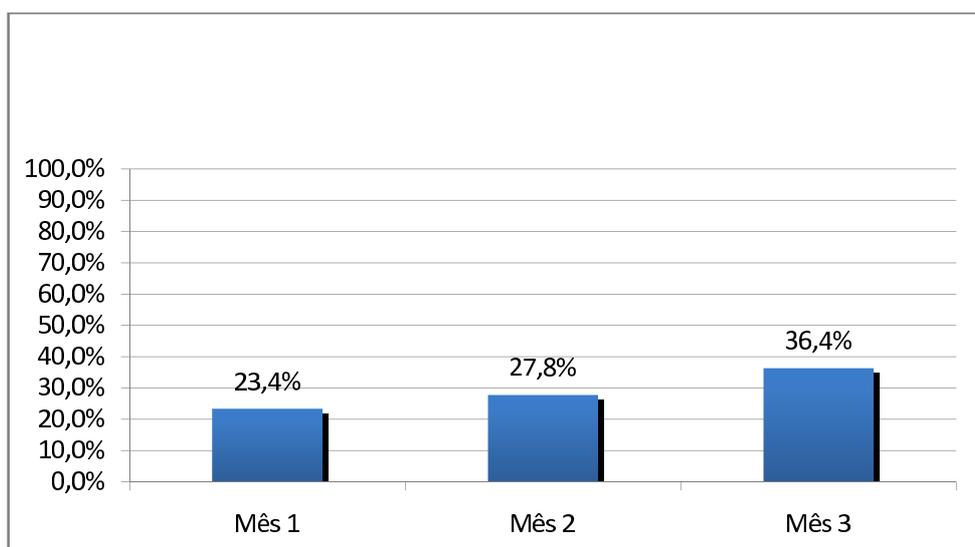
Para esta meta foi necessário a monitorização do cumprimento da periodicidade das consultas de controle, para reavaliar a eficácia dos medicamentos e a possibilidade de manter o tratamento.

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

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

Segundo a Figura 8, em relação aos hipertensos, no primeiro mês tivemos 43 (23,4%) dos 197 hipertensos cadastrados com avaliação da necessidade de atendimento odontológico realizada, no segundo mês eram 75 (27,8%) dos cadastrados e no terceiro mês finalizamos com 227(36,4%) dos 624 hipertensos cadastrados com avaliação da necessidade de atendimento odontológico realizada, não alcançando assim a meta proposta inicialmente.

Para o cumprimento desta meta foi necessário as informações oferecidas pela recepcionista da consulta odontológica e as informações dadas pelos próprios usuários, assim como em cada palestra e cada visita o grupo realizado, onde se falava sobre a importância do atendimento odontológico periódico.



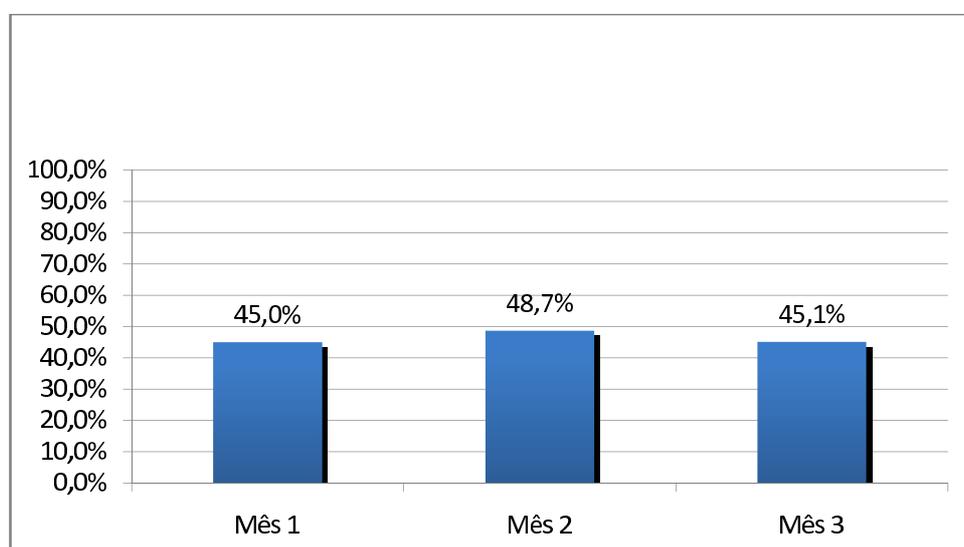
**Figura 8** Gráfico Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Aurora, Teutônia/RS.2015

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

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

Já os usuários diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico no primeiro mês da intervenção foram 54 (45%), no segundo mês 77 (48,7%) e no terceiro mês 88 (45,1%) usuários diabéticos dos 195 cadastrados com a avaliação da necessidade de atendimento odontológico como apresentado na Figura 9.

