

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS-UNASUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MODALIDADE A DISTÂNCIA  
TURMA 6



Melhoria da Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos da Unidade Básica de  
Saúde ESF II, Poço Branco-RN

Nayara Queiroz Cardoso Pinto

Pelotas, 2015

NAYARA QUEIROZ CARDOSO PINTO

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos da Unidade Básica de Saúde ESF II, Poço Branco-RN**

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

Orientadora: Zênia Monteiro Guedes dos Santos

Pelotas, 2015

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

P659m Pinto, Nayara Queiroz Cardoso

Melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos da Unidade Básica de Saúde ESF II, Poço Branco-RN / Nayara Queiroz Cardoso Pinto; Zênia Monteiro Guedes Dos Santos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

119 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. Santos, Zênia Monteiro Guedes Dos, orient. II. Título

CDD : 362.14

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

Dedico este trabalho a Deus que sempre iluminou e guiou minha trajetória até hoje. Aos meus pais, pelo amor incondicional e apoio eterno, as minhas irmãs e aos meus mestres que serviram sempre de espelho e inspiração.

Nayara Queiroz Cardoso Pinto

## **Agradecimentos**

Agradeço a Deus por iluminar e guiar os meus caminhos, aos familiares, principalmente aos meus pais, Yuri Tasso Duarte Queiroz Pinto e Kátia Maria Cardoso Pinto, pelo amor, carinho e dedicação incondicional. As minhas irmãs, Luanda Duarte Cardoso Pinto e Sophia Duarte Queiroz Cardoso Pinto, pela atenção e apoio de todas as horas. Aos meus avós, desse lado ou do outro, meu amor e carinho eterno.

Agradeço aos meus usuários e amigos, pela confiança e por permitir que aprendêssemos o significado da palavra cuidar.

Agradeço a minha equipe de multidisciplinar, pelas trocas de experiências e aprendizados coletivos alcançados. Sendo fundamentais para os resultados obtidos nesse trabalho acadêmico.

Agradeço a minha orientadora Zênia Monteiro Guedes dos Santos, pela paciência, atenção, confiança e ensinamentos.

A todos acima, meu muito obrigado, vocês foram papel fundamental para a conclusão desse trabalho.

## Lista De Figuras

Figura 1 - Planta baixa da UBS/ESF II .....	15
Figura 2 - Área de abrangência do ESF II em destaque com legenda colorida representando a área de responsabilidade de cada ACS .....	20
Figura 3 - Taxas de mortalidade por DCV e suas diferentes causas no Brasil, em 2007 (AVE = Acidente vascular encefálico; DIC = Doença isquêmica; HAS = hipertensão arterial sistêmica).....	21
Figura 4 - Dados percentual da cobertura das ações da UBS ESF II .....	22
Figura 5 - Indicadores de qualidade da atenção prestada aos hipertensos ESF II ...	23
Figura 6 - Indicadores de qualidade da atenção prestada aos diabéticos ESF II.....	24
Figura 7- Organização poliárquica em rede .....	49
Figura 8 - Fluxograma de atendimento ao usuário com suspeita de HAS .....	50
Figura 9 - Fluxograma de atendimento do usuário com hipertensão diagnosticado .	51
Figura 10 - Fluxograma de atendimento do usuários com suspeita de diabetes .....	51
Figura 11 - Fluxograma de atendimento do usuários com diabetes diagnosticado...	52
Figura 12 - Apresentação de capacitação para equipe ESF II Poço Branco – RN....	58
Figura 13 - Equipe reunida na capacitação .....	59
Figura 14 - Fluxogramas anexados na triagem .....	61
Figura 15 - Usuários participantes das ações educativas na unidade de saúde.....	62
Figura 16 - Palestras ministradas para usuários participantes da intervenção.....	62
Figura 17 - Cronograma das ações que foram realizadas na unidade com respectiva legenda .....	64
Figura 18: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde	68
Figura 19: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde...	69
Figura 20: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	70
Figura 21: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	72
Figura 22: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo .....	73
Figura 23: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo .....	75
Figura 24: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada .....	76
Figura 25: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada .....	
Figura 26: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico .....	78
Figura 27: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico .....	79
Figura 28: Proporção de hipertensos faltosos as consultas com busca ativa .....	81

