

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família**

**Turma 6**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Assistência aos Usuários com Diabetes e/ou Hipertensão na UBS**  
**Erismina Carlos Fernandes, na Cidade de Major Sales - RN**

**Hugo de Amorim Oliveira**

**Pelotas, 2015**

**Hugo de Amorim Oliveira**

**Melhoria da Assistência aos Usuários com Diabetes e/ou Hipertensão na UBS  
Erismina Carlos Fernandes, na Cidade de Major Sales - RN**

**Trabalho de conclusão de curso apresentado ao  
Curso de Pós-Graduação em Saúde da Família da  
Universidade Federal de Pelotas, como requisito  
parcial à obtenção do título de Especialista em  
Saúde da Família.**

**Orientadora: Renata Lima Silva**

**Pelotas, 2015**

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

O48m Oliveira, Hugo de Amorim

Melhoria da assistência aos usuários com Diabetes e/ou Hipertensão na UBS Erismina Carlos Fernandes, na Cidade de Major Sales - RN / Hugo de Amorim Oliveira; Renata Lima Silva, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

79 f. : il.

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

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

CDD : 362.14

Elaborada por Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

“É inevitável que, quanto mais ambicioso é o trabalho, mais imperfeita seja a sua execução... Mas isso não quer dizer que ele só deva ser apresentado quando não houver mais nenhuma esperança de melhorá-lo.”

Friedrich Hayck  
(*The Construction of Liberty*)

## **AGRADECIMENTOS**

Chega o momento de reconhecer e agradecer aquelas pessoas que puderam estar ao meu lado, me compreendendo e me ajudando a estar encerrando mais essa conquista em minha vida.

Inicialmente quero agradecer a Deus por tudo que sempre me proporcionou, e por nunca ter me deixado desistir, mesmo nos momentos em que cheguei a desanimar, a não acreditar que pudesse dar certo, por essa grande oportunidade de poder estar aprendendo, e ao mesmo tempo ajudando à comunidade. Agradeço ainda pela família maravilhosa e pela namorada incrível que tenho comigo e sei que posso contar.

Agradeço à minha família, em especial à minha irmã, que sempre estiveram me dando apoio nos momentos de desânimos e complicações encontradas no dia a dia para a realização do projeto.

À minha namorada, que soube entender as noites que não pude vê-la por estar realizando as atividades do projeto, pelos estresses e desânimos do dia a dia que acabavam afetando no meu humor, e por estar sempre presente ao meu lado me apoiando, me entendendo e me fazendo feliz.

À minha orientadora Renata Lima Silva, pelas orientações, pela ajuda, por sua atenção e paciência comigo durante esse projeto, pelos momentos de incentivos e força para dar continuidade ao trabalho, sem desistir. Muito Obrigada!

À equipe da unidade de saúde UBS Erismina Carlos Fernandes, aos profissionais que participaram da intervenção, que puderam estar me ajudando, além dos estudantes que foram cruciais para a continuidade do projeto, à secretária de saúde, ao prefeito e a todos que estiveram presentes e me ajudaram em qualquer momento.

E agradeço principalmente a cada um dos meus usuários que estiveram participando, tendo a paciência de realizar todos os exames, assistindo palestras, retornos de consultas e nos deixando realizar um trabalho na tentativa de melhorar a qualidade de saúde daquela comunidade, que sem eles não teria sido possível a realização desse projeto.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b>	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde	<b>51</b>
<b>Figura 2</b>	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde	<b>51</b>
<b>Figura 3</b>	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	<b>52</b>
<b>Figura 4</b>	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	<b>53</b>
<b>Figura 5</b>	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	<b>53</b>
<b>Figura 6</b>	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	<b>53</b>
<b>Figura 7</b>	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia priorizada	<b>54</b>
<b>Figura 8</b>	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia priorizada	<b>54</b>
<b>Figura 9</b>	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	<b>54</b>
<b>Figura 10</b>	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	<b>55</b>
<b>Figura 11</b>	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa	<b>55</b>
<b>Figura 12</b>	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa	<b>56</b>
<b>Figura 13</b>	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento	<b>56</b>
<b>Figura 14</b>	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento	<b>57</b>
<b>Figura 15</b>	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	<b>57</b>
<b>Figura 16</b>	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	<b>58</b>
<b>Figura 17</b>	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável	<b>58</b>
<b>Figura 18</b>	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável	<b>59</b>

<b>Figura 19</b>	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular	<b>59</b>
<b>Figura 20</b>	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular	<b>59</b>
<b>Figura 21</b>	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo	<b>60</b>
<b>Figura 22</b>	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo	<b>60</b>
<b>Figura 23</b>	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal	<b>60</b>
<b>Figura 24</b>	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal	<b>61</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>AGA</b>	Avaliação Geriatria Ampla
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>CRAS</b>	Centro de Referência da Assistência Social
<b>DM</b>	Diabetes Mellitus
<b>DST</b>	Doença Sexualmente Transmissível
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>HAS</b>	Hipertensão Arterial Sistêmica
<b>Hiperdia</b>	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NASF</b>	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
<b>PA</b>	Pressão Arterial
<b>PNI</b>	Programa Nacional de Imunizações
<b>PROVAB</b>	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
<b>RN</b>	Rio Grande do Norte
<b>SIAB</b>	Sistema de Informação da Atenção Básica
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TSH</b>	Thyroid Stimulating Hormone
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>USG</b>	Ultrassonografia

## Sumário

1. ANÁLISE SITUACIONAL.....	11
1.1 TEXTO SOBRE A SITUAÇÃO DA ESF/ APS .....	11
1.2 RELATÓRIO DA ANÁLISE SITUACIONAL .....	12
1.3 COMENTÁRIO COMPARATIVO ENTRE O TEXTO INICIAL E O RELATÓRIO DA ANÁLISE SITUACIONAL.....	25
2. ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	26
2.1 JUSTIFICATIVA.....	26
2.2 OBJETIVOS E METAS.....	28
2.3 METODOLOGIA .....	30
2.3.1 DETALHAMENTO DAS AÇÕES .....	30
2.3.2 INDICADORES.....	39
2.3.3 LOGÍSTICA.....	43
2.3.4 CRONOGRAMA.....	46
3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO .....	47
4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	51
4.1 RESULTADOS.....	51
4.2 DISCUSSÃO .....	64
4.3 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO PARA OS GESTORES.....	66
4.4 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO PARA A COMUNIDADE .....	68
5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE SEU PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM.....	69
BIBLIOGRAFIA .....	71
ANEXOS .....	73
ANEXO 1 - FICHA ESPELHO.....	74
ANEXO 2 - PLANILHA DE COLETA DE DADOS .....	76
ANEXO 3 - DOCUMENTO DO COMITÊ DE ÉTICA .....	77

## RESUMO

OLIVEIRA, Hugo de Amorim. **Melhoria da assistência usuários com diabetes e/ou hipertensão na UBS Erismina Carlos Fernandes, na Cidade de Major Sales – RN.** 2015. 79f. Trabalho de Conclusão de Curso - Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O diabetes mellitus (DM) apresenta-se como um conjunto de alterações metabólicas, evidenciada pela hiperglicemia (elevação da glicose no sangue), trazendo inúmeras complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, principalmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Podendo ser causada pela deficiência no processo de ação e/ou secreção da insulina. Podendo ainda ser classificado em diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, diabetes gestacional e outros tipos. A hipertensão arterial é caracterizada pelo valor da pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e o valor da pressão diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em pessoas que não estão em uso de medicamentos anti-hipertensivos, geralmente, associada a alterações funcionais, estruturais e metabólicas, com aumento do risco cardiovascular. Hoje, considerada grave problema de saúde pública, tendo alta prevalência e baixas taxas de controle. . O projeto de intervenção ocorreu na UBS Erismina Carlos Fernandes, no município de Major Sales – RN, contando com uma população de 3.536 habitantes, tendo 101 diabéticos e 441 hipertensos acompanhados na Unidade, onde foram realizadas ações baseadas em quatro eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica, diante dos objetivos baseados na cobertura, qualidade, adesão, registro, avaliação de risco e promoção da saúde. Não conseguimos alcançar todas as nossas metas que foram estabelecidas e orientadas de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, devido a pequena participação da equipe e da comunidade, mas os poucos que participaram estiveram presentes com grande interesse, o que podemos concluir muito do que foi planejado não foi realizado, que muitas metas não foram alcançadas, seja por limitação do sistema, por falta de conhecimento das pessoas (usuários e funcionários da UBS) ou até mesmo por outras questões, mas esse trabalho mesmo parecendo pouco diante da realidade e das dificuldades, acredito que pode se torna muito, a longo prazo, e servir de inspiração para a equipe atual ou equipes futuras, e que apesar de não termos chegado às nossas metas iniciais, tivemos a oportunidade de vivenciar a experiência e poder plantar uma “sementinha” para que os próximos profissionais que atuarem naquela unidade possam estar melhorando a qualidade da assistência prestada à comunidade.

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

## ABSTRACT

OLIVEIRA, Hugo de Amorim. **Melhoria da assistência aos usuários com diabetes e/ou hipertensão na UBS Erismina Carlos Fernandes, na Cidade de Major Sales - RN 2015.** 79f. Trabalho de Conclusão de Curso - Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Diabetes mellitus (DM) is presented as a set of metabolic abnormalities evidenced by hyperglycemia (high blood glucose), bringing numerous complications, dysfunction and failure of various organs. especially eyes, kidneys, nerves, brain, heart and blood vessels. It can be caused by a deficiency in the process of action and / or insulin secretion. May also be classified as type 1 diabetes, type 2 diabetes, gestational diabetes, and other types. Hypertension is characterized by the value of systolic blood pressure or equal to 140 mmHg and the diastolic pressure value of greater than or equal to 90 mmHg in people who are not using anti-hypertensive drugs, usually associated with functional changes, structural and metabolic, with increased cardiovascular risk. Today, considered a serious public health problem, with high prevalence and low control rates. . The intervention project occurred in UBS Erismina Carlos Fernandes in the city of Major Sales - RN, with a population of 3,536 inhabitants, with 101 diabetic and 441 hypertensive accompanied the unit where actions based on four axes were carried out: monitoring and evaluation, organization and management of the service, public engagement and qualification of clinical practice, before goals based on the coverage, quality, compliance, registration, risk assessment and health promotion. We could not achieve all of our goals that were established and oriented according to the Ministry of Health of the Protocol, due to low participation of the staff and the community, but the few who were present participated with great interest, which we may conclude that the was planned was not performed, many missing targets, either by system limitation, for lack of knowledge of people (users and UBS employees) or even other issues, but this work even looking little face of reality and difficulties, I believe we can become very, long-term, and provide inspiration for the current team or future teams, and although we did not come to our initial goals, we had the opportunity to experience the experience and power plant a "seed "so that the next professionals who act in that unit may be improving the quality of care provided to the community.

Keywords: Family Health; Primary Health Care; Chronic Disease; Diabetes mellitus; Hypertension.

## **Apresentação**

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi constituído por uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos da Unidade de Saúde UBS Erismina Carlos Fernandes do município de Major Sales – RN. O volume está organizado em cinco unidades de trabalho seqüenciais e interligadas. Na primeira unidade observamos a análise situacional desenvolvida do curso. Na segunda unidade é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção. A terceira unidade apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas. Na quarta unidade encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde. Na quinta e última unidade a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de março de 2014, quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas: sua finalização ocorreu no mês de janeiro de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

## **1. ANÁLISE SITUACIONAL**

### **1.1 TEXTO SOBRE A SITUAÇÃO DA ESF/ APS**

A ESF/APS em meu serviço é referência em toda a região do interior do RN. Está inserida na cidade de Major Sales, a qual comporta uma população de 3 mil habitantes aproximadamente. A UBS situa-se na zona urbana e é a única de toda a cidade. Há um hospital de pequeno porte que também dá suporte nas urgências e emergências.

A UBS foi construída em 2013, e adequa-se em todos os aspectos ao que é preconizado pelo ministério da saúde. Temos todos os espaços adequadamente distribuídos: sala de vacina, esterilização, consultório, médico, odontológico e de enfermagem. Além de farmácia básica com todos os principais medicamentos preconizados pelo SUS e recepção com recursos audiovisuais fornecidos pelo MS. Todas as salas são climatizadas e adequadas para o atendimento à população de forma confortável e humanizada.

A equipe de saúde tem todos os membros engajados em fazer APS de altíssima qualidade. Todos os ACS são também técnicos de enfermagem, o que facilita em muito a avaliação dos usuários durante as visitas domiciliares. A enfermeira, juntamente com o médico, realiza exames e orientação com relação aos cânceres ginecológicos, além de pré-natal e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças. A atualização da caderneta de vacina também é de extrema prioridade para garantir todas as vacinas preconizadas pelo PNI.

Soma-se a isto o fato de a atuação de toda equipe de saúde ir além dos limites da UBS. Temos um trabalho junto à comunidade bastante expressivo. Todos nós participamos de campanhas como a de orientação para os riscos da dengue, do câncer de colo uterino/vacinação contra HPV, importância da água e meio ambiente. O programa saúde na escola também é realizado através de palestras como de sexualidade, importância de práticas esportivas na saúde do adolescente, importância de métodos de higiene bucal dentre outros.

Além das visitas domiciliares a usuários acamados e aqueles que estão em locais de difícil acesso, fazemos visitas e orientações na associação de idosos da

cidade, no grupo de gestantes, grupo de mães e grupo de pessoas usuárias de psicotrópicos, academia da saúde e grupos de usuários especiais, pelo menos uma vez no mês.

Soma-se a isto a ajuda prestada pelos profissionais do NASF, sempre presentes e dispostos a ajudar no seguimento de usuários crônicos e que precisam de uma abordagem multidisciplinar: como portadores de diabetes, hipertensos, obesos, portadores de síndromes ansiosas e de doenças osteoarticulares crônicas.

## **1.2 RELATÓRIO DA ANÁLISE SITUACIONAL**

O município de Major Sales situa-se no alto sertão do Rio Grande do Norte, há pouco mais de 400 Km da capital Natal e conta com uma população de aproximadamente 3600 habitantes. Apesar de pequena, a cidade destaca-se em vários aspectos, dentre eles a cultura e a saúde.

No tocante a saúde, a cidade conta com um hospital de pequeno porte que faz atendimento às urgências de baixa complexidade, e com a UBS Erismina Carlos Fernandes, recém-construída, onde atua apenas uma equipe da Estratégia Saúde da Família. Ambos os estabelecimentos realizam atendimentos integralmente pelo SUS.

A cidade apresenta uma zona rural bastante fragmentada com destaque para um distrito conhecido como Fazenda Nova, que é a maior comunidade rural do município. Desta forma, a área de abrangência da UBS Erismina Carlos Fernandes, que se situa na zona urbana, é a própria área da cidade.

Atualmente não há vínculo entre a rede de saúde da cidade e instituições de ensino. Porém alguns alunos da escola técnica de enfermagem da cidade vizinha de Pau dos Ferros, por vezes utilizam o espaço da UBS para realização de trabalhos e análises que são cobrados em seu curso.

Nossa equipe é composta por um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um odontólogo, um técnico em saúde bucal e 8 agentes comunitários de saúde, sendo que 5 deles atuam na zona urbana e 3 na zona rural. Além destes contamos com os outros profissionais a exemplo de vacinador, recepcionista, diretor da UBS, e equipe de serviços gerais.

Além de atendimento médico e de enfermagem, na UBS também é realizado o atendimento em saúde bucal, já que não dispomos de um Centro de Especialidade Odontológicas. O espaço também é compartilhado com os profissionais do NASF, pois o mesmo não tem sede própria até o momento, estando em fase de viabilização. A equipe do NASF é composta por um psicólogo, uma farmacêutica, uma fonoaudióloga e uma fisioterapeuta, que de forma integral dão suporte a equipe da ESF, além de participarem em conjunto das ações coletivas quando são realizadas.

Em relação ao atendimento clínico, este é realizado quase que totalmente através de demanda espontânea, onde conseguimos ser resolutivos em mais de 80% dos casos. Quando nossa capacidade de investigação é suplantada ou em caso de usuários com problemas que demandem uma atenção especializada, os mesmos são encaminhados para a atenção secundária, a qual é realizada na cidade vizinha de Pau dos Ferros (há 30Km da nossa cidade). Pela proximidade e facilidade de transporte, o acesso físico a um atendimento especializado deveria ser rápido e fácil. Porém devido a grande demanda das outras cidades e pela falta de especialistas na região, os usuários acabam tendo que esperar em torno de 15 dias a 1 mês pelo atendimento.

Outro problema que temos com relação ao atendimento especializado é a inexistência de especialidades como reumatologia, oncologia e hematologia, dentre outros, o que faz com que o atendimento a esses usuários sejam realizados por outros profissionais (médicos não especialistas).

Com relação aos exames complementares, a cidade dispõe de um pequeno laboratório que resolve grande parte da demanda semanal dos exames de rotina como hemograma, sumário de urina, perfil lipídico dentre outros. Os exames de maior complexidade a exemplo de anticorpos e outros marcadores são terceirizados pela gestão municipal. Outros, como exames de imagem são realizados nas cidades referências, seja Pau dos Ferros, Mossoró ou até mesmo em Natal. Há grande envolvimento da gestão municipal para que, apesar das dificuldades não haja demanda reprimida de exames complementares.