Para alcançar esta meta foi necessário as orientações sobre a importância dos controles com o serviço de odontologia, assim como as orientações dadas pela técnica odontológica em as palestras realizadas onde orientou dicas para manter uma higiene bucal boa.



**Figura 9** Gráfico Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Aurora, Teutônia/RS.2015

**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.

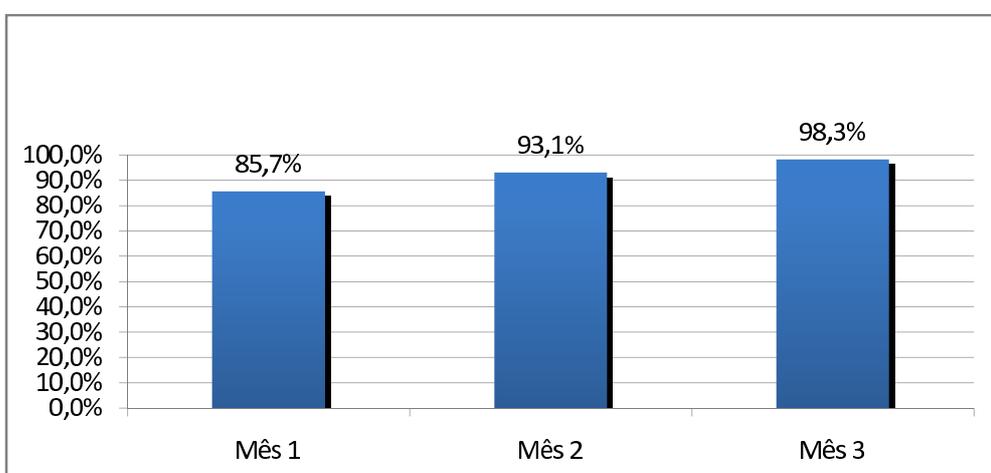
**Indicador 3.1** Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Buscando contribuir com a melhoria da adesão ao programa por parte dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, foi proposto como meta, identificar 100% dos usuários faltosos as consultas na UBS, conforme a periodicidade recomendada.

Conforme demonstrado na Figura 10 no mês 1 da intervenção tivemos 14 faltosos à consulta clínica agendada e foram buscados 12 (85,7%) destes

hipertensos faltosos, no segundo mês faltaram 29 e foram buscados 27 ( 93.1%) e no terceiro mês finalizamos com 60 faltosos e 59 ( 98.3%) usuários hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa realizada.

Para garantir o cumprimento da meta proposta, foi a organização das visitas domiciliares para uma buscar aos usuários faltosos á consulta. Foram organizadas as visitas domiciliares para as agentes de saúde, as técnicas em enfermagem, a enfermeira e a médica da unidade, para realizar busca ativa dos usuários faltosos e orientar sua assistência ao posto para seu atendimento médico.



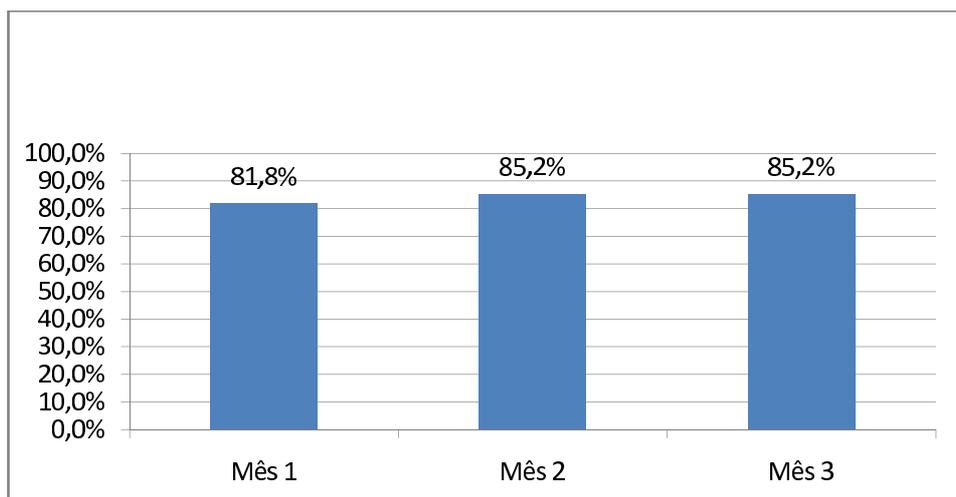
**Figura 10** Gráfico Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Aurora, Teutônia/RS.2015

**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.

De acordo com Figura 11 no mês 1 da intervenção tivemos 22 faltosos à consulta clínica agendada e foram buscados 18 (81,8%) destes diabéticos faltosos, no segundo mês faltaram 27 e foram buscados 23 ( 85,2%) e no terceiro mês finalizamos com 27 faltosos e 23 ( 85,2%) usuários diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa realizada.