Figura 29: Proporção de diabéticos faltosos as consultas com busca ativa.....	82
Figura 30: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	83
Figura 31: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	84
Figura 32: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....	85
Figura 33: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....	87
Figura 34: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.....	88
Figura 35: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.....	89
Figura 36: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular .....	90
Figura 37: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular .....	91
Figura 38: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.....	92
Figura 39: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.....	94
Figura 40: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal .....	95
Figura 41: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal .....	96

## **Lista de abreviaturas/siglas**

APS – Atenção Primária a Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AVC – Acidente vascular cerebral

AVE – Acidente vascular encefálico

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

DCV – Doença Cardiovascular

DM – Diabetes Mellitus

ECG – Eletrocardiograma

ECO – Ecocardiograma

ESF – Equipe de Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HGT – Hemoglicoteste

IAM – Infarto agudo do miocárdio

IMC – Índice de Massa Corporal

INSS - Instituto Nacional de Seguro Social

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PA – Pressão Arterial

PMAQ-AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNI – Programa Nacional de Imunização

SUS – Sistema Único de Saúde

SAMU – Sistema de Atendimento Médico de Urgência

SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFPeI – Universidade Federal de Pelotas

UTI – Unidade de Terapia Intensiva



## Sumário

Apresentação .....	12
1.1 Texto inicial sobre situação da ESF/APS .....	13
1.2 Relatório da análise situacional.....	18
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	21
2 Análise estratégica .....	27
2.1 Justificativa.....	27
2.2 Objetivos e metas.....	28
2.2.1 Objetivo geral .....	28
2.2.2 Objetivos específicos.....	29
2.2.3 Metas.....	29
2.3 Metodologia.....	31
2.3.1 Ações .....	31
2.3.2 Indicadores.....	44
2.3.3 Logística .....	48
2.3.4 Cronograma .....	55
3 Relatório da intervenção.....	57
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	57
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	63
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	64
3.4 Viabilidades da incorporação das ações à rotina de serviços .....	65
4 Avaliação da intervenção .....	66
4.1 Resultados .....	66
4.2 Discussão.....	96
4.3 Relatório da intervenção para comunidade .....	100
4.4 Relatório da intervenção para os gestores .....	103
5 Reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem.....	106
Bibliografia.....	108
Anexos .....	110
Anexo 1 – Ficha Espelho (Frente).....	110
Anexo 2 – Ficha Espelho (Verso).....	111
Anexo 3– Planilha de Coleta de dados .....	112
Anexo 4 – Documento do comitê de ética .....	113
Anexo 5 – Banner “Eu sou 12por8” .....	114

Apêndice .....	116
Apêndice 1 – Cartilha hipertensão frente .....	116
Apêndice 2 – Cartilha hipertensão verso.....	117
Apêndice 3 – Cartilha diabetes frente .....	118
Apêndice 4 – Cartilha diabetes verso .....	119

## Resumo

PINTO, Nayara Queiroz Cardoso. **Melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos da Unidade Básica de Saúde ESF II, Poço Branco-RN**. 2015. 119f. Trabalho de Conclusão de Curso – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, modalidade à distância (EaD). Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

A intervenção ocorreu na Unidade de Saúde da Família denominada ESF II, no bairro Conjunto Novos Tempos, Município de Poço Branco, Rio Grande do Norte, entre outubro a dezembro de 2014, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos. A partir do diagnóstico situacional dessa unidade, identificou-se maior necessidade de realizar a intervenção nessa ação programática. Implementamos ações incluídas no projeto de intervenção que refletissem na melhoria da qualidade da saúde dos usuários adstritos. Seu monitoramento ocorreu semanalmente, com coleta e preenchimento de dados nas planilhas e fichas-espelho a fim de garantir melhor registro. Realizamos a capacitação da equipe, atualizando-a, discutindo-a as patologias e determinando sua atuação profissional nesse período. Fizemos busca ativa dos usuários faltosos, garantindo os princípios de equidade e universalidade. Antes da intervenção, a cobertura dos hipertensos e diabéticos apresentava-se 83 (34,2 %) e 20 (39%), respectivamente. Após intervenção, a cobertura desses usuários foi de 178 (73,6%) e 44 (84,6%), respectivamente. Alcançamos 100% na maioria dos indicadores de qualidade nos quatro eixos temáticos: organização do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica. Avaliamos garantia do exame físico adequado, com realização do exame do pé diabético e o cálculo do risco cardiovascular de cada usuário assistido. Cada consulta era registrada na ficha espelho, bem como seu acompanhamento, exames complementares e medicações. Em geral, consideramos a intervenção com resultado positivo, pois garantiu a melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos, alcance das metas preconizadas no projeto e implementação do Telessaúde, com inclusão do eletrocardiograma. A maior dificuldade enfrentada nesse período foi a realização dos exames complementares, conforme recomendação do protocolo do Ministério da Saúde, pois, o laboratório municipal, além de não realizar alguns exames como microalbuminúria, enviava-os com atraso. Acreditamos que a equipe, a gestão municipal e a comunidade entenderam os benefícios das ações e que elas serão incorporadas a rotina da ESF II, em Poço Branco – RN.