Além da UBS e do Hospital Municipal, ainda contamos com o apoio da academia da saúde como espaço de práticas de atividades física e reuniões de

grupo como gestantes e mães. São utilizados também como espaços de atividade em saúde o centro de idosos da cidade e as escolas da rede municipal e estadual, além do centro cultural municipal.

Por ter sido construída há pouco menos de um ano, a nossa UBS apresenta espaços físicos que foram pensados de forma a garantir conforto e comodidade aos usuários além de acessibilidade aos usuários especiais, e boa acomodação de materiais e insumos.

Temos uma ampla sala de reuniões, onde também são realizadas atividades de grupo como discussões sobre temas diversos juntamente com ACS e restante da equipe, além de reuniões de planejamento mensal. Esta sala é equipada com multimídia e nela dispomos de mapa das áreas de atuação da equipe, dividida por ACS, assim como as principais características de cada área de atuação dos mesmos, como quantidade de hipertensos e diabéticos, por exemplo. Temos neste mesmo espaço um acervo com algumas das publicações do Ministério da Saúde e material utilizado pelo NASF. Tanto a equipe do NASF como ACS também utilizam o espaço para reuniões.

Nossa recepção contém aparelho multimídia para entretenimento dos usuários que aguardam atendimento, banheiros para os usuários e sala da recepcionista, onde os usuários recolhem seus prontuários da família antes de serem atendidos. Os prontuários ficam guardados em um armário de dimensões aceitáveis para a quantidade de prontuários que comporta. Apesar de dispormos de computador este não é utilizado no ambiente da recepção, por falta de manutenção. Neste espaço também dispomos de murais informativos e local para depósito, por escrito, de elogios e reclamações por parte dos usuários. Deixamos a mostra cartazes informativos sobre as principais campanhas promovidas pelo MS e preservativos para serem pegos pelos usuários.

A farmácia básica também está em íntima relação física com a recepção, facilitando o fluxo de pessoas. Tem sistema próprio de informatização com internet e desktop conectado ao ORUS, que é o sistema alimentado com as informações de dispensa de medicamentos. Temos uma boa quantidade de medicações disponíveis para tratamento das principais patologias que acometem a comunidade.

Dispomos também de consultório odontológico de dimensões adequadas para seu bom funcionamento, assim como aparato material disponível; consultório médico, com maca, computador, arquivo e climatizador de ar; sala da enfermeira, a única que tem banheiro próprio e mesa ginecológica, visto ser ela a responsável por colher material para exame citológico do colo uterino; sala de vacinas, onde temos refrigerador para manter as vacinas em temperatura adequada, além de todo material para garantir a aplicação do Programa Nacional de Imunizações na comunidade; temos uma sala de pequenos procedimentos, onde contamos com algumas medicações injetáveis para resolver alguma urgência que porventura apareça, além de ser o local onde são realizadas as nebulizações.

Na parte posterior da UBS temos sala de utilidades, sala de esterilização, almoxarifado, sala de material de limpeza, copa, banheiros para funcionários e sala do administrador. Na parte externa à UBS temos uma área específica para o compressor. Todos os ambientes da UBS são climatizados, com piso e paredes lisas, porém estas últimas não são laváveis.

As poucas limitações que temos em relação a deficiências de estruturas são descritas a seguir e apesar de afetarem de maneira muito discreta, são aspectos a serem lembrados durante esta análise.

A própria localização da UBS privilegia um pólo da cidade em detrimento de outro, o que dificulta o acesso para quem mora distante. Além de ficar distante também do hospital municipal, o que dificulta no transporte de usuários que apresentem alguma urgência e necessitem de observação hospitalar.

A ausência de sala para os ACS também é um ponto importante, pois eles acabam utilizando a sala de reuniões. O que muitas vezes dificulta a organização do material deles e sua própria dinâmica de trabalho. O fato de não dispormos de sala específica para nebulização, como preconizado, afeta diretamente nosso trabalho, pois as mesmas são realizadas na sala de procedimentos, onde o fluxo é organizado pela equipe de enfermagem, para que todos sejam atendidos da melhor forma possível. Porém sabemos que a sala de procedimentos é uma sala naturalmente infectada, não propícia ao atendimento de usuários que precisam apenas de uma nebulização.

Ainda com relação à estrutura preconizada observa-se que o fato de as paredes não serem laváveis, dificulta em parte nosso trabalho, principalmente durante as urgências que chegam, durante as quais inevitavelmente ocorre sujeira por sangue ou outros materiais de difícil limpeza.

Apesar de possuímos microcomputadores em diversos espaços, estes não são utilizados como facilitadores no atendimento ao público, de certa forma são até sub-utilizados pelos profissionais que trabalham na UBS. Quanto à acessibilidade a usuários especiais, vejo a falta de orientação para deficientes visuais (identificação em braile de cada sala, por exemplo), uma limitação importante.

Acredito que nossa equipe consiga realizar todas as atribuições básicas necessárias para um atendimento ao público. Os ACS realizam as visitas domiciliares, fazem as triagens de usuários que necessitam de atendimento por toda a equipe, além de orientarem ações de promoção e educação em saúde, o que contribui em muito na redução dos níveis de adoecimento. Por parte da população há uma boa noção de empoderamento neste sentido, que procura os ACS, cobram e reclamam pelos seus direitos.

A equipe de enfermagem realiza o acompanhamento em saúde da mulher e da criança, realizando ações de prevenção juntamente com o médico e o restante dos profissionais. A equipe de saúde bucal tem atuação tanto clínica como nas escolas, seja de forma isolada ou juntamente com as ações do Programa Saúde na Escola.

De uma forma geral, acredito que quanto às atribuições da equipe, a mais preocupante delas e de difícil realização tem sido implantar um acolhimento baseado em protocolos, no qual haja uma escuta qualificada das demandas dos usuários. Acredito que o grande fator que contribui para esta dificuldade seja a cultura local, baseada no imediatismo e na clínica baseada na medicalização excessiva, quando se trata de atendimento médico.

Como resultado disto, temos uma demanda muitas vezes excessiva, que deixa os profissionais exauridos e torna o atendimento médico na ESF, quase como um pronto atendimento, com pouco tempo para um exame completo nos casos necessários e quase nenhum tempo para registro dos dados da consulta no prontuário da família.

Contudo, esta realidade tem mudado graças ao esforço da gestão em manter um plantonista no hospital da cidade 24h desafogando nossa UBS, assim como após a aprovação de uma nova equipe de ESF que iniciou suas atividades há 7 dias. Observamos uma mudança significativa, com redução da demanda espontânea e, enfim, abrindo-se a possibilidade de uma demanda agendada em paralelo algo aspirado por toda a equipe desde o início das atividades em março deste ano.

Acredito assim que a medida mais eficaz para sanarmos este problema e podermos realizar um acolhimento com escuta qualificada, seja pelo médico ou pela equipe de enfermagem, seja lutar pela manutenção da nova equipe, incentivo aos médicos da região para que possam atuar como plantonistas na cidade ao mesmo tempo em que nossa equipe possa dialogar e discutir sobre um das metodologias de acolhimento para iniciar esta nova fase.

Além disto, precisamos instaurar protocolos de acompanhamento a usuários diabéticos, hipertensos e idosos, que visem uma avaliação global de riscos e intervir de forma direta nos casos mais urgentes. Ações estas que vão além daquelas desenvolvidas no HIPERDIA, ou no atendimento clínico de rotina.

Como a UBS é a única da cidade, a população adscrita é a mesma população da cidade, a qual soma um total aproximado de 3 536 habitantes (dados de 2010), sendo o 142º município mais populoso do Rio Grande do Norte, apresentando uma densidade populacional de 110,6 km<sup>2</sup>, uma das maiores do estado. Desse total, 2 900 habitantes vivem na zona urbana (82,01%) e 636 na zona rural (17,99%).

Já com relação à distribuição por sexo, 1 787 pessoas são do sexo feminino (50,54%) e 1 749 do sexo masculino (49,46%). Quanto à faixa etária, 935 pessoas menos de 15 anos (26,44%), 2 250 entre 15 e 64 anos (63,63%) e 351 possuem 65 anos ou mais (9,93%).

Levando em consideração o tamanho da cidade e a fragmentação de regiões principalmente com relação à zona rural, toda a equipe assim como a gestão acreditam que apenas uma equipe de ESF é insuficiente para atender a demanda de forma qualificada, o que muitas vezes gera sobrecarga de trabalho e insatisfação

dos usuários quando suas necessidades não são resolvidas na velocidade que desejam.

É com este pensamento que a gestão municipal preocupa-se em manter o hospital municipal funcionando assim como, desde o início do ano, juntamente com a nossa equipe, luta pela autorização de mais uma equipe de ESF. Fato este que veio a ocorrer nos últimos dias e cujos benefícios já estão sendo sentidos por todos, tanto usuários como equipe mais antiga.

Acreditamos que nos cabe agora organizar mais ainda o fluxo, priorizando o atendimento de urgência e emergência ao hospital assim como o excesso de demanda espontânea e deixando a cargo da UBS os usuários com doenças crônicas, como diabéticos e hipertensos, além daqueles usuários que necessitem de uma investigação de sua patologia, fato que não estava ocorrendo até agora, visto que, nos responsabilizávamos por toda a demanda espontânea principalmente nos dias em que não tínhamos médico de plantão no hospital.

Desta forma acreditamos que a educação permanente da população melhore o atendimento clínico, com o excesso da demanda espontânea sendo orientada a procurar atendimento hospitalar.

Acreditamos que para promover uma atenção a saúde da criança de forma satisfatória, devemos acompanhar a criança antes mesmo de ela vir a nascer, com monitoramento da gestação, através da solicitação de USG e exames de rotina, para identificarmos possíveis alterações fetais ao nascimento. É através do acompanhamento pré-natal regular, de acordo com o que preconiza o ministério da saúde (quanto a exames, consultas, etc.) que conseguimos reduzir índices de problemas neonatais precoces.

Nossa cobertura a saúde da criança envolve toda a equipe de ESF, juntamente com NASF e ao CRAS do município, desde a primeira consulta de puerpério, onde são feitas as primeiras orientações à mãe quanto à saúde do recém-nascido, passando por toda a primeira infância quando é feito o acompanhamento de perto do crescimento e desenvolvimento da criança.

Além da avaliação do crescimento e desenvolvimento (CD) que é realizado na UBS (de acordo com o Manual de Atenção a Saúde da Criança), as demandas de saúde agudas também são resolvidas na própria UBS, na maioria dos casos.

Situações de violência doméstica ou outras que coloque em risco a saúde biopsicossocial da criança são trazidas pelos ACS (que tem maior contato com a comunidade) e discutidas em nossas reuniões de equipe. Além disto, há um envolvimento em conjunto para que a vacinação das crianças se mantenha atualizada de acordo com o que é preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações para cada idade.

Outras ações de promoção à saúde da criança são realizadas junto à comunidade escolar, com palestras sobre saúde bucal, alimentação saudável, obesidade e desnutrição na infância. Soma-se a isso o projeto saúde na escola, que em sua última edição enfatizou a questão das práticas corporais como medida de prevenção de doenças.

Diante desta realidade em que me encontro, considero satisfatório o acompanhamento da criança em nossa UBS. Apesar de não haver uma equipe de avaliação a saúde da criança. Toda a equipe que presta este atendimento trabalha de forma harmoniosa, inclusive identificando falhas e dando sugestões no processo de trabalho dos colegas.

Acredito que, da mesma forma que temos o grupo de gestante, poderíamos formar também grupos de mães de acordo com a faixa de crescimento dos filhos para poder discutir as características de cada fase e até mesmo melhorar a interação e discutir conflitos entre as crianças de mesma faixa etária. Importante também para a discussão de problemas como, dificuldade dos pais para lidar com o início da vida sexual dos filhos, orientação sobre prevenção de DST's e uso de drogas, problemas que aos poucos vem ganhando espaço até mesmo em cidades pequenas como a nossa. Poderíamos abranger mais ainda a atuação junto as escolas, com o estímulo a realização de atividades lúdicas que envolvessem temas de educação em saúde, como formação de grupo de teatro infanto-juvenil e organização de gincanas com temas relacionados.

A atenção ao pré-natal em nossa unidade é organizada da maneira mais eficaz possível, com a abordagem da gestante logo no primeiro trimestre, através de exame clínico e solicitações de exames complementares como preconizado pelo ministério da saúde, na grande maioria das vezes. Além disto, fornecemos informações sobre a própria gestação, como modificações normais que ocorrem no

organismo materno e enfatizamos o aleitamento materno exclusivo por no mínimo 6 meses. A vacinação da gestante também é outra prioridade que mobiliza toda a equipe.

O pré-natal em nossa UBS é feito em parceria da enfermeira com o médico, tanto nos casos em que a gestante não apresenta uma queixa clínica específica, como nos casos em que essa demanda existe. Além disto, o NASF faz também um trabalho multidisciplinar junto ao Grupo de Gestantes que é organizado pelo CRAS da cidade.

Apesar de tanto a equipe quanto as usuárias considerarem satisfatória a assistência ao pré-natal que é oferecido pela equipe, dada a grande participação das gestantes nas atividades promovidas pela equipe e nos elogios a despeito de nosso trabalho, acredito que apenas um ponto deveria ser melhorado no trabalhado entre as gestantes, que é o valor e a importância do parto normal, pois nossa região tem muitos médicos que propagam, indiscriminadamente, a cultura da cesariana como a melhor forma de se parir. Considerando isto, a equipe já se reuniu e todos concordaram de se levar tal temática para ser debatida no grupo de gestantes organizado pelo CRAS.

Além disto, acredito que a importância do acompanhamento dos ACS junto às gestantes é de suma importância para ampliar cada vez mais cobertura e sondar situações de vulnerabilidade que estas venham a sofrer. Assim como instituir programas simples de incentivo as gestantes a conhecer o lugar onde irão parir, assim como os profissionais que participarão da assistência ao parto, como forma de humanização do processo, contribuindo assim para redução da ansiedade tão presente no período da gestação.

Em relação à prevenção do câncer de colo de útero em minha unidade, esta é realizada através tanto atividade de educação em saúde como prevenção a exemplo do exame citopatológico que é realizado pela equipe de enfermagem em dois turnos durante a semana sendo os resultados dos exames registrados em livro específico. Há também registro, neste mesmo livro, das mulheres com exames atrasados.

Apesar de a cobertura das mulheres com exames de rastreio em dia estar acima de 80%, o número de mulheres com exames atrasados é considerável, algo

em torno de 14%. Em conversa com a equipe, percebe-se que, grande parcela destas mulheres se recusa a realizar o exame ou por puro preconceito e/ou medo acabando por protelar (sem motivo aparente) sua realização mesmo quando os ACSou outro membro da equipe cobra da usuário que esta o faça na data marcada. Apesar disto, temos apenas um caso de câncer de colo uterino, estando a usuário inclusive já cirurgiada desde o ano passado.

Já com relação a avaliação de risco para câncer de colo, orientações sobre a doença e sobre prevenção, orientação sobre DST's, observamos que conseguimos atingir todas as mulheres da área de alguma forma: seja através de visitas domiciliares onde é conversado e orientado sobre o tema, seja através de palestras em grupos comunitários ou durante as consultas clínicas. Assim, seja através do médico, do enfermeiro ou do agente de saúde, as mulheres com faixa-etária de risco são orientadas sobre a doença.

As atividades coletivas apresentam grande aceitação entre a população feminina, com participação expressiva de palestras e grupos de discussões temáticas.

Em termos de melhora, para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do controle do câncer, poderíamos intensificar as orientações junto a população que se recusa a realizar o citopatológico, visto que a grande maioria, ainda tem medo ou timidez de realizar o exame, mesmo sendo realizado, de forma predominante, por enfermeiras mulheres.

Associado a isto, visitas domiciliares de rotina nas casas de mulheres cujo citopatológico alterado, abordando a usuário de forma holística e entendendo a dinâmica familiar em que ela está inserida, poderia garantir melhor um vínculo com a equipe da ESF e diminuiria as chances de perda do seguimento destas usuários.

Já em relação ao controle de câncer de mama, houve grande dificuldade na coleta de dados, devido ausência de registros de forma sistemática em nossa UBS, ao contrário do exame preventivo para câncer de colo.

Não há registro de usuários na faixa-etária de risco com mamografias em dia ou atrasadas. Aparentemente, com exceção da campanha outubro rosa do ano passado, as mamografias eram solicitadas de forma bastante aleatória, apenas quando a usuário apresentava alguma queixa mamária.

Apesar de existir orientações sobre a doença e avaliação do risco para todas as mulheres com idade de risco, elas são realizadas de forma bastante pontual, durante as consultas médicas ou de enfermagem e visitas domiciliares. Ações programáticas rotineiras não são realizadas para uma avaliação de risco e um exame físico das mamas mais minucioso. Com exceção daquelas que ocorreram no outubro rosa.