Para garantir o cumprimento da meta proposta, foi a organização das visitas domiciliares para uma buscar aos usuários faltosos á consulta. Foram organizadas as visitas domiciliares para as agentes de saúde, as técnicas em enfermagem, a enfermeira e a médica da unidade, para realizar busca ativa dos usuários faltosos e orientar sua assistência ao posto para seu atendimento médico.



**Figura 11** Gráfico Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Aurora, Teutônia/RS.2015

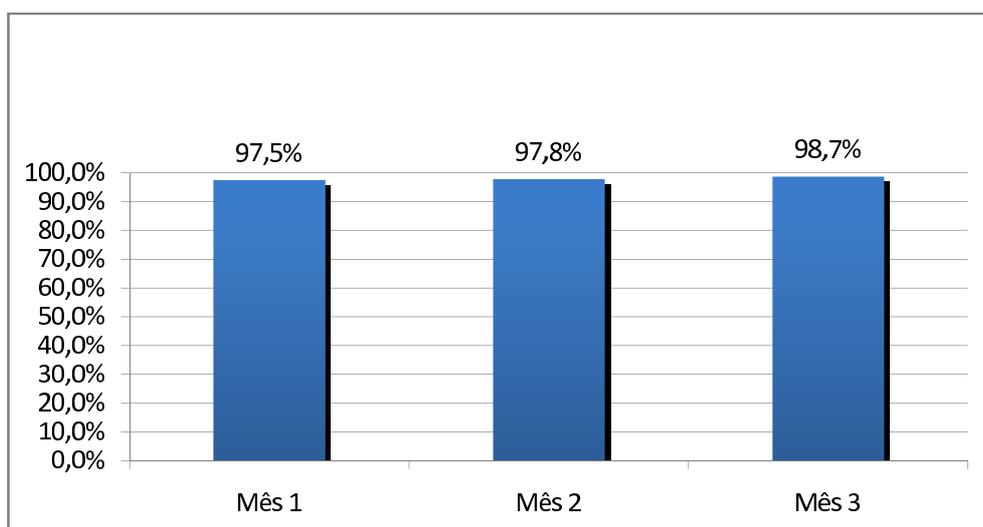
**Objetivo 4** Melhorar o registro das informações.

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

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

Visando atingir o objetivo de melhorar a adequação dos registros na ficha de acompanhamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, propomos como meta manter em 100% a ficha de acompanhamento destes usuários cadastrados na UBS. Com relação à proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento conseguimos uma cobertura no primeiro mês 192(97,5%) dos 197 cadastrados, no segundo mês foram 264 (97,8%) e no terceiro mês foram 616 (98,7%) dos 624 hipertensos cadastrados com registro adequado na ficha de acompanhamento, como pode ser observado na Figura 12.

Para garantir o cumprimento desta meta durante toda a intervenção foram recolhidas todas as informações pela enfermeira e as técnicas de enfermagem, sobre todo o processo de atendimento dos usuários e assim um registro adequado nas fichas de atendimento.



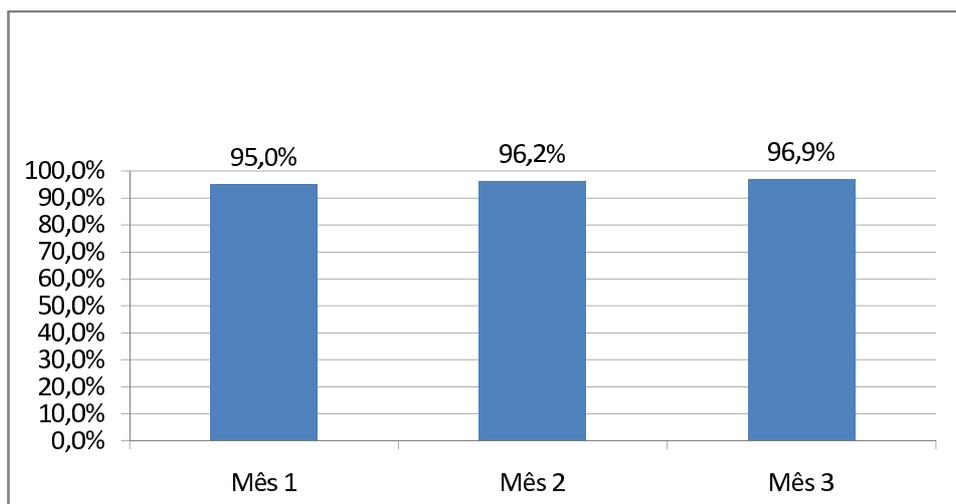
**Figura 12** Gráfico Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Aurora, Teutônia/RS.2015

**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.

De acordo com a Figura 13, com relação à proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento conseguimos uma cobertura no primeiro mês de 114(95%) dos 120 cadastrados, no segundo mês foram 152 (96,2%) e no terceiro mês foram 189 (96,9%) dos 195 diabéticos cadastrados com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Para garantir o cumprimento desta meta durante toda a intervenção foram recolhidas todas as informações pela enfermeira e as técnicas de enfermagem, sobre todo o processo de atendimento dos usuários e assim um registro adequado nas fichas de atendimento.