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

## **Apresentação**

Este trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família- Modalidade Ensino à Distância da Universidade Federal de Pelotas, em parceria da Universidade Aberta do SUS intitula-se Melhoria da Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos da Unidade Básica de Saúde ESF II, no município Poço Branco-RN. O período para elaboração deste trabalho foi iniciado no mês de março de 2014 e finalizado em Janeiro de 2015.

Apresenta-se em cinco capítulos. O primeiro denomina-se Análise Situacional o qual menciona a estrutura física, a organização do trabalho, a disponibilidade de insumos da UBS, entre outras. O segundo capítulo intitula-se Análise Estratégica, a partir da análise situacional, escolheu-se o tema da intervenção, os objetivos gerais e específicos, as metas previstas, a metodologia, com suas respectivas ações e indicadores, bem como logística de sua execução e alcance dessas metas.

O terceiro capítulo denomina-se Relatório da Intervenção. Esse relatório corresponde às ações desenvolvidas durante o período de intervenção aos hipertensos e diabéticos adstritos, contemplando os eixos temáticos abordados: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica.

No quarto capítulo apresenta-se a Avaliação da Intervenção, a qual se encontra descrito os resultados obtidos após período da intervenção. Além disso, descreveu-se breve discussão sobre a continuidade do projeto na UBS. Ainda, observa-se exposição dos relatórios dessa intervenção à comunidade e aos gestores para que esses segmentos tomem conhecimento do que foi realizado nesse período.

Este trabalho, portanto, finalizou com a reflexão sobre o processo pessoal de aprendizagem, com o intuito de compartilhar as angústias e experiências vividas durante este curso.

## 1 Análise situacional

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

O município Poço Branco, interior do Estado do Rio Grande do Norte (RN) localiza-se no Nordeste Brasileiro, com população de, aproximadamente, 14 mil habitantes, maioria do sexo masculino (7.057). Segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Possui densidade demográfica de 60,54 hab/km<sup>2</sup>. A economia é mais voltada para a agricultura e comércio, com poucas unidades. A maioria da população possui renda média ou baixa, dependente de aposentadorias e benefícios financeiros provenientes do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS).

O sistema de saúde desse município é organizado na atenção básica com seis Estratégias de Saúde da Família (ESF), cada uma funcionando em uma Unidade Saúde da Família (USF), sendo três na zona urbana: PSF 01, PSF 02 e PSF 03; e três na zona rural: PSF 04, PSF 05, PSF 06. Cada uma delas possui sua Equipe de Saúde, composta por um médico, um enfermeiro, um ou dois técnico de enfermagem, um agente de serviços gerais, cinco ou seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um dentista e um técnico de saúde bucal.

De suporte às essas equipes, existe o Hospital Municipal Manoel Targino, que atua como unidade mista de atendimento com um médico plantonista e o Centro de Especialidades cujo corpo de especialista abrange cardiologista, cirurgião geral, ginecologista, nutricionista, psicóloga e fisioterapia. Não há nenhuma equipe formando o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) ou Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). O atendimento de emergência é feito na unidade hospitalar, com transporte de usuários realizado por uma das duas ambulâncias disponíveis no município.

A unidade de saúde localiza-se nesse município, na mesorregião Agreste Potiguar e na microrregião Baixa Verde. Está há 82 metros de altitude, 59 km de distância da capital, com clima semiárido, ocupando uma área de 230,7 Km<sup>2</sup> de área urbana e rural.