Pela importante morbimortalidade causada pelo câncer de mama, deveríamos priorizar uma agenda otimizada, para avaliar as mulheres de risco, criando um livro específico para os resultados de mamografia e enfatizar o tema durante as atividades extra-UBS. Está talvez seja nossa grande limitação atualmente

Assim como para as mulheres com exames citopatológico alterados, acredito que a melhor maneira de não perder o seguimento destas usuáris seja trabalhando a coordenação do cuidado: de forma integral ao longo dos níveis de complexidade do sistema em que a usuáris vá “caminhar”, assim como de forma integral/individual entendendo as tensões que envolvem a usuáris em seu lar, dando suporte psicológico para ela enfrentar a doença, que muitas vezes é literalmente mutilante. Desta forma acredito que ao fortalecer o vínculo profissional de saúde-usuáris, aumentaremos em muito as chances de estas usuáris manterem o seguimento junto à equipe.

Com relação às usuáris que necessitam de atendimento médico especializado, referenciamos de duas formas. A primeira é o encaminhamento para uma médica ginecologista/obstetra que faz atendimento médico na UBS um turno na semana a cada 15 dias, e neste caso a contra-referência é imediata com discussão dos casos e manejo em conjunto quando necessário. Através deste suporte conseguimos atender muitos casos de gestação de alto risco, por exemplo, além de seguimentos de usuáris com lesões de colo uterino que não necessitem de cirurgia num primeiro momento. Além disto, fazemos em conjunto atendimento a mulheres climatéricas e damos algum suporte junto ao planejamento familiar.

A segunda opção é o encaminhamento para um centro de referência, que no nosso caso é a cidade de Pau dos Ferros. Para lá são encaminhadas gestantes de alto risco com alguma emergência ou que necessitem de exame mais específico que não disponibilizamos. Além disto, encaminhamos usuáris com patologia de colo

uterino que tenham necessidade de tratamento cirúrgico. Neste caso a contra-referência é pobre quando não inexistente. Não há um feed-back do especialista que faz o atendimento destas usuários e o acompanhamento junto à equipe da UBS depende muito de nós irmos atrás para entender que tipo de manejo clínico foi realizado com a usuário e a partir daí darmos sequência ao seguimento da mesma.

Com relação ao cuidado da saúde de hipertensos e diabéticos, há uma desproporção entre a quantidade de usuários estimada para a área de abrangência e a que é cadastrada, fato este provavelmente justificado pela ausência de ações programáticas para rastreio. Os diagnósticos muitas vezes são achados casuais encontrados durante avaliação clínica rotineira, ou por ocasião de aferição espontânea durante o HIPERDIA.

Apesar de fazermos um trabalho com os usuários já diagnosticados, não há uma política de expansão da cobertura. Apesar de o HIPERDIA ocorrer de forma bastante metódica, muitas vezes multidisciplinar, envolvendo NASF e outros profissionais, os resultados das ações não são discutidos nas reuniões de equipe.

Apesar de haver um consenso que todos devam receber orientações quanto a dieta e exercícios físicos, não há uma organização do serviço quanto a realização rotineira de estratificação de risco cardiovascular ou quanto a instituição de consultas agendadas para este grupo de usuários. A avaliação clínica sempre foi realizada de forma pontual por livre demanda ou durante o HIPERDIA.

Muitas mudanças precisam ser implementadas para melhorar a qualidade do cuidado destes usuários. Instituir na prática um protocolo de rastreio de usuários hipertensos. Solicitar e registrar em livro específico para este grupo os exames recomendados, estratificar o risco cardiovascular e a partir desses dados todos, implementar ações racionais que visem reduzir danos provocados pela doença.

Com relação aos diabéticos os registros disponíveis na UBS são apenas quantitativos e descrevem o número de diabéticos por cada área de agente de saúde. No prontuário clínico os resultados de exames não eram anotados, e quando solicitados, fazia-se de forma avulsa, sem nenhum protocolo. Desta forma os registros nos fornecem dados quantitativos que somados as informações passadas pela equipe de que todos os usuários recebem orientações quanto a sua dieta e a

importância de realizarem dieta e exercício, nos dão uma visão geral de como é coordenado o cuidado a estes usuários.

Cada hipertenso e/ou diabético tem uma carteirinha específica onde ficam registrados os medicamentos que faz uso, porém não há uma história clínica bem definida quanto à evolução da terapêutica desses usuários com esta forma de registro.

A cobertura quanto ao diagnóstico precoce de DM não é totalmente adequada, pois as ações de rastreio resumem-se as ações realizadas no HIPERDIA e de forma pontual durante consultas clínicas e visitas domiciliares.

Desta forma os dados analisados com relação ao grupo de diabéticos são mais preocupantes que os hipertensos. Não há dados relativos a exames físico dos pés nos últimos 3 meses, usuários com exames complementares periódicos em dia, estratificação de risco cardiovascular, nem muito menos são realizadas consultas agendados com estes usuários. Sendo atendidos em sua quase totalidade, na forma de demanda espontânea.

Além da criação de um atendimento agendado que seja respeitado por toda a população acredito que grande parte das mudanças junto a estes usuários podem ser realizadas tanto por mim, quanto pela equipe de enfermagem, como exame clínico de pés, palpação de pulsos e orientação dietética e de exercícios de acordo com a estratificação de risco realizada.

A cobertura da saúde da pessoa idosa nos parece razoável, pois todos os idosos têm a sua caderneta, onde são anotadas medicações de uso contínuo, além disto todos os idosos são orientados de forma individual durante as consultas ou de forma conjunta, em atividades coletivas, sobre a importância da prática de exercícios físicos e dieta balanceadas para prevenir doenças crônicas. Além da orientação quanto ao cadastro e participação das ações do HIPERDIA, há ações junto ao grupo comunitário de idosos onde são realizadas atividades multiprofissionais que dão um olhar diferenciado a saúde dos idosos, com grande participação e avaliação positiva por parte dos usuários e comunidade.

Apesar de nossas ações abrangerem quase que a totalidade dos idosos no tocante ao acompanhamento de hipertensos e diabéticos, orientação quanto a alimentação e atividade física regular, há ainda pontos que merecem atenção da

equipe, como a instituição da avaliação geriatria ampla (AGA) em nossa rotina; investigação de indicadores de fragilização na velhice e de risco para morbimortalidade. Todas essas avaliações são realizadas de forma praticamente intuitiva, não baseadas em protocolos e tornam o atendimento a esses usuários muito superficializado, pautando-se na lógica apenas curativa da medicalização excessiva, que muitas vezes mais agride a saúde do idoso do que realmente ajuda.

Acreditamos que deveria haver uma maior orientação junto à família sobre as mudanças fisiológicas normais que ocorrem ao longo da vida do idoso, como alterações de memória, do hábito intestinal ou do ciclo sono vigília, como forma de conscientizar sobre a não necessidade de medicalização para esses tipos de alterações.

Os idosos acamados, com escaras ou impossibilitados de andar, devido fraturas prévias, estão sempre entre as prioridades durante as visitas domiciliares. Há ainda quadros preocupantes como idosos que são isolados por suas famílias, que o consideram mais um problema do que um membro da própria família. Apesar de tentarmos, juntamente com o CRAS do município, somos conscientes da dificuldade que é lidar com os problemas relacionados à saúde e qualidade de vida dos idosos.

Ao longo destes primeiros meses o que pude perceber é que o grande foco da equipe é a parte de educação em saúde, como palestras em grupos comunitários e escolas onde são realizadas orientações de saúde em geral, e temáticas de acordo com a necessidade identificada.

Apesar de já bem estruturada, tanto em relação à parte física como de pessoal, acredito que algo em que vamos trabalhar este ano é com o registro das informações dos usuários (diabéticos e hipertensos, por exemplo). Com uma abordagem mais holística, priorizando o atendimento agendado, onde possa ser realizada uma estratificação de risco global dos usuários, deixando de lado a lógica da prática médica apenas curativa e de pronto atendimento, ainda comum.

### **1.3 COMENTÁRIO COMPARATIVO ENTRE O TEXTO INICIAL E O RELATÓRIO DA ANÁLISE SITUACIONAL**

Quando comparamos o texto inicial sobre a situação da ESF/ APS e o relatório da análise situacional, realizado com base nos estudos semanais, o que pude perceber é que adquiri uma visão muito mais aprofundada em relação a dinâmica de trabalho da minha equipe assim como as dificuldades enfrentadas diariamente por todos os membros.

Através dos cadernos de ações programáticas pude perceber que níveis da atenção são mais frágeis, de maneira a priorizá-los em uma futura intervenção. Tornou-se notória também a limitação que temos em termos estruturais e de trabalho, assim como se constatou a necessidade de aprimorarmos ainda mais nossas ações de educação em saúde, como forma de garantir a manutenção de práticas de promoção associadas a prevenção.

## **2. ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO**

### **2.1 JUSTIFICATIVA**

As ações programáticas são de suma importância para qualquer setor na área da saúde, inclusive na Atenção Básica, pois é necessário para criar um vínculo entre a equipe e a comunidade, conhecer a realidade daquela área e realizar um atendimento de qualidade.

A Unidade “Centro de Saúde de Major Sales” situa-se no município de Major Sales – RN, a equipe é formada por um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um odontólogo, um técnico em saúde bucal e oito agentes comunitários de saúde, além de vacinadores, recepcionista, diretor da UBS e equipe de serviços gerais. Construída a pouco menos de um ano e para ser uma UBS, conta com um espaço físico que garante conforto, comodidade e acessibilidade aos usuários. Conta com uma sala de reuniões, recepção, farmácia básica, consultório odontológico, consultório médico, sala da enfermeira com banheiro, sala de vacinas, sala de pequenos procedimentos, sala de utilidades, sala de esterilização, almoxarifado, sala de material de limpeza, copa, banheiros para funcionários e sala do administrador, na área externa à UBS tem uma área específica para o compressor, todos os ambientes da UBS são climatizados.

Como a UBS é a única da cidade, a população adstrita é a mesma população da cidade, a qual soma um total aproximado de 3 536 habitantes, onde 2 900 habitantes vivem na zona urbana (82,01%) e 636 na zona rural (17,99%). Diante desses dados toda a equipe e a própria gestão acreditam que apenas uma equipe é insuficiente para atender a toda a demanda de forma qualificada. É visível a desproporção entre a quantidade de usuários estimada para a área de abrangência e a quantidade cadastrada, justificado pela ausência da busca ativa desses diagnósticos, que geralmente, são encontrados ocasionalmente.

A situação dos hipertensos e diabéticos na UBS, que apesar de apresentar um grande número, não tem uma atenção individualizada, estando geralmente encaixados como demanda espontânea e renovações de receitas de medicamentos de uso contínuo, não tendo ainda, protocolos sobre diagnósticos e exames de rotina, nem avaliações quando às complicações comuns dessas patologias. O que nos leva à necessidade de enxergar os indivíduos de forma holística, realizando uma avaliação global do seu quadro, a necessidade de instaurar e seguir protocolos, que visem uma avaliação integral de riscos e intervir de forma direta nos casos mais urgentes, realizar exames e consultas para acompanhar de forma melhor esses portadores de hipertensão e diabetes, é perceptível a necessidade de realizar intervenções nesse ponto. E para que isso ocorra é necessário à determinação e participação da equipe, que não será fácil, mas necessário, para conseguir oferecer um atendimento de melhor qualidade e de forma mais completa, prevenindo complicações dessas patologias e realizando diagnósticos e início de tratamento de forma precoce.

Atualmente temos um percentual de 59% de portadores de hipertensão cadastrados e 47% de portadores de diabetes cadastrados, mas não temos uma abordagem individualizada dos portadores de diabetes e hipertensão, com isso é perceptível a necessidade de melhorar esses percentuais, podendo caminhar para uma elevação de 30% em cada um desses indicadores, chegando a 89% de cobertura para hipertensos e 77% para diabéticos. Sem dúvidas, um árduo trabalho que exige da equipe esforço para alcançar, na tentativa de conseguir uma abordagem individualizada do usuário, não visar apenas à patologia, pois cada

usuário tem sua história e restrições, os organismos nem sempre respondem da mesma forma ao tratamento, por isso a necessidade de enxergar um a um.

Dos hipertensos e diabéticos cadastrados devemos garantir um atendimento de qualidade, enxergando os indivíduos de forma holística, acompanhar o tratamento, garantindo a realização de exames de rotina e que estão em atraso preconizados pelo Ministério da Saúde a 100% dos portadores de DM e HAS, buscar 100% dos faltosos às consultas, realizar orientações sobre nutrição, realização da prática de exercícios físicos regularmente, tabagismo e higiene bucal e ações educativas a 100% dos portadores cadastrados, realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados, realizar cadastros e manter ficha de acompanhamento dos 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados, realizar consultas para avaliação dos riscos cardiovasculares e de complicações em 100% dos portadores de hipertensão e diabetes cadastrados. Podendo, com essas ações estar melhorando a qualidade do atendimento prestado à comunidade

## **2.2 OBJETIVOS E METAS**

**Objetivo Geral:** Melhorar a qualidade da atenção, cobertura, adesão e promoção da saúde a hipertensos e/ou diabéticos.

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

**Meta 1.** Cadastrar 30% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Meta 2.** Cadastrar 30% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

**Meta 1.** Realizar exame clínico 2apropriado em 100% dos hipertensos.

**Meta 2.** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Meta 3.** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 4.** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 5.** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 7.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Meta 8.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

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

**Meta 1.** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Meta 2.** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

**Meta 1.** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 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 1.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

**Meta 1.** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Meta 2.** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos

**Meta 3.** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 4.** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

**Meta 5.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

**Meta 7.** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 8.** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

## **2.3 METODOLOGIA**

A intervenção será realizada com o grupo populacional de Hipertensos e Diabéticos da comunidade, no município de Major Sales. Devido à observação e a conclusão da necessidade de uma intervenção nesse grupo na UBS, foi pensado, planejado e discutido, com o apoio de toda a equipe da Unidade de Saúde, estaremos trabalhando para realizar um melhor atendimento com uma melhor qualidade de acompanhamento. As ações da intervenção estão baseadas em quatro eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica, diante dos objetivos baseados na cobertura, qualidade, adesão, registro, avaliação de risco e promoção da saúde.

### **2.3.1 DETALHAMENTO DAS AÇÕES**

- **COBERTURA**

OBJETIVO 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

#### **Monitoramento e Avaliação**

AÇÃO 1: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

DETALHAMENTO: Será observado, de acordo com o SIAB, o número de hipertensos e diabéticos cadastrados, para iniciar uma busca ativa realizada pelos ACS, na busca de aumentar essa cobertura.

### **Organização e Gestão do Serviço**

AÇÃO 2: Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa;  
DETALHAMENTO: Utilizar a ficha espelho disponibilizada pelo curso, juntamente com a equipe, para realizar esse registro na Unidade. A atualização poderá ser feita pelos ACS, durante o próprio atendimento médico, e até mesmo durante as visitas domiciliares a equipe de enfermagem pode estar realizando esta atualização.

### **Engajamento Público**

AÇÃO 3: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM;  
DETALHAMENTO: Os profissionais da equipe de saúde serão treinados e capacitados para melhorar essa qualidade do acolhimento e do atendimento da população na UBS. O treinamento será realizado por mim, e pela enfermeira da equipe, que estará treinando os técnicos de enfermagem e ACS, sobre investigar as mudanças do estilo de vida, e quais as dificuldades encontradas nessa mudança, se estão tomando as medicações corretas, orientações sobre a importância da vacinação, principalmente do usuário idoso, da higiene bucal, aferição de pressão e da glicemia capilar feitos corretamente.

### **Qualificação da Prática Clínica**

AÇÃO 4: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde e Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

DETALHAMENTO: Junto a equipe verificar a existência e funcionalidade do material adequado para a verificação da pressão arterial e do hemoglicoteste, para caso necessário, solicitar junto a Secretaria a disponibilização desse material para a UBS.

AÇÃO 5: Informar a comunidade sobre a existência e importância do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde; Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80

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

DETALHAMENTO: Essas ações se assemelham quanto a forma de realizar, por isso, estão juntas, para informar e orientar a comunidade será necessário que os ACS, junto com a equipe, convoquem a comunidade para participar das palestras e rodas de conversa realizadas pela UBS para mostrar, esclarecer e orientar a Comunidade.

AÇÃO 6: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde; capacitar a equipe de saúde para a verificação da pressão arterial de forma criteriosa e realização do hemoglicoteste em adultos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg.

DETALHAMENTO: Será realizada uma capacitação com toda a equipe e com os ACS, essa capacitação será questionada e solicitada ao gestor do município, afim de que disponibilize os horários dos profissionais médico e enfermeiro para realizar a capacitação e disponibilize certificados para a equipe, a fim de motivar mais a participação e o aprendizado.

- **QUALIDADE**

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

**Monitoramento e Avaliação**

AÇÃO 1: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos;

DETALHAMENTO: Após a capacitação da equipe, será feita uma avaliação de forma pontual, a própria equipe fará uma auto-avaliação e, ainda, uma avaliação de forma continuada pelo médico e/ou enfermeiro junto aos usuários a respeito da forma como estão sendo abordados pelos ACS e demais profissionais da equipe, a fim de melhorar a qualidade do atendimento.