**Figura 13** Gráfico Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Aurora, Teutônia/RS.2015

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

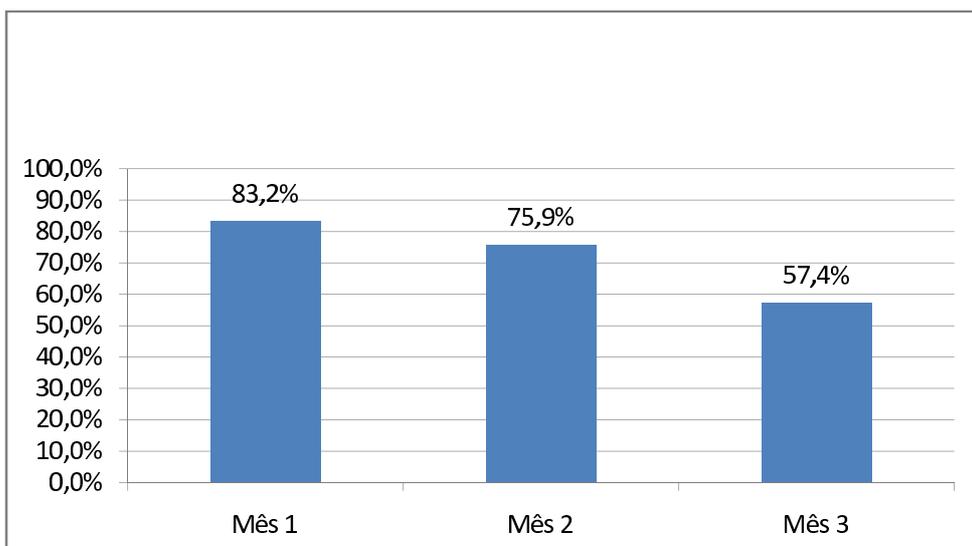
**Meta 5.1** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Visando alcançar o objetivo de mapear os usuários hipertensos e/ou diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, propomos como meta realizar a estratificação em 100% destes usuários cadastrados na UBS.

Como pode verificar na Figura 14, com relação aos usuários hipertensos com estratificação de risco cardiovascular em dia, no primeiro mês conseguimos mapear 164 (83,2%) dos 197 usuários hipertensos cadastrados com estratificação de risco cardiovascular em dia, no segundo mês foram 205 (75,9%) dos 270 cadastrados e no terceiro mês 358 usuários (57,4%) dos 616 usuários hipertensos cadastrados com estratificação de risco cardiovascular em dia.

Para garantir o cumprimento desta meta foi realizada uma monitorização do número de usuários hipertensos que apresentavam pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

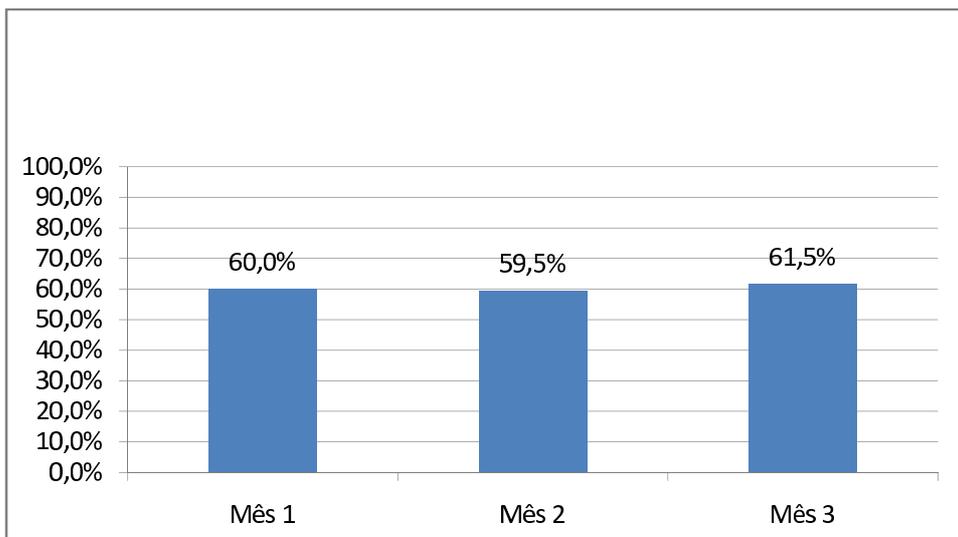


**Figura 14** Gráfico Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Aurora, Teutônia/RS.2015

**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.

Já com relação aos usuários portadores de diabetes, segundo a Figura 15 no primeiro mês conseguimos mapear 72 (60%) dos 120 usuários diabéticos cadastrados com estratificação de risco cardiovascular em dia, no segundo mês foram 94 (59,5%) dos 158 cadastrados e no terceiro mês 120 (61,5%) dos 195 usuários diabéticos cadastrados com estratificação de risco cardiovascular em dia.