A unidade de saúde em que atuamos é denominada Estratégia de Saúde da Família II (ESF II), atuando na área urbana da cidade com esfera administrativa municipal, organizada pelas esferas federal (Ministério da Saúde), estadual

(Secretária Estadual da Saúde) e municipal (Secretária Municipal de Saúde). O tipo de atendimento realizado é ambulatorial, conveniada com o Sistema Único de Saúde (SUS), sem vínculo da unidade com instituições de ensino.

Essa unidade é composta por uma equipe de saúde da família, com os seguintes profissionais: médico, enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, dentista, técnica em saúde bucal e cinco agentes comunitários de saúde. Integram, ainda, a unidade uma auxiliar de serviços gerais e duas recepcionistas.

A unidade básica de saúde (UBS) é o local de realização de grandes atividades da prática clínica, apesar de não considerar o fator mais importante para seu funcionamento a estrutura física do local, pois influencia a realização de algumas atividades.

A UBS contém uma estrutura pequena, sua estrutura surgiu da adaptação de dois espaços físicos, uma casa e um açougue, que eram vizinhos. O projeto arquitetônico da unidade, tal como distribuição das salas foi realizado pelo ACS local, sendo executadas pela SMS. Assim, apenas pela história, percebemos que ela possui algumas limitações quando comparado as normas estruturais recomendadas pelo Ministério da Saúde à unidade de saúde. Enquanto aguardamos a inauguração da unidade (ainda em construção), vivenciamos esse cenário.