AÇÃO 2: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde; monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada;

DETALHAMENTO: Para monitorar esses números será criado um sistema online de informação entre o laboratório que realizará os exames e o banco de dados da UBS, de forma que durante a realização de tais exames o laboratório possa informar em que grupo o usuário se encontra, se hipertenso e/ou diabético, com a data da realização, garantindo assim a periodicidade recomendada, ao mesmo tempo em que, realizamos uma comparação entre o número de exames solicitados e o número de exames realizados de fato, avaliando assim, a eficácia neste eixo da intervenção.

AÇÃO 3: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

DETALHAMENTO: Nas consultas deve-se priorizar os medicamentos existentes na Farmácia Popular, para que os usuários tenham acesso a esses medicamentos de forma gratuita.

### **Organização e Gestão do Serviço**

AÇÃO 4: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos; organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde; estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais; dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde;

DETALHAMENTO: Logo no início será discutido sobre as atribuições de cada membro da equipe, realizando uma capacitação que ocorrerá como uma discussão, onde cada membro estudará uma parte do caderno e irá expor para os demais colegas.

### **Engajamento Público**

AÇÃO 5: Orientar aos usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente; 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; orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

DETALHAMENTO: Para realizar essas orientações a equipe organizará palestras e “rodas de conversa”, convidando a Comunidade, para que essa possa vir a participar em sua maioria, para realizar essas orientações e esclarecer dúvidas, de forma quinzenal, alternando entre os membros da equipe incumbidos de ministrar a palestra.

### **Qualificação da Prática Clínica**

AÇÃO 6: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado; capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares; realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão; capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

DETALHAMENTO: Essa capacitação funcionará como uma discussão em reuniões da equipe, em que se discute possibilidades, opiniões, e principalmente os cadernos da atenção básica referentes ao diabetes mellitus e a hipertensão arterial.

- **ADESÃO**

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

### **Monitoramento e Avaliação**

AÇÃO 1: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

DETALHAMENTO: A equipe deverá conhecer essa periodicidade prevista no protocolo e os ACS realizarão a busca ativa dessas pessoas com consultas atrasadas.

### **Organização e Gestão do Serviço**

AÇÃO 2: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos; Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

DETALHAMENTO: A busca ativa será realizada pelo ACS, mas eu e/ou o enfermeiro faremos também as visitas domiciliares explicando e orientando as famílias sobre a necessidade do acompanhamento e tratamento dessas patologias crônicas, devendo agendar as consultas para serem realizadas pelo enfermeiro e/ou médico.

### **Engajamento Público**

AÇÃO 3: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de

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

DETALHAMENTO: Durante as palestras e “rodas de conversa” realizadas, além de orientações e esclarecimento que a equipe prestará, a comunidade terá oportunidade de opinar, de discutir sobre o que acham que poderia melhorar para que a participação dessas pessoas fossem maior.

### **Qualificação da Prática Clínica**

AÇÃO 4: Treinar os ACS para orientação quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

DETALHAMENTO: O treinamento do ACS acontecerá juntamente com toda a equipe para que saiba como orientar, informar e esclarecer a comunidade sobre o assunto.

- **REGISTRO**

OBJETIVO 4: Melhorar o registro das informações.

### **Monitoramento e Avaliação**

AÇÃO 1: Monitorar a qualidade dos registros dos hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

DETALHAMENTO: Implementar a ficha de acompanhamento, disponibilizadas para o seguimento dos diabéticos e hipertensos, a técnica de enfermagem, e toda a equipe irá monitorar a qualidade que esses registros de acompanhamento estão tendo.

### **Organização e Gestão do Serviço**

AÇÃO 2: Manter as informações do SIAB atualizadas;

DETALHAMENTO: Estar sempre alimentando o Sistema com novas informações, através da equipe da Secretaria Municipal de Saúde, como já acontece atualmente.

AÇÃO 3: Implantar planilha/registro específico de acompanhamento; pactuar com a equipe o registro das informações; definir responsável pelo monitoramento 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: Será criada, juntamente com a equipe, um registro de acompanhamento, que será alimentado pela técnica de enfermagem, atentando para uma maneira de alertar quando os usuários estiverem com consultas e exames em atraso, não tiverem realizado a estratificação de risco e a avaliação do comprometimento de órgãos.

### **Engajamento Público**

AÇÃO 4: Orientar os usuários e comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via, se necessário.

DETALHAMENTO: Durante as palestras realizadas será abordado a orientação quanto a manutenção dos registros de saúde e sua importância para o usuário.

### **Qualificação da Prática Clínica**

AÇÃO 5: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos; capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

DETALHAMENTO: Será realizado um treinamento com a equipe para o preenchimento dos registros e a necessidade do registro adequado dos procedimentos clínicos no momento da consulta.

- **AValiação de Risco**

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

### **Monitoramento e Avaliação**

AÇÃO 1: Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação de estratificação de risco por ano.

DETALHAMENTO: O monitoramento da estratificação de risco será realizado pela técnica de enfermagem, para que se realize a busca ativa daqueles que não atenderem a uma realização da estratificação de risco por ano.

### **Organização e Gestão do Serviço**

AÇÃO 2: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco; organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

DETALHAMENTO: Observar e discutir, junto com a equipe, quem são os usuários de alto risco e organizar a agenda através da destinação de uma quantidade mínima (mínimo de 5 usuários por dia) para o atendimento, da forma mais rápida possível,

desses usuários. Assim como, priorizaremos a agenda de retorno de consulta para esses usuários avaliados como de alto risco.

### **Engajamento Público**

AÇÃO 3: 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 dos riscos modificáveis (como alimentação).

DETALHAMENTO: Após a realização da estratificação do risco, a equipe deve orientar o usuário quanto a necessidade do seu acompanhamento, tratamento e das mudanças nos hábitos de vida.

### **Qualificação da Prática Clínica**

AÇÃO 4: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco; segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo; Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação; Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

DETALHAMENTO: Realizar essa capacitação com a equipe, por meio de discussões, sobre como realizar, de forma correta, essa estratificação de risco, enfatizando as estratégias que podem ser criadas para controlar os fatores que podem ser modificados.

- **PROMOÇÃO DE SAÚDE**

OBJETIVO 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

### **Monitoramento e Avaliação**

AÇÃO 1: Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista, a realização de orientação nutricional, atividade física regular e tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

DETALHAMENTO: Além da monitorização das consultas com o dentista, devendo encaminhar aqueles usuários que não estão em dia com as consultas periódicas, será necessário contatar o gestor devido à necessidade da disponibilidade nutricionista e profissional de educação física, para realizar essas orientações.

### **Organização e Gestão do Serviço**

**AÇÃO 2:** Organizar a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção aos hipertensos e diabéticos; estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico;

**DETALHAMENTO:** Juntamente com a equipe de saúde bucal verificar uma maneira de organizar a agenda para atender aquelas pessoas da busca ativa que tem grande necessidade de atendimento.

**AÇÃO 3:** Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável; demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade; Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física; demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

**DETALHAMENTO:** O nutricionista e o educador físico solicitado ao gestor realizarão palestras e atividades de grupos para esclarecer e orientar quando a importância de uma mudança no hábito alimentar e da realização de atividades físicas, enfatizando, também, o abandono do tabagismo, que se necessário solicitar ao gestor os medicamentos para o tratamento.

### **Engajamento Público**

**AÇÃO 4:** Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde; Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, prática de atividade física regular e a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

**DETALHAMENTO:** Buscar a parceria que tenham influência na comunidade, como igrejas e escolas, por exemplo. E realizar orientações junto com o nutricionista e o profissional de educação física disponibilizados pelo gestor.

### **Qualificação da Prática Clínica**

**AÇÃO 5:** Capacitar a equipe para avaliação e tratamento bucal do usuário hipertensos e/ou diabético; capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável, prática de atividade física regular e tratamento de usuários tabagistas.

**DETALHAMENTO:** A equipe de saúde bucal realizará uma capacitação simples dos demais integrantes da equipe, para que possam realizar avaliações da necessidade de tratamento bucal, para assim agendar com a equipe de saúde bucal. Assim como, o nutricionista e o profissional de educação física, disponibilizado pelo gestor,

realizará uma breve capacitação para a equipe realizar orientações quando a prática de alimentação saudável, prática de atividade física e o abandono do tabagismo.

### 2.3.2 INDICADORES

- **COBERTURA**

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

Hipertensão Arterial:

Meta: Cadastrar 30% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da 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.

Diabetes Mellitus:

Meta: Cadastra 30% dos Diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da 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.

- **QUALIDADE**

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

Hipertensão Arterial:

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

Meta: garantir a 100% dos hipertensos a realização de 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: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

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

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.

*Diabetes Mellitus:*

Meta: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

Meta: garantir a 100% dos diabéticos a realização de 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: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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.

- **ADESÃO**

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

Hipertensão Arterial:

Meta: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

Diabetes Mellitus:

Meta: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

- **REGISTRO**

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

Hipertensão Arterial:

Meta: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

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.

Diabetes Mellitus:

Meta: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

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.

- **AVALIAÇÃO DE RISCO**

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

Hipertensão Arterial:

Meta: Realizar estratificação de risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

Diabetes Mellitus:

Meta: Realizar estratificação de risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

- **PROMOÇÃO DA SAÚDE**

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

Hipertensão Arterial:

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta: Garantir a orientação em relação à prática regular de atividades físicas a 100% dos hipertensos.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

*Diabetes Mellitus:*

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta: Garantir a orientação em relação à prática regular de atividades físicas a 100% dos diabéticos.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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 iniciar a intervenção no Programa de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial é necessário adotar um material que esteja de acordo com o Ministério da Saúde, o que nos leva aos Cadernos de Atenção Básica nº 15 e 16, de 2006, referentes à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, respectivamente. Na UBS não

dispomos de nenhum tipo de ficha, por isso a necessidade de, juntamente com a equipe, construir e incorporar, uma ficha com os dados necessários para o acompanhamento dos usuários, para a alimentação dos indicadores e monitoramento da intervenção. Estima-se alcançar 30% de aumento nos percentuais de hipertensos e diabéticos cadastrados e atendidos, o que equivale a 149 Hipertensos e 43 Diabéticos. Será necessário contatar o gestor devido à necessidade da disponibilidade de alguns profissionais, como nutricionistas e educadores físicos.

Como os profissionais serão qualificados quanto à realização do exame clínico, através de uma capacitação realizada com um profissional que será solicitado ao gestor, atentando para o que o mesmo necessitará para a realização dessa capacitação, para garantir e monitorar o exame clínico adequado será necessário realizar pesquisas com os usuários, procurar saber como está acontecendo esse atendimento, o que será feito também com os profissionais, em reuniões, sobre como está sendo o seu atendimento, o que mudou, os resultados que tem encontrado com essas mudanças, para com isso ter a certeza que o exame clínico está sendo realizado com qualidade.

Para organizar o registro será necessário realizar uma busca dos diabéticos e hipertensos da área, pois como não temos fichas de acompanhamento, não temos um controle de quem está com consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso e vacinas em atraso, não temos esses dados na UBS, por isso a necessidade de realizar a busca ativa dos hipertensos e diabéticos cadastrados através dos ACS, e agendamentos de consultas e visitas domiciliares que poderão ser realizadas por mim, e/ou pelo enfermeiro. Para realizar da melhor forma esse registro será necessário contactar o gestor, para que disponibilize um programa de computador a ser instalado na UBS, para esses registros, atualizações e alertas 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. A pessoa responsável por esses registros será a técnica de enfermagem que será treinada e capacitada pelo técnico que instalar o programa, assim como realizará um treinamento rápido com toda a equipe para explicar o funcionamento do

programa, com isso a equipe observará os dados necessários para a alimentação do programa e a forma de registro necessária durante as consultas.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Assim o início da intervenção será através da capacitação da equipe sobre os cadernos de atenção básica 15 e 16, referentes à hipertensão e diabetes mellitus. Esta capacitação ocorrerá como uma discussão, troca de saberes e opiniões, onde cada membro estudará uma parte do caderno e irá expor para os demais colegas, ocorrerá na própria unidade, para isso será reservada 2 horas ao final do expediente, durante 3 dias, estabelecendo periodicidade para atualização dos profissionais e dispo de versão atualizada do protocolo impresso na UBS.

O acolhimento dos diabéticos e hipertensos será realizado pela técnica de enfermagem, em que será verificada a pressão arterial atual e a glicemia em jejum, tentando sempre atender no mesmo turno, realizar estratificação de risco e agendar a próxima consulta, para que já saiam da unidade de saúde com a próxima consulta agendada. Devendo também acolher os hipertensos e diabéticos com intercorrências agudas de forma prioritária em consultas para pronto atendimento.

Quanto à equipe de saúde bucal irá reservar algumas vagas de atendimento, que ainda será discutido esse número, para aderir ao programa, também participarão das capacitações, das reuniões, e do treinamento de registro, para também atentar a quais dados serão necessários para a alimentação do programa e acompanhamento dos usuários, o que também será necessário desenvolver uma ficha para esse acompanhamento.

Faremos contato com a comunidade, através de algumas pessoas que são bastante conhecidas, convites para palestras através dos ACS, para tentar mostrar e esclarecer a importância do tratamento da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, devendo ainda existir um acompanhamento assíduo, para analisar os riscos de complicações, a necessidade na mudança do estilo de vida, na alimentação, a prática do exercício físico regular, entre outros temas.

Com isso os ACS farão a busca ativa desses hipertensos e diabéticos, já agendando consultas para horários de sua conveniência, para assim, ao final de

cada mês coletar e analisar os dados obtidos nas fichas criadas por nós, e no programa instalado na UBS para avaliar o andamento da intervenção.

### 2.3.4 CRONOGRAMA

ATIVIDADES	SEMANAS											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de Hipertensão e Diabetes.	X											
Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco.	X											
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática.	X											
Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.		X										
Capacitação dos ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos faltosos.	X											
Cadastramento de pelo menos 30% dos hipertensos e diabéticos ainda não cadastrados na área adstrita no programa.		X	X									
Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de hipertensão e diabetes solicitando apoio para a captação de hipertensos e diabéticos e para as demais estratégias que serão implementadas.	X	X										
Atendimento clínico de hipertensos e diabéticos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realização da estratificação de risco.								X	X	X		
Grupos de hipertensos e diabéticos.			X				X				X	
Ações educativas para orientações quanto à existência e importância do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade		X				X				X		

de saúde e os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.												
Capacitação dos ACS para realização de busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos.	X											
Busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas.												
Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista, a realização de orientação nutricional, atividade física regular e tabagismo aos hipertensos e diabéticos.		X	X									
Monitoramento da intervenção.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

### 3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

#### 3.1 AS AÇÕES PREVISTAS NO PROJETO QUE FORAM DESENVOLVIDAS, EXAMINANDO AS FACILIDADES E DIFICULDADES ENCONTRADAS E SE ELAS FORAM CUMPRIDAS INTEGRALMENTE OU PARCIALMENTE.

Antes de colocar em prática nossa intervenção tivemos que planejá-la semanalmente, com todos os detalhes que esperávamos realizar, para isso contamos com a criação de um cronograma que continha as ações que iríamos realizar a cada semana.

As ações contidas nesse cronograma são: capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de Hipertensão e Diabetes; capacitação da equipe para realizar estratificação de risco; estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática; implantação da planilha/registro específico de acompanhamento; capacitação dos ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos faltosos; cadastramento de mais 30% dos hipertensos e diabéticos ainda não cadastrados na área adstrita no programa; contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de hipertensão e diabetes solicitando apoio para a captação de hipertensos e diabéticos e para as demais estratégias que serão implementadas; atendimento clínico de hipertensos e

diabéticos; realização da estratificação de risco; grupos de hipertensos e diabéticos; ações educativas para orientações quanto à existência e importância do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde e os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes; capacitação dos ACS para realização de busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos; busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas; monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista, a realização de orientação nutricional, atividade física regular e tabagismo aos hipertensos e diabéticos; e o monitoramento da intervenção.

Dentre as ações programadas algumas foram realizadas como as capacitações dos profissionais da equipe, realização da estratificação de risco de alguns usuários, implantação da ficha de registro e acompanhamento, contato e participação de algumas lideranças da cidade, principalmente o da secretária de saúde, realização do atendimento clínico, algumas ações educativas, como palestras e rodas de conversas, mas com pouca participação, a busca ativa de alguns usuários, a avaliação odontológica de alguns, também, a realização de orientações e o monitoramento da intervenção.

A participação da secretária de saúde, se mostrou de grande importância, na realização das tarefas que compunham a intervenção como um todo assim como na participação do planejamento e execução das mesmas. Praticamente em todas as reuniões e ações tivemos participação de membros da gestão, participando de forma ativa, dando sugestões, explicando características da comunidade que pudessem vir a atrapalhar ou ajudar no desenrolar das ações. Sempre que precisamos de algum insumo ou até mesmo transporte para se realizar as atividades, a secretaria nos ajudou. Desta forma vemos como um fator mais que positivo estarmos inseridos em um meio propício para o a realização da intervenção.