**Figura 15** Gráfico Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Aurora, Teutônia/RS.2015

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nosso último Objetivo, considerado muito importante, foi promover a saúde de hipertensos e diabéticos que é tão importante na vida do ser humano, pois não adianta fazer o tratamento medicamentoso e não cuidar da alimentação e praticar exercícios físicos, garantir a orientação nutricional sobre alimentação saudável, orientação em relação à prática regular de atividade física, orientação sobre os riscos do tabagismo, orientação sobre higiene bucal.

Foi proposto como meta atingirmos 100% destes indicadores de qualidade, e nestes três meses de intervenção conseguimos cumprir a meta proposta, que foi a realização das orientações a 100% destes usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes cadastrados durante a intervenção sobre orientação nutricional sobre alimentação saudável, orientação em relação à prática regular de atividade física, orientação sobre os riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal.

## **4.2 Discussão**

A intervenção na atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos na UBS Aurora propiciou a ampliação da cobertura da atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com

destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos e para a classificação de risco de ambos os grupos. Conseguimos perceber que muitos usuários são portadores de fatores de riscos associados como a obesidade, o sedentarismo, maus hábitos dietéticos, pouca prática de exercícios físicos de forma regular. Conseguimos aumentar o número de consultas por controle em usuários hipertensos e diabéticos assim como seu controle adequado com exames complementários tendo em conta a periodicidade recomendada, conseguimos também cadastrar a maior quantidade dos usuários com esta doença, e melhorar sua ficha de seguimento assim como a atualização seus dados. Foi possível a participação ativa da comunidade nos grupos de hipertensos e diabéticos que foram organizados, tanto assim que foi preciso fracionar o grupo existente em vários grupos pela presença de muitos usuários. Dessa forma, como conseqüência houve melhora no estilo da vida dos usuários com respeito a sua dieta, visto que esses conscientizaram sobre a importância de levar uma dieta saudável para o controle de sua patologia e assim, evitar o consumo excessivo de medicamentos. Conseguimos recuperar muitas pessoas faltosas nas consultas de controle, também a participação da médica em fisioterapia num grupo feito onde fez uma palestra sobre a importância da fazer exercícios físicos ativos ou passivos em correspondência com sua idade e a capacidade da cada um para assim manter uma boa movimentação da musculação e evitar atrofias musculares, a participação da técnica em odontologia que falou sobre saúde bucal adequada e dicas sobre como manter os dentes e gengivas mais saudáveis.

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 e diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado como equipe, se compactou uma união em a equipe de trabalho. Primeiramente se capacitou as agentes comunitárias sobre assuntos básicos sobre hipertensão e diabetes que esses precisam conhecer, estando mais informadas, davam mais importância ao trabalho por fazer, e as orientações dadas pela médica e a enfermagem. Os ACS apoiaram com o cadastramentos dos usuários e atualização dos registros na UBS. Estando com mais conhecimento, deram mais motivação na população conseguindo maior participação nos grupos realizados e nas atividades

programadas. Os cartões dos usuários hipertensos e diabéticos também foram atualizados graças ao trabalho desenvolvido pelos ACS.

Com respeito à recepcionista no princípio foi muito trabalho, muitos cadastramentos e de cadastramentos de usuários que não moravam em nossa área, atualizando registro dos usuários, mas logo, se foi reorganizando o trabalho e esta tarefa facilitou os registros, com um programa no computador se reorganizaram os prontuários dos usuários, seus cadastros em dia e sua ficha de acompanhamento atualizada, possibilitando facilidade no acesso à ficha do usuário somente buscando-o pelo nome que aparece no computador sua ficha com todos seus dados de importância e as datas de todos seus controles.

As técnicas em enfermagem e a enfermeira com nesta intervenção melhoraram os acolhimentos, as orientações para cada usuário em particular, e o completaram a caderneta de hipertensos.

Para a médica facilito muito o trabalho, antigamente todas as orientações e atividades as maiorias foram feitas pela médica como a máxima responsável, agora se pode dedicar mais tempo ao exame físico de cada paciente, se atua sobre os fatores de riscos personalizados para cada paciente tendo em conta sua interação ou vulnerabilidade, e sobre quais temas insistir nas consultas de controle e os grupos.