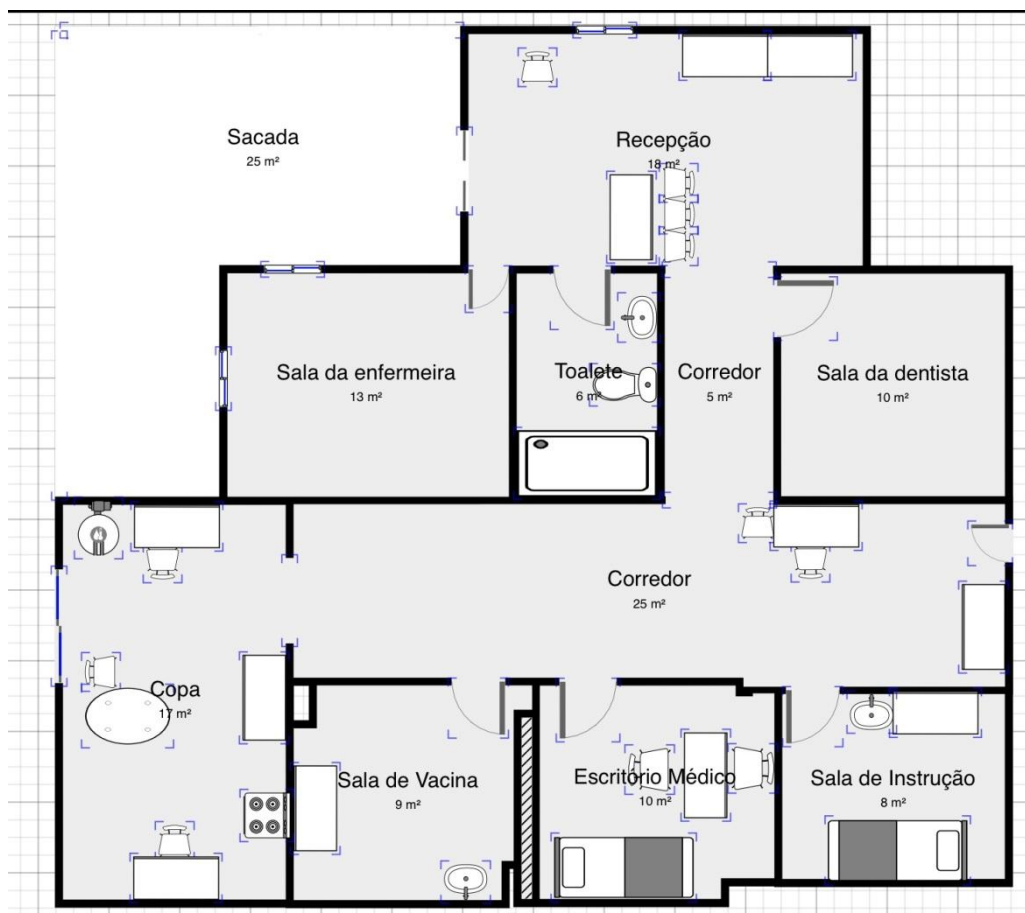


Figura 1 - Planta baixa da UBS/ESF II

Fonte: MagicPlan

Na porta de entrada da unidade possui uma rampa para acessibilidade, que facilita a entrada de portadores de necessidades especiais (PNE). Entretanto não existe calçada na rua o que seria uma contradição no seu acesso ao serviço de saúde. Não existe identificação na entrada dessa unidade, sem indicar que ali funciona, o que já gerou dificuldade pelos usuários que não se localizava para os atendimentos. Entrando na unidade, a primeira vista, é da varanda onde funciona como sala de espera para os que aguardam atendimento. Os usuários ficam sentados nas muretas já que não dispomos de cadeiras.

Em seguida, temos a recepção que fica junto com o arquivo, por ser a área de circulação dos usuários. Esse espaço fica um pouco tumultuado pela manhã, já que o fluxo para os atendimentos da enfermeira, odontologista e médica são feitos pela mesma área. No corredor próximo a sala de atendimento médico (corredor 2 na planta baixa), ocorre a realização da triagem, verificação da pressão, peso,

temperatura e altura. Essa situação é um dos grandes debates da unidade já que essa área não possui forro, impedindo a privacidade dos usuários durante as consultas médicas.

O consultório médico tem o tamanho adequado. No entanto, não conta com janela e forro no teto, mas possui os materiais necessários para atendimento. Os demais consultórios são forrados. O de enfermagem existe dificuldade pelo calor intenso, pois não é possível a abertura da janela devido à privacidade aos usuários. O ventilador disponível é insuficiente para circulação de ar. O consultório odontológico conta com condicionador de ar. Devido ao tamanho da cadeira odontológica, o espaço para circulação é limitado, abaixo do preconizado pelo manual do MS.

A sala de vacina está sinalizada na planta acima e possui um tamanho adequado, Todavia, é um espaço praticamente sem utilidade, já que não o possui geladeira para condicionamento das vacinas, ocorrendo vacinação apenas quando existe campanha e armazenadas em isopor. A copa é um espaço amplo que sofre com o calor intenso devido à porta de rolo que possui ser de ferro, sem geladeira o que dificulta a realização de lanches e refeições pelos profissionais de saúde na unidade de saúde.

Algumas adaptações estão sendo providenciadas, principalmente, pela proximidade das fiscalizações do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), como a placa de entrada, pintura e o portão de entrada. Apesar das dificuldades estruturais que atrapalham e até limitam as atividades na UBS, conseguimos realizar o trabalho ao qual nos propomos.

Os fatores limitantes na atuação da equipe são: o espaço físico para realização das palestras, onde participam cerca de 20 usuários por semana. Essa atividade poderia abranger um maior número de usuários, com manutenção de um tema por mês na tentativa de garantir a orientação a maior quantidade de participantes. A inexistência de uma sala para reunião e para programar ações dos ACS dificulta realizar estatísticas e gráficos que poderiam ser apresentados para a população. Além disso, não dispusemos de acesso a um computador que nos ajudaria na divulgação e criação de planilhas durante as reuniões da equipe.

O principal efeito negativo sobre a atividade médica é o direito a privacidade, onde o médico sente-se lesando uns dos direitos do código de ética médica, o da



privacidade e sigilo. Mesmo sabendo que nós, funcionários, não temos culpa do atual estado físico e, sabendo que, já foi mais difícil na unidade básica anterior. A cada dia, a equipe dribla as adversidades que existem, bem como lutamos por um trabalho melhor possível, garantindo saúde de qualidade para os usuários adstritos na UBS.

Os materiais disponíveis para auxílio da prática clínica como esfigomanômetro, estetoscópio, balança infantil e balança adulto (a balança mecânica foi interditada ano passado, utilizando somente a plataforma no momento), sonar, otoscópio e fita métrica, encontram-se disponíveis. A única dificuldade enfrentada é o número de materiais em quantidades insuficientes para todos os profissionais, ocorrendo algumas vezes a interrupção da consulta para solicitar que seja emprestado de um para outro funcionário (ex: esfigomanômetro, fita métrica, sonar).