No que diz respeito ao aperfeiçoamento da prática clínica, realizamos algumas reuniões (5 no total) para discussão de casos clínicos, com as histórias dos próprios usuários da comunidade. Avaliando desde o processo saúde-doença, até questões biopsicossociais e familiares, que porventura venham a interferir na vida dos membros da comunidade. Fizemos ainda um encontro de treinamento da equipe

logo no início da intervenção com enfoque nos aspectos relacionados ao atendimento e avaliação dos usuários diabéticos e hipertensos.

Em relação ao engajamento público, acredito que, em todas as ações realizadas procuramos conscientizar os participantes da importância das ações, sempre no sentido ativo das ações. Assim como procuramos sanar dúvidas e questionar sobre a forma de ações que a comunidade achava que devia melhorar. Algumas vezes tivemos feed-backs positivos, em outras nem tanto. Apesar de tudo acredito que o engajamento público foi satisfatório.

### **3.2 AS AÇÕES PREVISTAS NO PROJETO QUE NÃO FORAM DESENVOLVIDAS, EXAMINANDO AS FACILIDADES E DIFICULDADES ENCONTRADAS E SE ELAS FORAM CUMPRIDAS INTEGRALMENTE OU PARCIALMENTE**

Podemos observar que não foram realizadas todas as atividades e ações, e as que foram, nem sempre foram feitas por completo, com o envolvimento de toda a equipe, devido a pouca participação da equipe e não colaboração, assim como da própria comunidade, o que chegava, a maioria das vezes, a causar desânimo naqueles que estavam lutando e tentando realizar a intervenção.

Com relação ao engajamento da equipe, tivemos algumas dificuldades iniciais, pois os membros não tomavam para si a responsabilidade das ações e sempre apresentavam alguma resistência diante das mesmas, seja a realização de triagem pela equipe de enfermagem, que pudesse sanar o problema da demanda espontânea e assim priorizar as ações de intervenção propriamente dita, seja através das próprias ações da intervenção que eram tidas como responsabilidade unicamente do médico provabiano. Mesmo com esta “querela”, ao longo das semanas conseguimos sensibilizar alguns profissionais como um técnico de enfermagem, alguns ACS e até mesmo a vacinadora da UBS. Acredito que esta tarefa de conscientização e gestão da equipe seja algo a ser aprimorado entre os membros da equipe.

Após o término das semanas de intervenção pudemos observar suas consequências para a comunidade, dificuldades vivenciadas para se realizar um

processo de intervenção assim como heranças positivas deixadas para a equipe e, gestores e usuários.

### **3.3 DIFICULDADES ENCONTRADAS NA COLETA E SISTEMATIZAÇÃO DE DADOS RELATIVOS À INTERVENÇÃO, FECHAMENTO DAS PLANILHAS DE COLETAS DE DADOS, CÁLCULO DOS INDICADORES**

Desde o início da intervenção enfrentamos dificuldades pra colocá-la em prática, principalmente na parte da coleta de dados, devido à equipe apresentar-se pouco cooperativa, a dificuldade de juntar dados, de obter esses dados, devido ter chegado a unidade e não trabalharem com um acompanhamento dos usuários, de cada profissional da equipe estar atuando na sua função e realizando as ações que foram incumbidas, dificultando ou atrasando, em alguns momentos, o fechamento das planilhas, dos cálculos dos indicadores, além de a comunidade que aparecia na unidade para a demanda espontânea não aceitava bem as consultas agendadas para os diabéticos e hipertensos, o que acabava trazendo transtornos, em que tentávamos estar sempre esclarecendo os motivos, a realização e os objetivos da intervenção.

Com relação às planilhas, estas atuaram facilitando nosso trabalho, no início não sabia como usá-la, mas aos poucos fui vendo como preencher e os resultados que já ia nos trazendo automaticamente, como os gráficos e as quantidades finais de usuários no final da planilha.

Enfim, apesar das diversas dificuldades enfrentadas conseguimos encerrar a intervenção, não como esperávamos, mas de uma maneira que, sem dúvidas, trará benefícios futuros.

### **3.4 ANÁLISE DA VIABILIDADE DA INCORPORAÇÃO DAS AÇÕES PREVISTAS NO PROJETO À ROTINA DO SERVIÇO DESCRIVENDO ASPECTOS QUE SERÃO ADEQUADOS OU MELHORADOS PARA QUE ISTO OCORRA**

Ao longo das semanas, tentamos realizar reuniões com grupo de hipertensos e diabéticos, porém ao final só conseguimos por em prática 2 encontros,

algo que trouxe frustração para mim e a para a equipe, pois era uma atividade que contávamos como promissora no contexto da intervenção. Por outro lado realizamos diversas palestras, seja na zona rural ou na zona urbana. Contamos com a ajuda da nutricionista e farmacêutica do NASF e tivemos o apoio, tanto da gestão como anteriormente já citado como dos órgãos da sociedade civil organizada, como grupo de idosos, grupo de mulheres, sindicato dos trabalhadores rurais e comerciantes em geral. Todos agiram de forma a divulgar a facilitar o processo de execução das tarefas, seja na confecção de materiais ou organização dos espaços em que as atividades foram desenvolvidas.

Ao longo das semanas contamos com a ajuda especial de estudantes do curso técnico de enfermagem que passaram a estagiar na UBS a fim de concluir seu curso. Tal fato tornou a intervenção mais interessante, pois conseguíamos discutir de forma mais aberta e ao mesmo tempo sanar muitas dúvidas das estudantes com relação ao objeto de intervenção. Ao mesmo tempo as mesmas foram convidadas e aceitaram participar das ações de forma ativa. Seja avaliando os usuários hipertensos/diabéticos, seja debatendo os casos em sessões de aperfeiçoamento clínico.

Com isso, acredito ter encerrado a intervenção não como previa e queria, mas com o sentimento de “semente plantada”, onde acredito que a equipe compreendeu a real importância da intervenção e possa futuramente estar implantando e trabalhando para alcançar uma melhor qualidade no atendimento à saúde da nossa comunidade, e que a própria comunidade possa cobrar da equipe essa melhoria e possa estar ajudando a realizá-la.

## **4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO**

### **4.1 RESULTADOS**

O projeto de intervenção “Implementação do Programa de Melhoria a Assistência de Diabéticos e Hipertensos na Cidade de Major Sales – RN” foi realizado no município de Major Sales, no Centro de Saúde de Major Sales,

contamos com uma população de 3600 habitantes, em que 746 são portadores da hipertensão arterial e 213 portadores da diabetes mellitus.

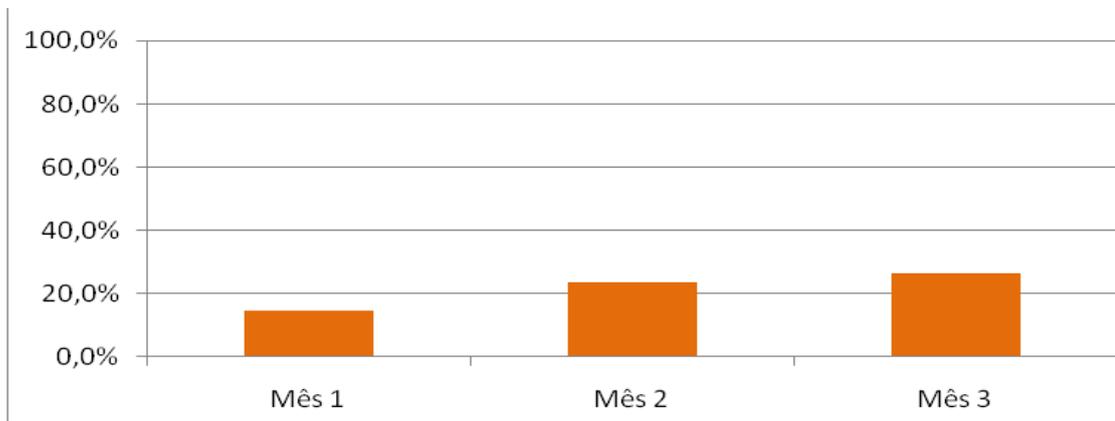
Contamos com o apoio da nossa equipe (médico, enfermeira, técnico de enfermagem, vacinador, dentista, auxiliar de dentista, auxiliar farmacêutico, auxiliar de serviços gerais, Gestão) e da comunidade. De início marcamos um encontro com a equipe para que fosse possível orientar quanto às atividades a serem realizadas, e neste encontro toda a equipe percebeu que poderíamos melhorar a qualidade do atendimento, minimizando os danos em longo prazo, enfatizando que o tratamento e acompanhamento não depende apenas da equipe, mas sim do próprio indivíduo portador, por isso enfrentamos dificuldade em alcançar um maior número de usuários.

Uma grande dificuldade encontrada foi à demanda espontânea que não aceitava e não esperavam a realização dos exames dos usuários já agendados. Mas ao final da intervenção, com as mudanças e sensibilizações de alguns profissionais, acredito que esta causou mudanças na mentalidade de alguns usuários e até mesmo na postura da equipe.

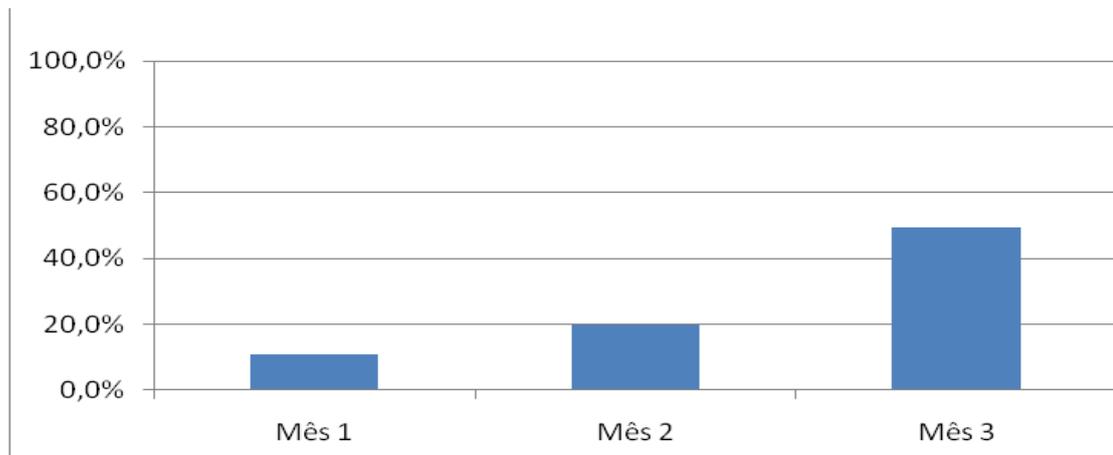
No decorrer da intervenção pude observar que a mesma não ia sair como planejado, pois os problemas enfrentados não foram apenas com os usuários, mas também com a equipe, que apesar de compreenderem, no início, os nossos objetivos, chegaram a questionar de quem realmente seria o dever de realizar aqueles trabalhos, já que os mesmos não estavam ganhando nada com a participação na intervenção, algumas atividades não puderam ser realizadas como previstas, atingindo as metas que definimos inicialmente, os membros da equipe não tomavam para si as responsabilidades, apresentando, algumas vezes, resistência diante das mesmas, mas que aos poucos conseguimos contornar de alguma forma essa resistência.

Com relação a nossa cobertura, contamos com 746 hipertensos na Unidade, na intervenção realizamos atendimento e acompanhamento a 117 usuários, referente a 15,68% de cobertura na intervenção (Figura 1). No caso dos diabéticos temos 213 usuários, com uma cobertura de 101, equivalente a 47%, conseguimos atender e cadastrar 50, referente a 23,47% (Figura 2). Nossa meta inicial era aumentar em 30% essa cobertura tanto para hipertensos quanto para os diabéticos,

mas como podemos observar conseguimos aumentar um pouco mais da metade do esperado (hipertensos – 15,68% e diabéticos – 23,47%), pois como já relatei acima não consegui que a intervenção ocorresse de acordo com o planejado e esperado, já que surgiram inúmeras dificuldades que foram sendo enfrentadas e tentando ao máximo ser solucionadas, e o dia a dia vivido na comunidade e na Unidade nos fizeram refletir que não tratamos apenas doenças, mas sim doentes, em que além das patologias de hipertensão e diabetes, algumas vezes, também apresentam “doenças sociais”, o descaso com idosos, situações de risco, o que nos leva a enxergar que o nosso trabalho vai muito além de um preenchimento de fichas e obtenção de metas. Vale ressaltar que o nosso trabalho e o trabalho da equipe continua, essa intervenção pode ter sido a semente plantada, para mais na frente conseguir alcançar resultados mais satisfatórios. Nos gráficos abaixo podemos observar quanto à cobertura:



**Figura 1 - Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde**

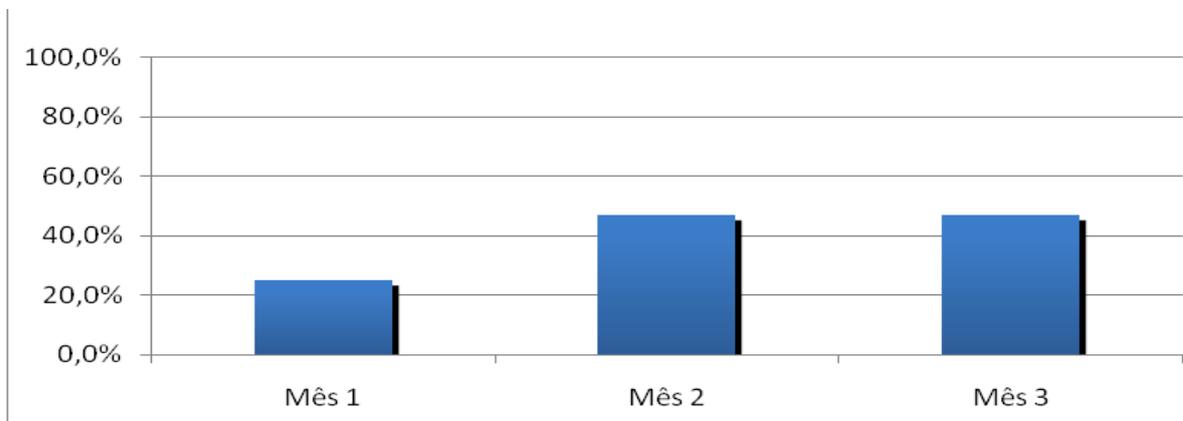


**Figura 2 - Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde**

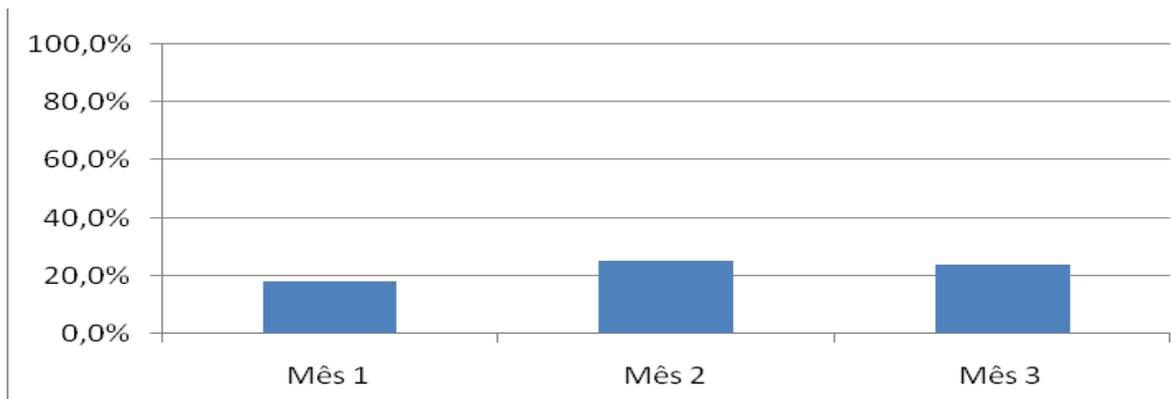
Quanto à qualidade a meta da intervenção era realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos e hipertensos; Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo; Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde e Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Como realizamos a intervenção cadastrando, atendendo e acompanhando 117 hipertensos e 50 diabéticos, trabalhamos com 15,68% de hipertensos e 23,47% de diabéticos. Com isso, realizamos o exame clínico em 25,64% dos hipertensos (Figura 3) e 26% dos diabéticos (Figura 4), um índice baixo devido às dificuldades enfrentadas, a necessidade de realização desses exames clínicos nas visitas domiciliares, principalmente nas áreas rurais. Nos exames complementares em dia, ao final da intervenção, apenas 10,25% de hipertensos (Figura 5) e 16% dos diabéticos (Figura 6) estavam com todos os exames em dia, devido a alguns terem marcado seus exames na Secretaria de Saúde e estarem aguardando o dia da realização e outros o dia do receber os resultados, mas outros ainda alegam não terem dinheiro para realizar os exames, pois alguns dele como potássio, microalbuminúria e TSH, por exemplo, não são cobertos pelo SUS, o que considero um grande paradoxo, o SUS recomendar a realização de exames periódicos e não dispormos deles no município. Para a prescrição dos medicamentos que estejam

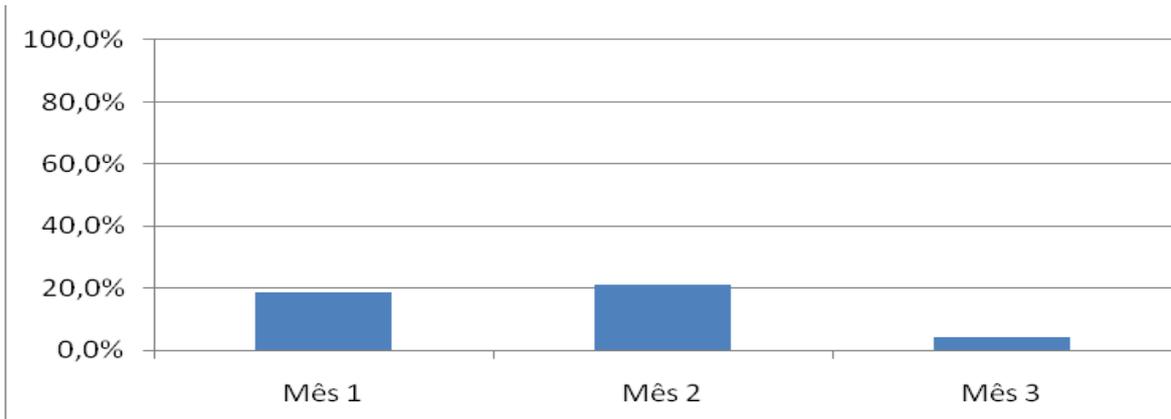
disponíveis na farmácia popular alcançamos um bom índice 99,14% dos hipertensos (Figura 7) e 100% dos diabéticos (Figura 8), podendo assim considerar que alcançamos essa meta, pois apenas um hipertenso não está dentro desse índice, por relatar já ter usado os medicamentos e apresentar efeitos colaterais. E, por último, o atendimento odontológico, em que também alcançamos a meta de 100% dos hipertensos e diabéticos (Figuras 9 e 10).