Como apresentado anteriormente, as atividades antigamente eram de responsabilidade da médica, a intervenção reviu atribuições para outras pessoas da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. Com a melhoria do registro e o agendamento dos hipertensos e diabéticos facilitou a agenda para conseguir maior atenção á demanda espontânea. Com a classificação de risco dos usuários hipertensos e diabéticos tem sido importantes para a priorização do atendimento dos mesmos, assim se enfocou em quais são os principais fatores de risco para trabalhar sobre sua modificação. Com as atividades de saúde bucal conseguimos que muitos usuários foram á UBS para agendar consulta com a dentista para fazer uma avaliação sobre o estado de seus dentes e gengivas e outros com maiores facilidades econômicas ou de planos de saúde procuraram seus controles com odontólogos privados, e foram avaliados e orientados. As consultas só para renovar receitas médicas foram eliminadas, considerando que estas renovações são realizadas nos grupos correspondentes, tendo assim mais tempo para as consultas a demanda espontânea ou usuário com controle respectivamente.

A dinâmica e rotina do trabalho mudara totalmente, sendo que no início foi bastante difícil, pensamos que nada iria dar certo, mas pouco a pouco fomos conseguindo reorganizar o trabalho e ter mais controle do mesmo.

O impacto da intervenção na comunidade foi positivo, mas a percepção da comunidade sobre a intervenção foi relativa à faixa etária dos usuários, como por exemplo, os usuários mais jovens não perceberam a importância que este trabalho tem, para eles só é uma coisa mais organizada pela UBS, mas os usuários de mais idade mostraram uma boa satisfação com o trabalho. Eles conhecem mais sobre suas doenças, aceitam sem reclamos se outro usuário tem prioridade em a consulta, entre eles mesmos tem conversas e experiências, dicas sobre dietas saudáveis, uma alimentação adequada, medicamentos naturais e se reúnem para praticar exercícios físicos coletivos. Outro grupo é mais difícil por ser o grupo de aqueles trabalhadores que dedicam muito tempo a seus trabalhos e pouco a sua saúde, mas conseguimos a participação de muitos deles em algumas atividades programadas pela equipe de saúde assim como sua assistência a consultas de controle com os usuários faltosos.

Se fosse realizar a intervenção novamente, faria tudo igual, pois se não fosse dessa forma não iríamos conseguir os resultados positivos como foram e também a união da equipe que permanece até o momento.

A intervenção já esta sendo incorporada a rotina do serviço, estamos ampliando a conscientização da população em relação às prioridades da atenção dos usuários hipertensos e diabéticos, principalmente aqueles de alto risco. Estamos incorporando a atualização dos dados de cada usuário na ficha de acompanhamento, temos que aumentar a frequência dos grupos realizados e a presença de médicos além da médica da UBS como a nutricionista, dentista e fisiatra. Também já temos incorporado na rotina o cadastramento ativo dos usuários, assim como nas consultas o controle dos exames laboratoriais de cada usuário tendo em conta sua periodicidade e patologia que apresenta.

Nosso próximo passo é continuar na ampliação de cobertura dos usuários com HAS e/ou DM que ainda faltam por cadastrar, assim como os casos novos e com estes continuar com o trabalho realizado da mesma forma como foram feito com os demais usuários já cadastrados e orientados.

Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implementar o programa de pré-natal na UBS.

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

No período de Dezembro de 2014 a Fevereiro de 2015, desenvolvemos na equipe 3 de saúde da Unidade Básica de Saúde Cana barro, uma intervenção que teve como foco qualificar a atenção em saúde aos usuários hipertensos e diabéticos maiores de 20 anos de idade. Este relatório tem a finalidade de trazer ao conhecimento de vocês, um resumo das ações desenvolvidas durante o período, os resultados alcançados pela intervenção e como a gestão pode nos apoiar para que continuemos melhorando os nossos indicadores de saúde.

Para o desenvolvimento da intervenção, primeiramente construímos um projeto com objetivos, metas e ações a serem alcançadas num período de 16 semanas, no para cumprimento do calendário de conclusão da especialização, a intervenção foi realizada em 12 semanas, o que acabou prejudicando o alcance das metas pactuadas previamente, mesmo assim, pudemos garantir que a assistência oferecida as pessoas que fizeram parte da intervenção foi de qualidade.