A realização de vacinas não funciona na UBS pela falta de local para refrigeração, sendo essa demanda encaminhada para o ESF I e III. As medicações, em geral, estão disponíveis em grande variedade, onde raramente as falta. Entretanto não contamos com medicações psicotrópicas e injetáveis na unidade (apenas ESF I e ESF III). Esses pontos são os mais falhos nesse aspecto e que interferem em algumas atividades na UBS, diminuindo a relação com os usuários que necessitam se deslocar a outra unidade bem mais distante.

A equipe de saúde por ser bem organizada consegue sempre orientar e cobrar dos usuários a realização das vacinas e o uso de medicações psicotrópicas como forma de reforçar a ideia de que, apesar de estarem buscando esses itens em outra unidade, é a nossa unidade que eles devem se reportar em caso de alguma necessidade. Além disso, os ACS (que já trabalham a mais de 10 anos) estão acostumados a driblar essas adversidades, o que acaba sendo feito também pelos demais funcionários.

Outro ponto observado foi com relação ao material odontológico, o questionário avaliado demonstrou que estamos bem assistidos nesse setor, com possibilidade de realizar todos os procedimentos básicos destinados a uma unidade de saúde.

A reposição dos materiais de uso diário ocorre de forma rotineira (material de limpeza, materiais de uso na prática em saúde, material odontológico), cada

reposição é realizada de acordo com a necessidade. Os materiais odontológicos por serem esterilizados são repostos duas vezes na semana, já os demais materiais e medicações são repostos mensalmente, ou em caso de necessidade. Não existe, entretanto, calibragem dos esfigmomanômetro e das balanças, nem um acompanhamento para substituição de móveis e armários.

Analisando de forma mais técnica a parte instrumental e procedimentos realizados na UBS, percebemos que as demandas não absorvidas pela unidade não são penalizadas no todo, pois em caso de necessidade algum outro serviço municipal realiza a função da unidade. Por exemplo, caso necessite de sutura ou algum pequeno procedimento, encaminhamos o usuário para o hospital e, na falta de médico plantonista (que infelizmente é uma realidade), o médico do ESF realizaria esse procedimento no ambiente hospitalar apropriado. O mesmo ocorre com medicações injetáveis, onde o médico da UBS prescreve a medicação e o usuário realiza a aplicação em uma unidade de pronto atendimento.

Com relação aos medicamentos, a equipe de saúde se encarrega de orientar a importância de acompanhar os usuários o uso correto deles e de como obter. Por vezes já observamos ACS indo entrega-los na casa de usuários que são incapacitados de se deslocar.

Na rotina da unidade, a equipe multidisciplinar apresenta relação de amizade e de troca de experiências, não havendo atritos o que facilita quando necessitamos de ajuda ou da opinião de algum outro profissional ou do uso instrumental de objetos que estejam com algum outro.

Após análise da situação da UBS, acreditamos que a equipe não deixe a desejar na realização das atividades atribuídas. A orientação e proximidade com os usuários fazem com que consigamos driblar as adversidades como forma de refletir em algo benéfico para aquela população, seja com orientações, locomoção pessoal ao local mais adequado, visitas domiciliares e busca ativa, entre outras.

## 1.2 Relatório da análise situacional

A UBS realiza um amplo atendimento a população, com execução das ações e serviços de saúde, desde o recém-nascido até a pessoa idosa. Essa execução torna-se fundamental para mapear a área geográfica e conhecer o perfil epidemiológico e socioeconômico da população adstrita.

É com esse objetivo que as ações programáticas se incluem na UBS, na busca pelo aperfeiçoamento dos atendimentos já realizados aos usuários, ampliando esse acesso e qualificando melhor as atividades já realizadas. O rastreamento dos usuários que necessitam desse atendimento, assegura-se boa avaliação, acompanhamento e tratamento adequado.

A UBS possui uma estrutura física pequena com sala de enfermagem, consultório médico e odontológico, além de sala de curativo e de vacinas. Nessa unidade, funciona uma equipe de estratégia saúde da família, que contempla o médico, enfermeiro, odontologista, técnica de enfermagem, técnica em saúde bucal e cinco ACS.