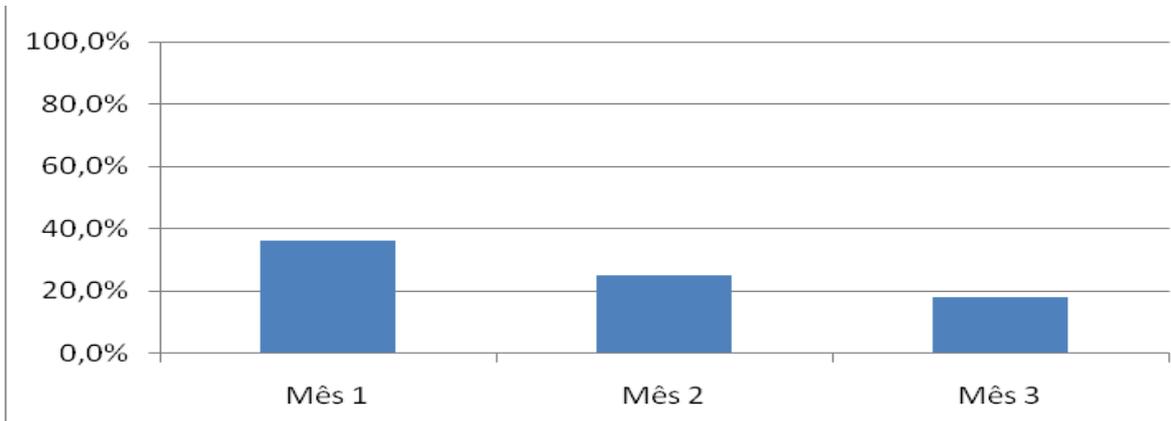
**Figura 3 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo**



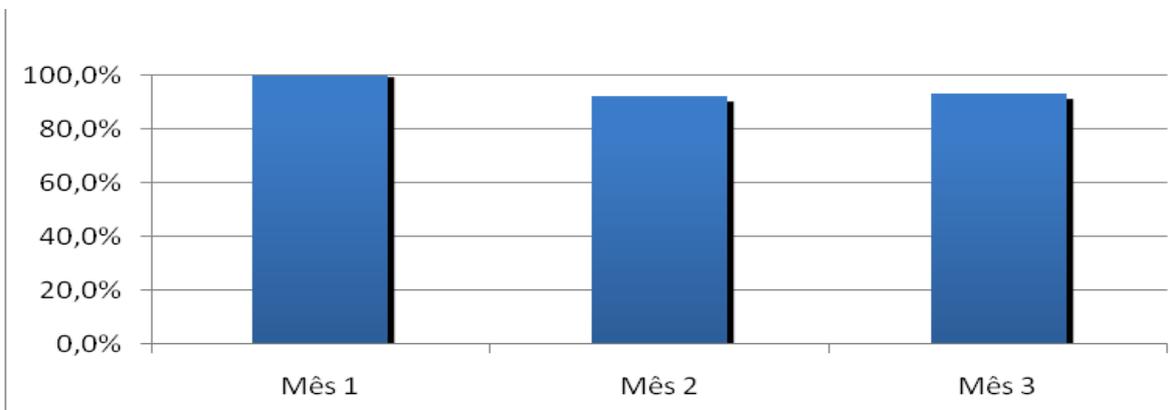
**Figura 4 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo**



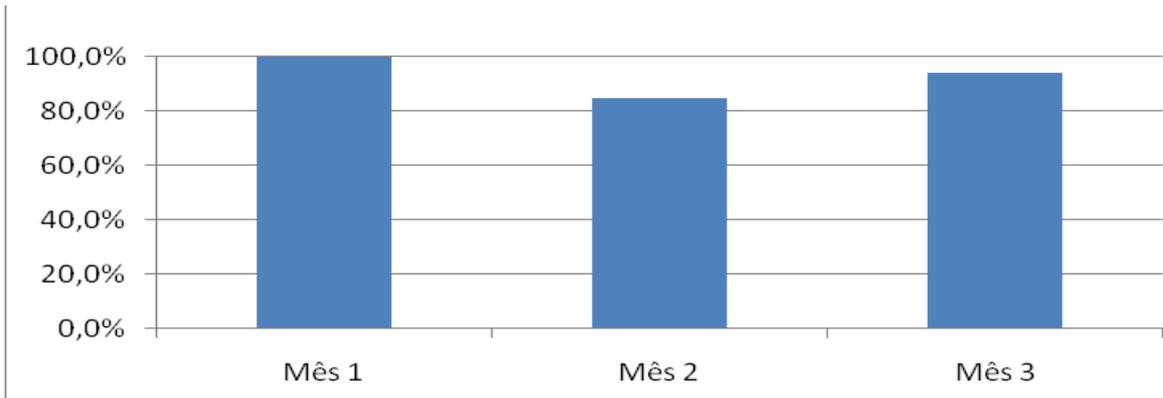
**Figura 5 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo**



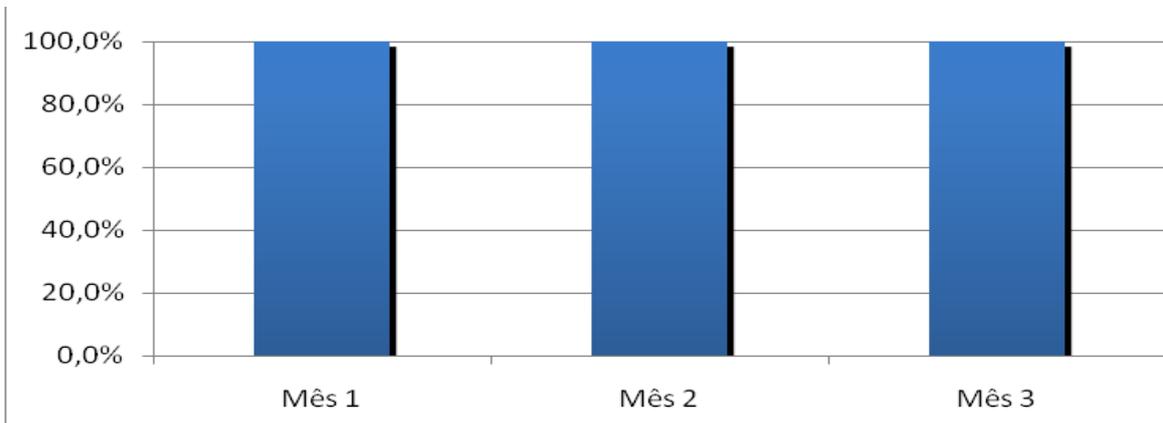
**Figura 6 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo**



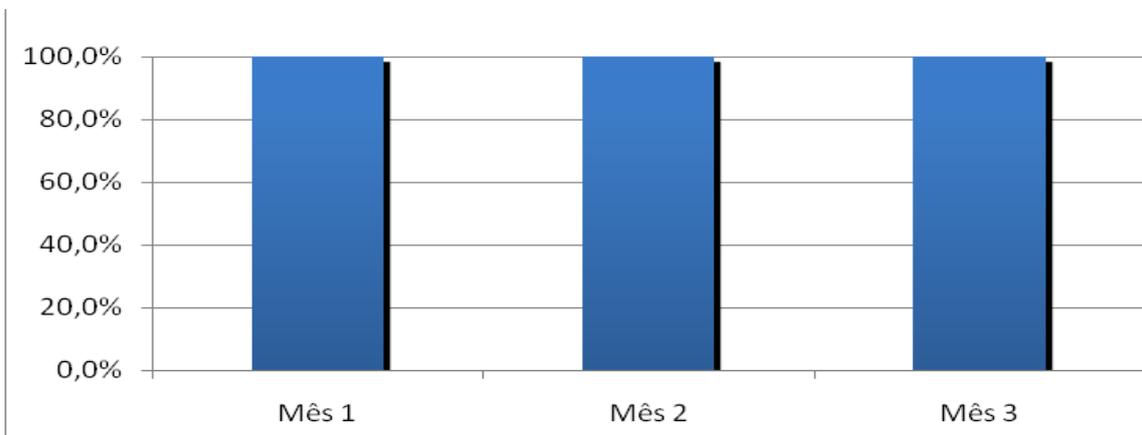
**Figura 7 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada**



**Figura 8 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada**

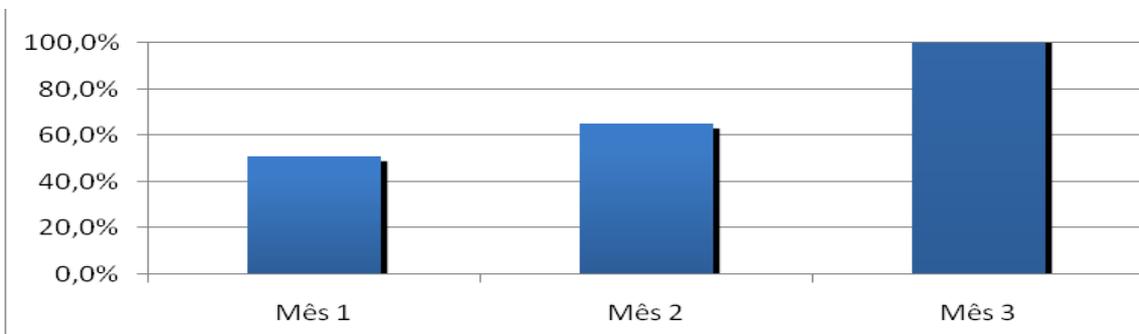


**Figura 9 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico**

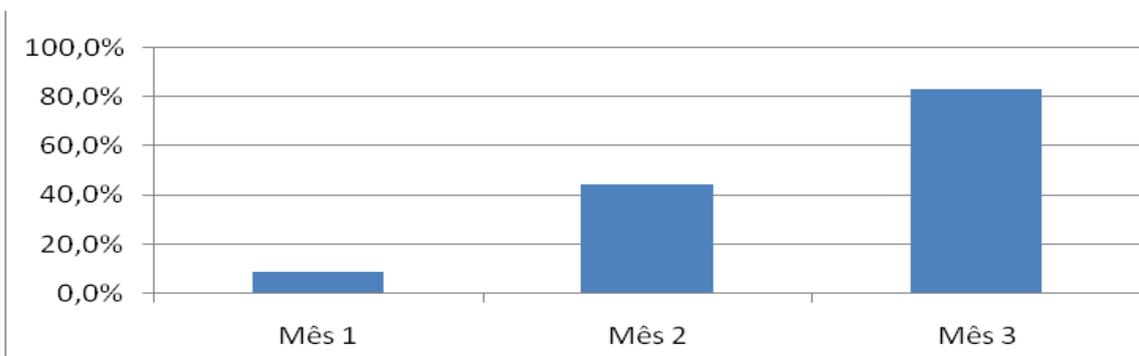


**Figura 10 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico**

A meta da intervenção no que diz respeito à adesão era buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme periodicidade recomendada. Neste item, também levando em consideração os 117 hipertensos e 50 diabéticos cadastrados, atendidos e acompanhados como 100%, pudemos observar que 56,41% desse percentual de hipertensos (Figura 11) e 34% de diabéticos (Figura 12) estavam faltosos às consultas, e foram realizadas buscas ativas desses usuários em 42,73% de hipertensos e 70% de diabéticos. Apesar da nossa busca, no nosso árduo trabalho realizado para conscientizar essas pessoas, orientá-las da necessidade dessas consultas e acompanhamento frequente algumas se mantinham resistentes, com isso, aprendi que devemos ir aos poucos, dando tempo as pessoas e mostrando-lhes resultados, para que entendam que o nosso cuidado é com a saúde delas e que estamos tentando prevenir complicações futuras, por isso, mesmo não tendo alcançado essa meta, acredito que as pessoas que aderiram a nossa intervenção poderão servir de exemplo para as demais e esses números poderão aumentar gradativamente, melhorando esses percentuais.

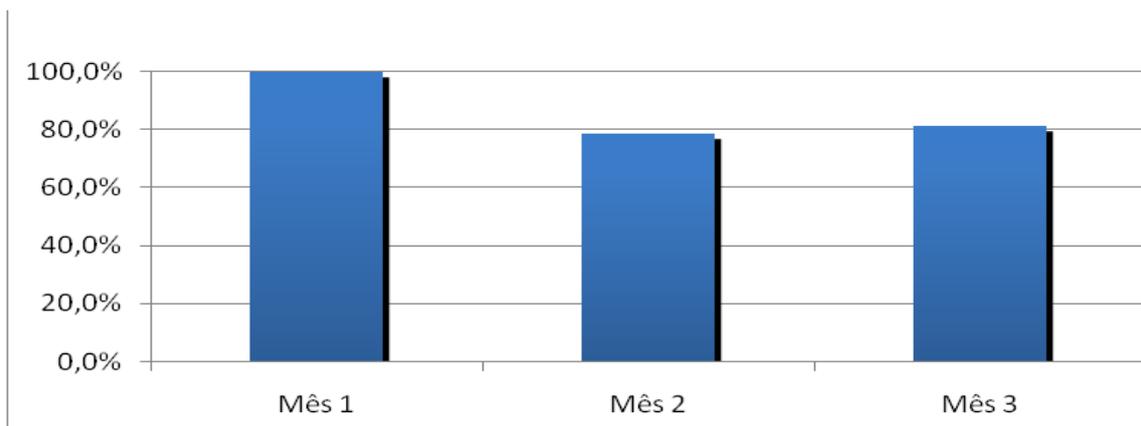


**Figura 11 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa**

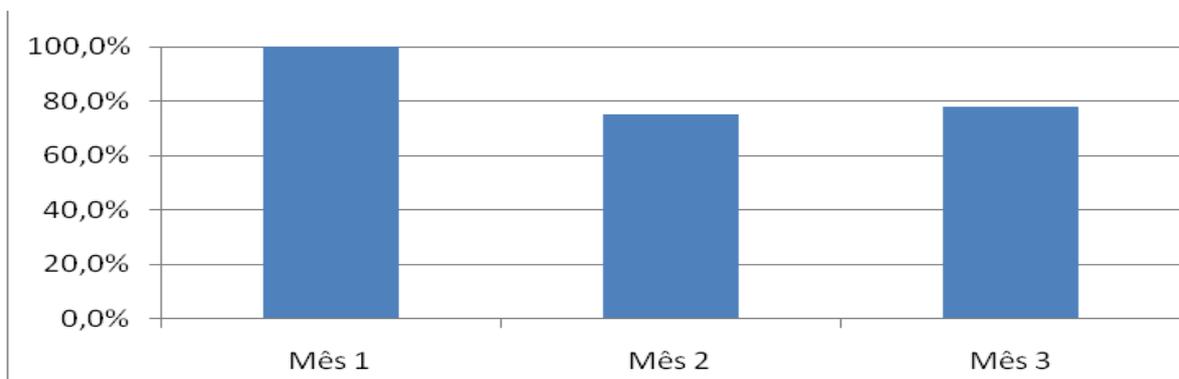


**Figura 12 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa**

Para realizar o cadastramento, atendimento e acompanhamento correto desses usuários, tivemos que realizar o registro adequado na ficha de acompanhamento dos 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde. Como toda nossa intervenção foi em cima dos valores de 117 hipertensos e 50 diabéticos, então pudemos observar que esse registro está adequado e atualizado em 81,14% dos hipertensos (Figura 13) e 88% dos diabéticos (Figura 14), o que nos leva a ver que não atingimos a meta de 100%, devido a problemas enfrentados, como a dificuldade de lidar com a equipe, em que alguns resistiam a ajudar na intervenção, mesmo entendendo o sentido da mesma, e quando alguns começam a agir assim a intervenção e nenhuma ação, na verdade, pode ocorrer da maneira esperada, já que o atendimento e acompanhamento na UBS são através de uma equipe multiprofissional, onde todos devem estar trabalhando em equipe em prol da melhor qualidade de atendimento à comunidade.