Antes da intervenção, as atividades de atenção a saúde aos usuários hipertensos e diabéticos eram concentradas só na médica, na realização de algumas conversas educativas e orientações dadas em as consultas, assim como em os grupos de hipertensos e diabéticos existentes, realizados uma vez ao mês. A intervenção reviu as atribuições da equipe, viabilizando a atenção para um maior número nestes pacientes, assim, todos as pessoas cadastrados foram também classificados e priorizados de acordo com a presença de diferentes fatores de riscos para apresentar complicações em nestas doenças, o que ajudou para melhorar a qualidade da assistência oferecida. Em resumo, a intervenção propiciou a ampliação da cobertura do programa de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos maiores de 20 anos. Posso citar alguns dados de importantes como, por exemplo, conseguimos ampliar a cobertura de atenção aos usuários hipertensos para um

78.4% e para os usuários diabéticos para um 83.9%, conseguimos uma proporção com os exames clínicos em dia dos usuários hipertensos para um 94.9% e para os diabéticos em um 86.7%. Durante as 12 semanas acompanhamos uma grande quantidade de usuários hipertensos e diabéticos, conseguimos a melhoria dos registros médicos feitos nas consultas, melhoramos a qualidade dos acolhimentos e do atendimento médico, procuramos aos pessoas faltosos aos controles periódicos conseguindo um 98.3% para os usuários hipertensos e um 85,2% dos usuários diabéticos. Realizamos atividades de promoção e prevenção a saúde. Para conseguirmos todas essas melhorias foi necessário capacitações com toda a equipe para seguir as recomendações do Ministério da Saúde referentes à atenção com HAS e DM, esta atividade promoveu o trabalho integrado entre todos.

Fico agradecida pela ajuda recebida por vocês, para a impressão das fichas espelho, para tentar o acesso a internet na secretaria de saúde, agradeço pela atenção oferecida sempre que necessitamos de esclarecimentos sobre o trabalho e sobre a logística administrativa do programa no município.

Lamentavelmente, nem todos as pessoas que necessitavam realizar controles ou exames laboratoriais periódicos puderam fazer, assim como os cadastramentos do 100% das pessoas afetados com estas patologias, pois muitas vezes pela demanda de usuários e outras pelos próprios fatores de trabalho de cada cliente, assim como seus próprios problemas pessoais, acabaram influenciando negativamente no serviço e nos indicadores. Além disso, conseguimos a recuperação de muitas pessoas com controles retrasados e a incorporação quase massiva da população com nosso projeto.

Considero efetiva nossa intervenção, pois foi possível a implementação de ações que servirão de modelo para outras unidades de saúde do município e para direcionar a prática dos profissionais e melhorar a atenção dos usuários pelo SUS. Agradecemos pelo apoio e nos colocamos a disposição para qualquer esclarecimento.

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

Prezada comunidade, a grande maioria de vocês conhece o trabalho que faz algum tempo estamos desenvolvendo em nossa área de atendimento. De Dezembro de 2014 a Fevereiro de 2015, nossa equipe de saúde estava desenvolvendo um projeto de intervenção que teve como principal objetivo qualificar a saúde dos usuários hipertensos e diabéticos maiores de 20 anos de idade, pertencentes a nossa área. Este relatório é para explicar a vocês nossos resultados encontrados e como vocês pode nos ajudar e apoiar para que continuemos melhorando nosso atendimento.

Para o desenvolvimento de nosso projeto, primeiramente nos planejamos e apresentamos objetivos, metas e ações, que seriam alcançadas no período de 16 semanas, mas por fatores que influenciaram na intervenção foi realizada em 12 semanas, o que condicionou não se alcançarem todas as metas planejadas no principio, mesmo assim, podemos garantir que o atendimento oferecido a todos os usuários que fizeram parte da intervenção foi de qualidade.

Todos lembram que antigamente todas as atividades relacionadas com os usuários hipertensos e diabéticos eram feitas pela médica, e se centralizavam em as consultas e em os grupos desenvolvidos uma vez ao mês. Com esta intervenção, conseguimos a participação de todo o equipe viabilizando a atenção para uma maior quantidade de usuários. Com a intervenção conseguimos ampliar a cobertura do Programa de Atenção aos usuários com hipertensão e diabetes maiores de 20 anos de idade, pertencentes a nossa área, ou seja, mais hipertensos e diabéticos que estavam sem acompanhamento foram cadastrados no programa e acompanhados pela equipe.

Durante estas 12 semanas acompanhamos uma maior quantidade de usuários conseguimos melhorar os registros feitos nas consultas, melhoramos a qualidade dos atendimentos, resgatamos pessoas faltosas as consultas, realizamos atividades de promoção e prevenção da saúde, fomentamos a prática regular de exercícios físicos, e o mais importante, conseguimos aumentar em vocês o conhecimento de sua patologia e sua conscientização com respeito a seus cuidados e controles.

Para lograr todos os resultados foi necessária uma capacitação com toda a equipe de saúde para seguir as recomendações e protocolos do Ministério da Saúde referente a este programa de atenção com usuários com HAS e/ou DM. Assim, o trabalho ficou melhor, pois com a integralidade de toda a equipe conseguimos levar às orientações a maior quantidade de usuários.