Nossa área de abrangência está em constante crescimento pela construção de condomínios e novos conjuntos próximos. No momento, possuímos cerca de 700 famílias cadastradas, totalizando 4.410 usuários. Com a implementação do e-SUS, esse número atualiza-se constantemente. Dessa forma, esperamos que esse novo cadastro nos auxilie no reconhecimento do real número dos usuários hipertensos e diabéticos em nossa área.

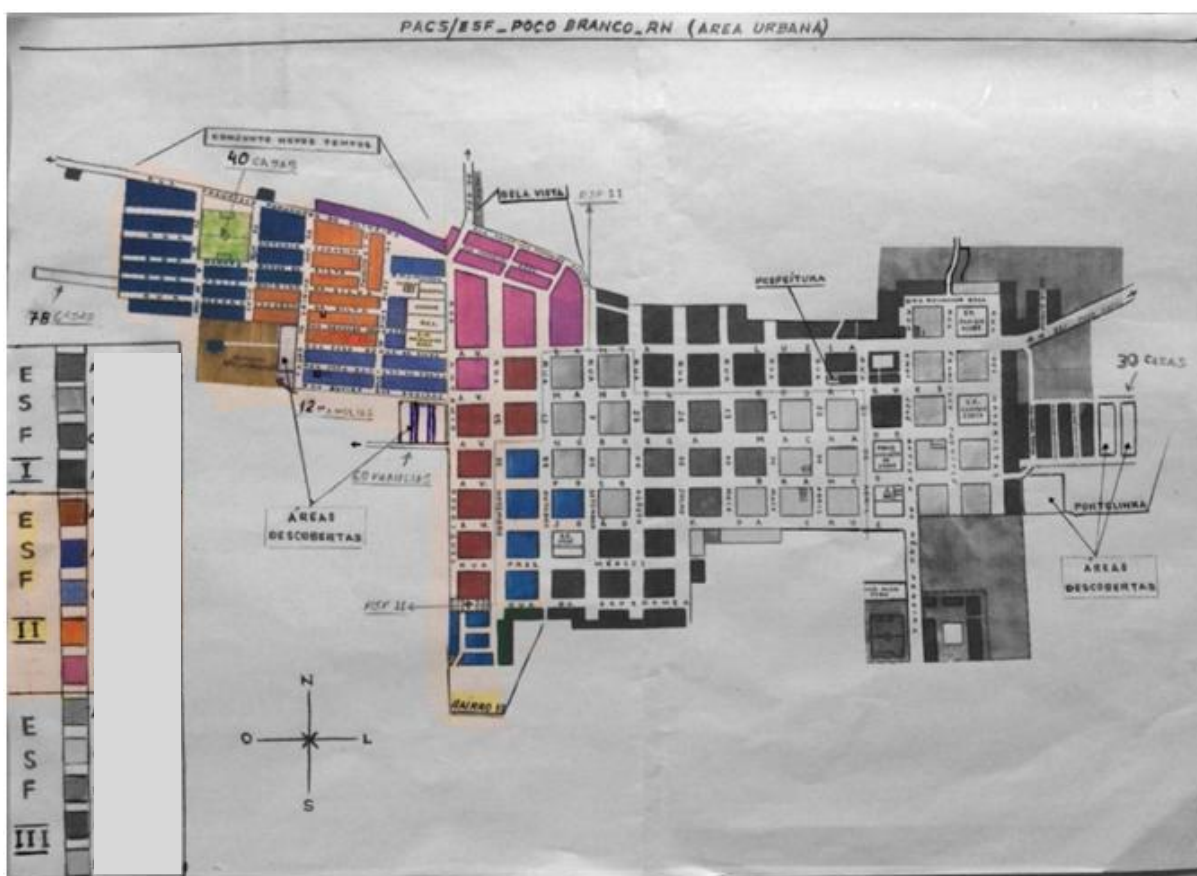


Figura 2 - Área de abrangência do ESF II em destaque com legenda colorida representando a área de responsabilidade de cada ACS

Fonte: ESF II

Nossa ação busca de todos os usuários hipertensos e diabéticos para cadastramento no HIPERDIA. Essa ação objetiva identificar real número de usuários com essas patologias e o manejo adequado. Atualmente, a cobertura de usuários cadastrados equivale a aproximadamente 39% dos hipertensos (95 usuários) e 34% dos diabéticos (18 usuários). Obtivemos dificuldade para obtenção inicial desses dados, pois não possuía especificação no SIAB e os dados da unidade não eram bem registrados, utilizamos assim dados do cadastro no programa HIPERDIA e a busca de dados aos quais os agentes de saúde de cada área de abrangência possuía, chegamos a um total de 242 hipertensos em nossa área e 34 diabéticos, entretanto destes diagnosticados apenas os citados acima vinham realizando esse acompanhamento e eram efetivamente cadastrados no programa .