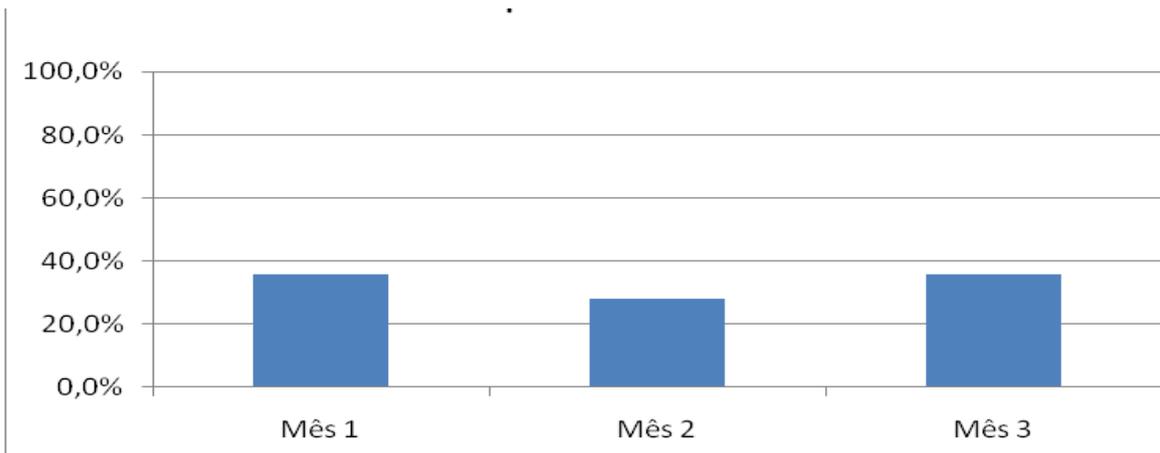


**Figura 13 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento**

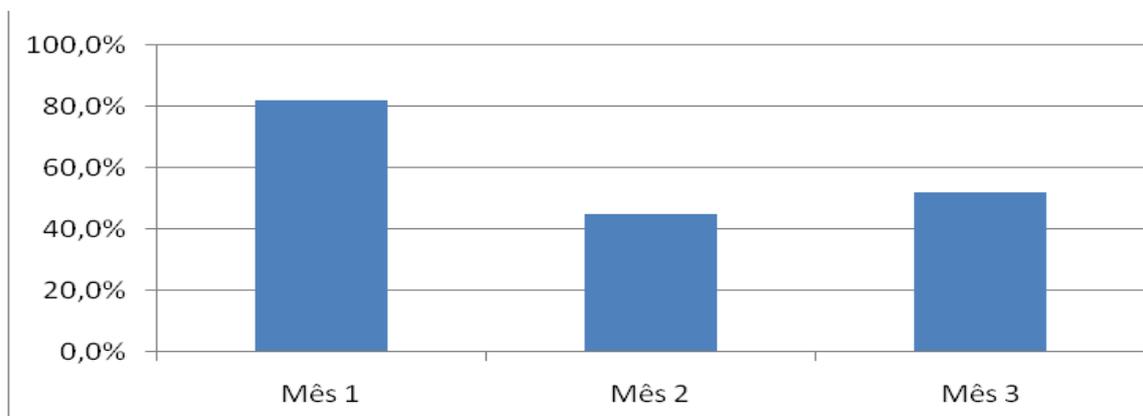


**Figura 14 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento**

Com relação à avaliação de risco devemos avaliar o número de realizações de estratificação de risco realizadas, já que a meta era alcançar 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados, mas sabemos que quando tiramos os projetos do papel tudo muda, e como já relatei, minha intervenção foi cheia de dificuldades e problemas o que impossibilitou a realização de todas as ações do cronograma, trazendo prejuízos, inclusive para os nossos resultados, pois a equipe não colaborou como esperávamos e a comunidade não aceitou e nem participou também como esperávamos, apesar de todo esforço e árduo trabalho, alcançando assim um baixo percentual nas realizações da estratificação de risco, sendo 35,89% dos hipertensos (Figura 15) e 58% dos diabéticos (Figura 16) cadastrados na intervenção.

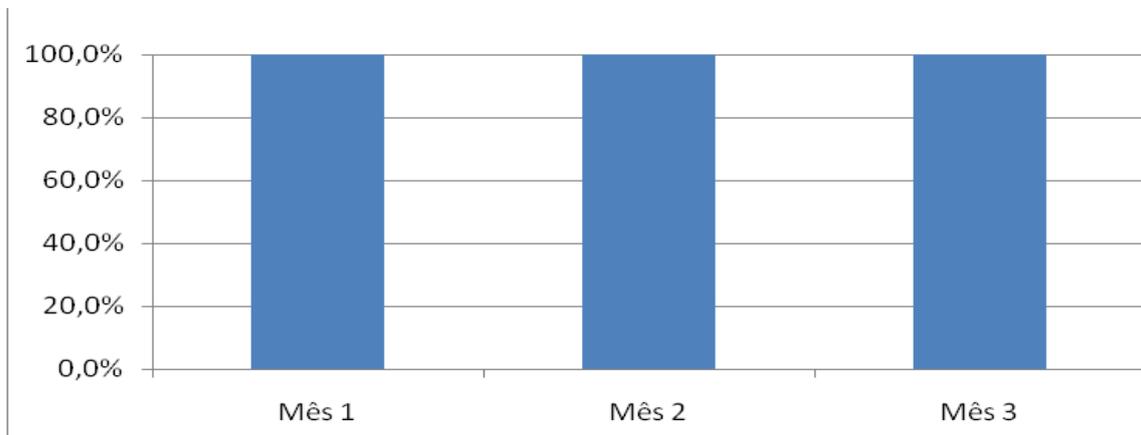


**Figura 15 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia**

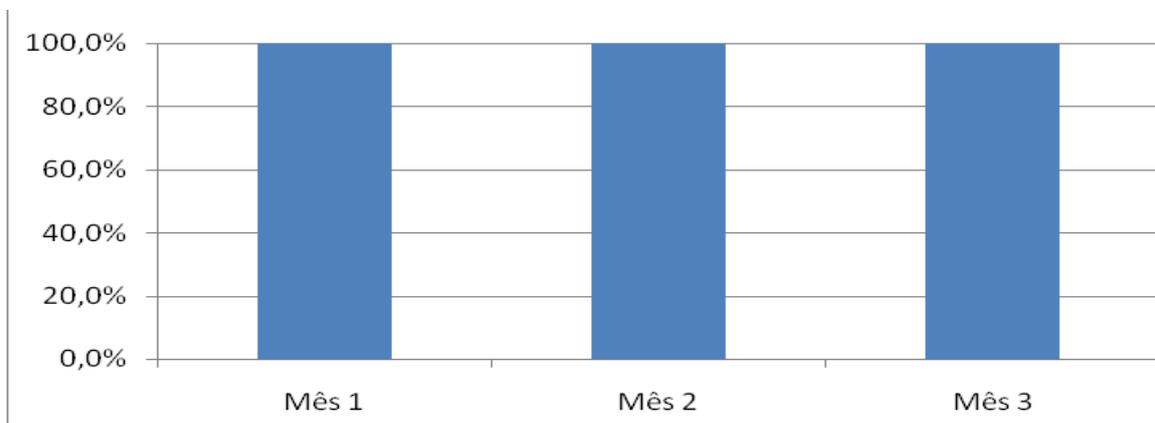


**Figura 16 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia**

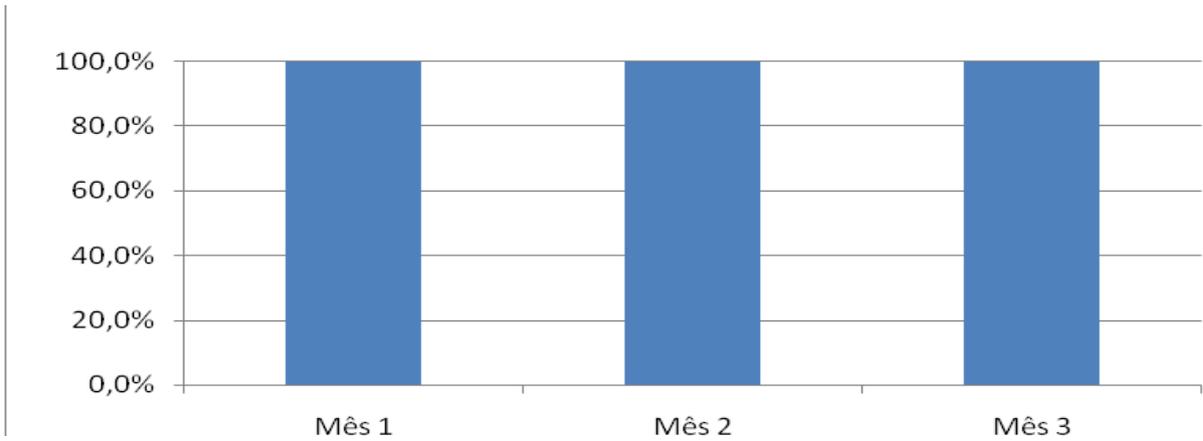
Quanto às orientações previstas nos cronogramas sobre a orientação nutricional sobre alimentação saudável (Figura 17 e 18), com relação à prática regular de atividade física (Figura 19 e 20), tabagismo (Figura 21 e 22) e higiene bucal (Figura 23 e 24) alcançamos 100% dos hipertensos e diabéticos, pois estávamos realizando essas orientações no ato do cadastramento, além das reuniões com os grupos de hipertensos e diabéticos, que só conseguimos realizar 2 encontros, o que trouxe uma certa frustração para a equipe, já que era uma atividade vista como promissora, mas além desses encontros foram realizadas diversas palestras na zona rural e urbana, contando com a ajuda da nutricionista e da farmacêutica do NASF, grupos de idosos, grupos de mulheres, sindicato dos trabalhadores rurais e comerciantes, ajudando na divulgação, confecções de materiais, organização de espaço e atividades que foram desenvolvidas.



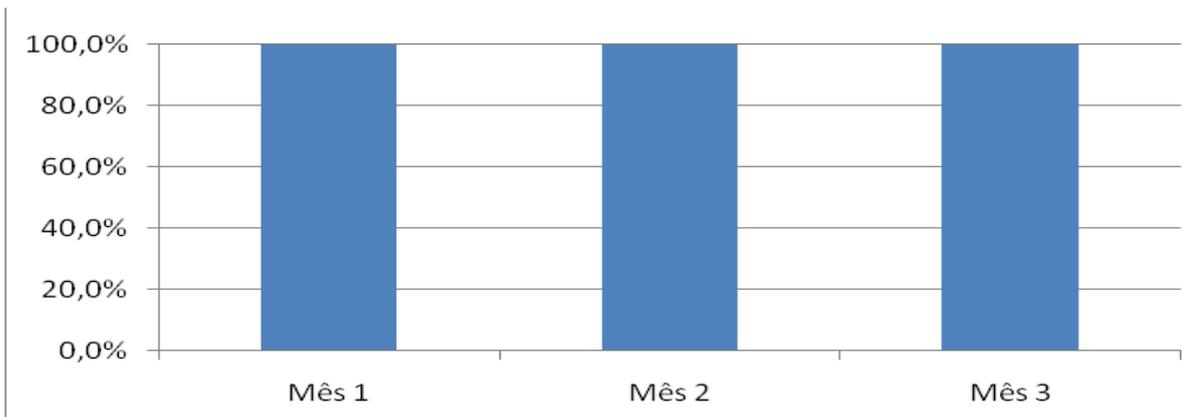
**Figura 17 - Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável**



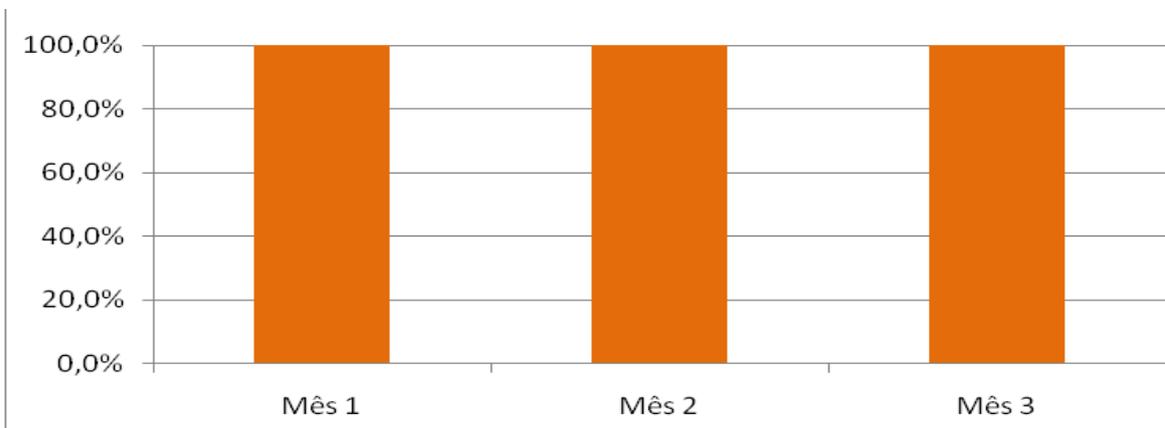
**Figura 18 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável**



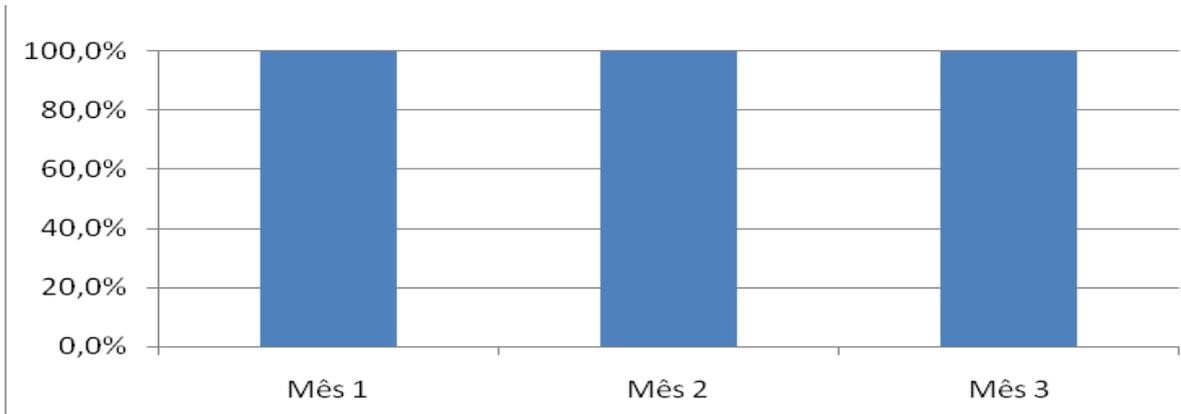
**Figura 19 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular**



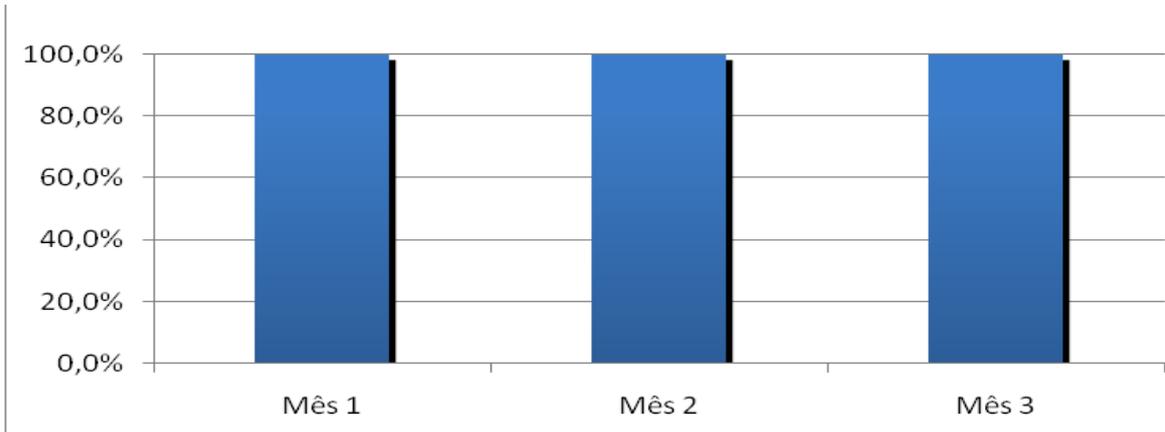
**Figura 20 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular**