Fico agradecida com todos vocês pelo apoio dado nestas semanas, pela assistência aos grupos realizados e sua ativa participação, pela ajuda com o preenchimento de todos seus dados pessoais para nossos cadastros, pela divulgação em a comunidade de nossas atividades alcançando assim maior participação da população. Tristemente nem todos as pessoas assistiram as consultas nem as atividades realizadas, mas fico feliz pela participação ativa de vocês e pela recuperação de muitos usuários com controles atrasados e a incorporação a nossos serviços, isto melhorou nossa qualidade de atendimentos e nosso alcance de uma maior cobertura.

Agradeço vocês pela ajuda levando nossas orientações para os demais usuários, sua participação ativa em os grupos realizados, sua assistência nas consultas de controle planejadas, seus exames laboratoriais realizados em dia, e cumprindo com as orientações higiênico dietéticas, não só para os usuários doentes ou portadores destas doenças, também para todos os familiares e conviventes do lar. Agradeço pela aceitação e compreensão que tiveram comigo, sendo uma médica de fora com uma cultura e língua diferente de vocês. Agradeço todo o apoio dado para fazer de nosso posto de saúde um melhor posto e oferecer uma melhor qualidade nos atendimentos.

Este projeto de intervenção fez possível a incorporação de ações a nossa rotina de trabalho, servira de modelo para fazer outros estudos de outros programas priorizados também, e nos ajuda a dirigir nosso serviço e melhorar o atendimento.

Agradeço a todos vocês pelo apoio e a confiança, me encontra a disposição para esclarecer qualquer dúvida de vocês.

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

Minha opinião com respeito todo processo até agora no desenvolvimento desta intervenção é bastante objetivo. No principio acreditava que fosse fácil, mas produto do meu pouco conhecimento com trabalhar pelo computador fez sentir mais difícil para eu fazer estas tarefas, assim como correção dos dados gráficos e seu referente explicação para que outros pudessem entender quando olhem o projeto. Mas não desistir de conseguir o desenvolvimento total do trabalho, muitas vezes quase desistir, mas com o apoio dos outros colegas e os orientadores pude finalizar o estudo.

Com respeito na prática profissional, foi de muita ajuda, com o intercambio de idéias entre os colegas pude incorporar minha rotina diária de trabalho novas ações, novos métodos que facilitaram melhorar nosso trabalho diário na Unidade de Saúde e conseguir melhorar uma maior demanda espontânea da população com um trabalho mais organizado, assim como classificar e priorizar as pessoas tendo em conta seus fatores de riscos, suas doenças e suas vulnerabilidades. Este estudo ajudou-me dirigir mais meu trabalho superando as maiores dificuldades e redistribuir as funções da saúde entre todos os integrantes da equipe de trabalho, sendo que antes a maior responsabilidade e a totalidade das tarefas era só pela medica, mas agora conseguimos um maior alcance da população porque cada integrante da equipe da saúde que tem uma função específica tendo em conta suas capacidades intelectuais, e todos ajudamos com uma melhor orientação da população e assim melhoramos a qualidade da atenção à saúde.

Com as trocas de idéias neste curso, ampliamos nossos conhecimentos, aprofundamos em alguns temas não freqüente em nossa área de trabalho, mas sim em outras áreas, conheci sobre o manejo algumas doenças e seus tratamentos e controles, às vezes específicos para uma área determinada tendo em conta sua

mobilidade. Com as trocadas idéias também conseguimos melhores conselhos para conscientizar as pessoas sobre a importância de conhecer sua patologia e a importância de cumprir o tratamento indicado pelo médico, como prevenir complicações levando este tratamento adequadamente, acompanhado, além disso, com uma alimentação saudável e como levar um modo e estilo de vida melhor.

Considerarei muito positiva as trocas de idéias em os fórum cada semana, se conheceu a experiência de cada um em diferentes áreas onde estamos trabalhando, se aprofundou em conhecimento, retirei dúvidas com respeito alguns controles de doenças, conheci de doenças próprias de algumas áreas e houve troca de informações sobre tratamentos e conhecimentos.

D e forma geral o curso foi muito positivo, sendo uma maneira de manter contato com outros colegas, uma maneira de estudar e de aprofundar o já aprendido em nossos estudos na Universidade e com os orientadores foi bem positivo, pois eles orientavam e opinavam também com respeito a nossos temas escolhidos, assim como suas orientações foram dirigidas sempre a melhorar nossas condutas e controles, ajudando assim a ser melhores profissionais.

## Referências

BRASIL.a Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial**(Cadernos de Atenção Básica, n. 37) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il.

BRASIL.b Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** (Cadernos de Atenção Básica, n. 36) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il.

## **Anexos**





**Anexo C- 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>  
Pro<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