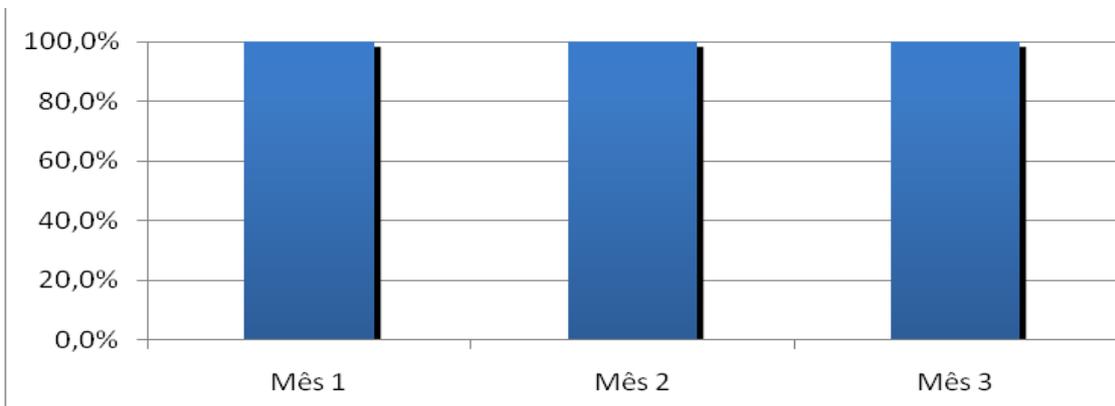
**Figura 21 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo**



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



**Figura 23 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal**



**Figura 24 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal**

Esses meses de intervenção foram repletos de inúmeras atividades e sensações, em algumas semanas me sentia mais motivado, principalmente com a chegada de estudantes de uma escola de técnico de enfermagem, que apesar de não estar no cronograma essa participação foi de suma importância para dar continuidade ao cadastramento desses usuários, acompanhamento, onde existia uma troca de saberes e aprendizados. Mas outras semanas eram encerradas com o sentimento de cansaço, tristeza, decepção, por não ter conseguido cumprir com o cronograma, por ver pouco interesse da equipe e da comunidade, mas ao longo dessas semanas pude aprender que a mudança nem sempre é bem vinda à vida das pessoas e que o tempo não corre na velocidade que queremos.

Podemos observar que muito do que foi planejado não foi realizado, que muitas metas não foram alcançadas, seja por limitação do sistema, por falta de conhecimento das pessoas (usuários e funcionários da UBS) ou até mesmo por outras questões, mas esse trabalho mesmo parecendo pouco diante da realidade e das dificuldades, acredito que pode se torna muito, a longo prazo, e servir de inspiração para a equipe atual ou equipes futuras.

## **4.2 DISCUSSÃO**

Na realização da intervenção da Implementação do Programa de Melhoria a Assistência de Diabéticos e Hipertensos na Cidade de Major Sales – RN não conseguimos alcançar grandes resultados, desde o início que enfrentamos problemas e dificuldades com a aceitação da comunidade e até mesmo a participação da equipe da unidade, quando alegavam não estar recebendo nada para participar. Foi um trabalho árduo, mas nem assim conseguimos seguir o cronograma e realizar todas as atividades listadas, apesar de ter recebido uma imensa ajuda de estudantes de uma escola técnica, que adoraram a ideia e se esforçaram junto comigo e alguns membros da equipe para tentar mostrar a importância da intervenção não só para mim, mas para todos e a melhoria da qualidade do serviço.

Na comunidade foram obtidos poucos resultados, sendo a intervenção pouco aceita, principalmente quanto aos usuários que não são hipertensos e

diabéticos, que chegavam na unidade na demanda espontânea e não aceitavam a prioridade do atendimento do grupo da intervenção, assim como a rejeição a ser acompanhado de grande parte dos portadores dessas patologias que não participavam das nossas palestras, que realizamos várias na zona rural e urbana, mas sempre com uma pequena participação, o que chegava a preocupar a mim e minha equipe, a tentar procurar e entender o motivo da falta de interesse, procurando sempre ouvir algumas pessoas da própria comunidade. Mesmo com todas essas dificuldades me enchia de alegria ao ver que usuários estavam seguindo minhas orientações, estavam retornando a unidade nos dias marcados, trazendo seus exames.

A intervenção trouxe para o serviço uma melhor qualidade de assistência, que ainda poderia ter sido melhor, mas acredito que plantamos o conhecimento, a vivência e uma vontade de algumas pessoas da equipe, que podem estar trabalhando na busca desses objetivos e quem sabe, a longo prazo, não consigam ir conquistando os demais membros da equipe para realizar e melhorar essa intervenção, adequando-a às suas vontades e disponibilidades.

Para conseguirmos colocar em prática a intervenção de acordo com os cadernos do Ministério da Saúde foram realizadas capacitações para os profissionais da unidade, onde, em algumas nós profissionais deveríamos estudar em casa e expor para os demais, onde acabava gerando discussões sobre o tema e como poderia ser trabalhado. Apesar de terem mostrado interesse, no decorrer das ações da intervenção, começaram as reclamações, a falta de compromisso, o que acabou comprometendo os nossos resultados. Essas atividades acabam que, no lugar de estimular o trabalho em equipe, em alguns momentos distanciando uns dos outros e causando conflitos, o que me fez, tomar grande parte das responsabilidades para mim, na tentativa de conseguir bons resultados, mas aos poucos alguns foram compreendendo a necessidade de trabalhar em equipe, assim como a importância da intervenção não só para a comunidade e participando melhor, tentando, de alguma forma, realizar o trabalho em equipe.

Mas, apesar de toda essa dificuldade ainda conseguimos aumentar um pequeno percentual na cobertura, na realização do exame clínico, realização dos exames em dia, a busca aos faltosos, registro adequado, estratificação de risco com

ênfase no pé diabético e classificação de risco para ambos os grupos, o que facilitava no momento de priorizar o atendimento dos mais graves, enquanto conseguimos avançar para os 100% na prescrição de medicamentos disponíveis na farmácia popular, atendimento odontológico, orientações previstas nos cronogramas sobre a orientação nutricional sobre alimentação saudável, com relação à prática regular de atividade física, tabagismo e higiene bucal.

A intervenção poderia ter sido facilitada se tivéssemos trabalhado melhor na compreensão da comunidade quanto à priorização desses grupos na intervenção, se tivéssemos realizados mais atividades na comunidade que envolvesse a população de uma forma melhor e mais dinâmica, poderia ainda, ter tentado algo que envolvesse a equipe de uma maneira mais integrada e de apoio conjunto.

E diante disso pude enxergar e concluir que ainda podemos melhorar, e que o final da intervenção não indica o fim, mas apenas um recomeço, com novos pensamentos e visões a fim de melhorar a qualidade do serviço, do trabalho e da assistência, devendo estar inserindo e integrando a intervenção na rotina do serviço, procurando melhorar o trabalho em equipe, trabalhando a compreensão da comunidade, na tentativa de viabilizar a realização da intervenção e instauração na rotina.

#### **4.3 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO PARA OS GESTORES**

A intervenção é um projeto realizado pelos médicos, participantes do PROVAB (Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica), durante o período em que estão atuando na Unidade de Saúde, e para isso são planejadas e orientadas as ações a serem realizadas, na tentativa de melhorar a assistência prestada à comunidade, onde definimos metas e objetivos para o final da intervenção, tudo seguindo o protocolo do Ministério da Saúde para o grupo de sua atuação. No caso da minha intervenção escolhi trabalhar a “Implementação do Programa de Melhoria a Assistência de Diabéticos e Hipertensos na Cidade de Major Sales – RN”, já que são dois grandes grupos da comunidade e que necessitam de atenção especial, por serem duas patologias crônicas e com inúmeras possíveis complicações.

Durante a intervenção enfrentamos algumas dificuldades, como exemplos a falta de interesse e participação dos companheiros de equipe, a não aceitação das consultas agendadas dos usuários diabéticos e hipertensos pelos usuários da demanda espontânea, que nos mostram que às vezes as coisas não funcionam como esperamos, mas que podemos estar sempre lutando e agindo de forma a contornar essas dificuldades e chegar aos nossos objetivos, pois apesar da dificuldade de realizar a intervenção, devido a falta de participação de alguns membros da equipe, chegaram alunos estagiários de uma escola técnica, que se interessaram pela intervenção e estiveram atuando junto comigo para torná-la realidade. Os resultados obtidos na minha intervenção não foram os esperados, pois para que as ações realizadas nos façam chegar as nossas metas necessitamos do trabalho em equipe e da participação da comunidade.

A nossa equipe se mostrou interessada no início, mas no decorrer da intervenção começaram as reclamações, a falta de compromisso, o que acabou comprometendo os nossos resultados. E quanto à comunidade a intervenção foi pouco aceita pelos usuários não hipertensos e não diabéticos, já que chegavam a Unidade como demanda espontânea e não compreendiam a necessidade das consultas agendadas desses grupos.

Com isso, vemos a necessidade de incentivar de alguma maneira à equipe a realizar o trabalho, a participar de ações promovidas na Unidade e na própria comunidade, necessitando incentivar, também, a participação da comunidade, trabalhar no que diz respeito à compreensão da comunidade, tentando de alguma forma envolver mais a comunidade de maneira dinâmica.

A realização da intervenção, mesmo não chegando aos resultados esperados e não alcançando algumas metas traçadas, podemos enxergar uma melhoria na qualidade da assistência, acredito que poderia ter sido melhor, mas conseguimos plantar o conhecimento, fazer com que a equipe e a comunidade vissem e vivessem essa experiência, inspirando a vontade de algumas pessoas da equipe e da comunidade, que, sem dúvidas, continuarão a buscar a realização das ações e melhores resultados.

Então, podemos ver que necessitamos incentivar mais a nossa equipe, mostrar que a assistência prestada pode ser melhorada, que a qualidade da saúde

depende de nós, profissionais, que estamos atuando dia a dia, buscando um melhor atendimento e acompanhamento dos usuários, o que a longo prazo, poderá trazer inúmeros benefícios quando adequamos as nossas necessidades para buscar a vontade e disponibilidade dos profissionais em melhorar essa qualidade da saúde prestada.

#### **4.4 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO PARA A COMUNIDADE**

A intervenção que realizamos na unidade, pôde nos mostrar que a qualidade da assistência prestada à comunidade pode ser melhorada, se nos unirmos para realizá-la. A comunidade é a principal ganhadora nessa intervenção, pois terá um atendimento melhor e um acompanhamento melhor, trazendo assim uma melhor qualidade de vida para toda a comunidade.

Algumas pessoas da comunidade apresentaram uma resistência quanto à participação nas reuniões com o grupo de hipertensos e diabéticos e as palestras, que pôde ser observada devido ao pequeno número de participantes nessas situações e na intervenção, em geral, assim como as queixas e reclamações da comunidade que chegava à unidade, como demanda espontânea e não compreendia a importância e necessidade das consultas agendadas com os hipertensos e diabéticos. Mas, tudo isso nos fez enxergar que devíamos ter apresentado a intervenção a comunidade, para que tomassem conhecimento sobre os benefícios, as ações que seriam realizadas e a importância da participação de cada um, já que o nosso trabalho tem como principal objetivo a melhoria do acompanhamento de cada usuário.

A intervenção visa uma melhoria na assistência prestada a cada indivíduo da comunidade, uma melhor forma de acompanhar o quadro de cada usuário, para conhecer os diversos casos, complicações e tratamentos. No momento em que pedimos que o usuário realize os exames, não falte as consultas agendadas é para conhecermos melhor cada caso, entender e prescrever a melhor maneira de cuidar daquele usuário e da sua patologia, podendo conhecer, ainda, aqueles que estão faltando consultas, exames, estratificação de risco, entre outros, e realizar a busca dessas pessoas.

Com isso o usuário pode evitar inúmeras complicações, ou prolongar as que são inevitáveis, tratando, cuidando e acompanhando da melhor maneira possível, oferecendo, assim, uma melhor qualidade na assistência à comunidade.

## **5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE SEU PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM**

Após o contato com a comunidade e conhecer sua realidade e a realidade da unidade de saúde, pude observar a necessidade de uma abordagem individualizada dos grupos de hipertensos e diabéticos, pois sempre eram encaixados como demanda espontânea e/ou abordados durante consultas de renovação de receitas de medicação de uso contínuo, sem uma avaliação global de seu quadro, não havendo protocolos fixos sobre diagnósticos, nem exames de rotina a serem solicitados, nem informação à respeito de quais exames estavam atrasados, etc. Além de, no caso dos diabéticos, não haver relatos, por partes destes, quanto à realização de exames de pés ou fundo de olho em busca de achados característicos de retinopatia, por exemplo. Mostrando a necessidade de avaliar e acompanhar esses usuários com uma abordagem global, como é preconizado pelo Ministério da Saúde.

No decorrer da intervenção pude ver que as coisas nem sempre acontecem como planejamos, que uma unidade de saúde só funciona bem quando a equipe trabalha unida em busca de um único objetivo, o bem estar e a boa qualidade da assistência prestadas à comunidade, mas quando isso não acontece os usuários acabam não sendo bem assistidos e tratados, além de diminuir a participação da comunidade nas ações da unidade.

Foi bastante difícil o trabalho realizado, pois não tinha o apoio e a participação de alguns profissionais, o que acabou dificultando nosso trabalho, além da pequena participação da comunidade, que resultava sempre em tristeza ao final do dia, por não ter alcançado os objetivos daquele dia, daquela semana, mas quando via um pessoa que participava da intervenção, que escutava e seguia as indicações de tratamento, realizava os exames e era regular às consultas, nesses dias eu já saía da unidade com o sentimento de dever cumprido, por sentir que algumas pessoas

estavam seguindo as recomendações e estaria, assim, melhorando a qualidade do atendimento da unidade.

Com isso, posso concluir, que o curso, a intervenção e todo esse tempo na Unidade de Saúde pôde me fazer melhorar como profissional, aprender a lidar com algumas situações, a necessidade do trabalho em equipe e a importância de cada um na assistência prestada à comunidade.

## 6. BIBLIOGRAFIA

ASSUNÇÃO, T. S.; URSINE, P. G. S Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. **Ciência & Saúde Coletiva**, Belo Horizonte, v. 13, Sup. 2, p. 2189-2197, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília, 2013.** Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_37.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf) Acesso em: 08/06/2014 às 22:00 h.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica Para o Sistema Único de Saúde. Caderno de Atenção Básica nº15.** Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção básica. **Diabetes Mellitus. Caderno de Atenção Básica nº16.** Brasília, 2006.

CORRÊA, Thiago Domingos. Hipertensão Arterial Sistêmica: atualidades sobre sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento. Artigo de Revisão. Disciplina de Cardiologia da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.saudedireta.com.br/docsupload/134020117631amabc91.pdf> Acesso em: 10/06/2014 às 13:40 h.

GUIMARÃES, Fernanda Pontin de Mattos; TAKAYANAGUI, Angela Maria Magosso. **Orientações recebidas do serviço de saúde por usuário para o tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2.** Ver. Nut. Vol. 15. Campinas, 2002.

MARASCHIN, Jorge de Faria. Classificação do diabete melito. **Arquivo Brasileiro Cardiologia.** vol.95 no.2 São Paulo, 2010.

MIRANZI, Sybelle de Sousa Castro, et al. **Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família.** Florianópolis, 2008.

MORAIS, Gleicyanne Ferreira da Cruz; et al. **O diabético diante do tratamento, fatores de risco e complicações crônicas.** Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a18.pdf> Acesso em: 08/06/2014 às 10:00 h.

PIERIN, Angela Maria Geraldo. **Hipertensão Arterial: uma proposta para o cuidar.** Barueri, São Paulo, 2014.

SILVA, Terezinha Rodrigues, et al. Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial com Grupos de Intervenção Educacional e Terapêutica em Seguimento Ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Realização: Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia.

**ANEXOS**





ANEXO 2 - PLANILHA DE COLETA DE DADOS

C4		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	
Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1																						
1	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente precisa tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hipertensão ou da Farmácia Familiar?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está sendo realizada?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre a prática de atividade física?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?						
2		Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	
3	Orientação de 1 a 6 de pacientes cadastrados	Nome																				
9	6																					
10	7																					
11	8																					
12	9																					
13	10																					
14	11																					
15	12																					
16	13																					
17	14																					
18	15																					
19	16																					
20	17																					
21	18																					
22	19																					
23	20																					
24	21																					
25	22																					
26	23																					
27	24																					
28	25																					
29	26																					
30	27																					
31	28																					
32	29																					

**ANEXO 3 - 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 Srª  
Profª Ana Cláudia Gastal Fassa

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

Prezada Pesquisadora;

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

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