A realidade da atenção ao hipertenso e diabético em nossa unidade de saúde já vinha sofrendo modificações há dois meses, quando iniciamos a busca ativa de usuários. Atualmente, realizamos agendamento das consultas o que facilitou bastante a adesão dos usuários. A avaliação clínica é baseada nas orientações do MS, priorizando ações, às vezes, esquecidas como avaliação antropométrica, avaliação de sensibilidade dos membros inferiores, solicitação de fundoscopia, eletrocardiograma e orientação nutricional com especialista.

Como forma de melhorar os conhecimentos desses usuários sobre suas patologias, semanalmente realizamos palestras abordando esses temas, com ênfase nos cuidados alimentares, uso correto das medicações, prática esportiva, cuidados com os pés, suspensão do álcool e tabagismo. Desse modo, conhecemos mais nossos usuários e transmitimos mecanismos que melhore sua qualidade de vida e diminua o risco cardiovascular.

Assim, a expectativa dessa ação é a melhoria da qualidade de vida a longo prazo, por saber que a HAS e DM apresentam complicações agudas e crônicas responsáveis pela principal causa de óbitos, que são as cardiovasculares, afetando a microcirculação (retinopatia e nefropatia) e a macrocirculação (cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular e doença vascular periférica) além de gerar

neuropatias é que reforçamos a necessidade de controlar essas condições de forma mais intensa.

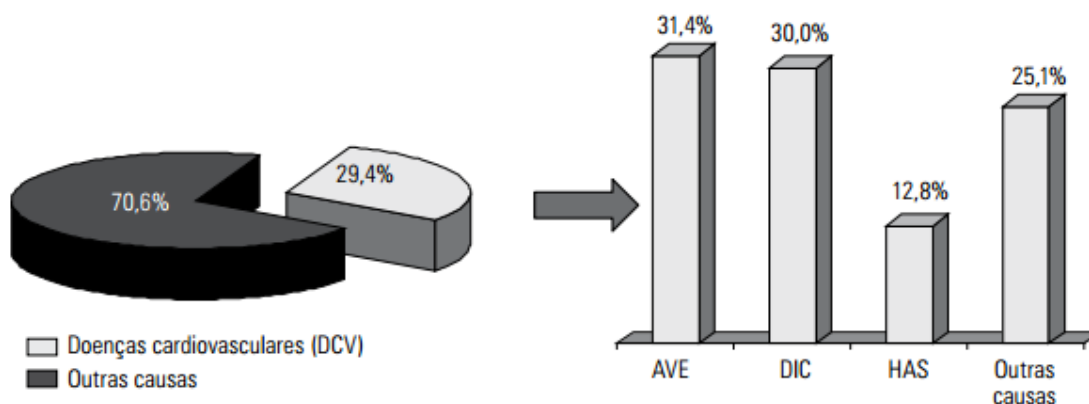


Figura 3 - Taxas de mortalidade por DCV e suas diferentes causas no Brasil, em 2007 (AVE = Acidente vascular encefálico; DIC = Doença isquêmica; HAS = hipertensão arterial sistêmica)

Fonte: DATASUS, 2007

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

A intervenção desenvolvida na unidade de saúde deve possuir características que permitam o uso de um protocolo, ter o registro próprio e um monitoramento regular. Após a análise situacional da UBS em que atuamos ficou mais fácil perceber em quais pontos possuíamos fragilidade e onde poderíamos criar uma intervenção.

As principais limitações será a busca dos usuários não cadastrados no programa, os atrasos nos exames laboratoriais e a falta de dispensação dos medicamentos na própria unidade de saúde. Esperamos futuramente obter melhores índices de acompanhamento desses usuários em nossa unidade, garantir boa qualidade de vida e diminuir o número de óbitos por causas cardiovasculares.

As avaliações realizadas possibilitarão melhorias de várias ações na unidade, como saúde escolar, pré-natal e puerpério, rastreamento do câncer de mama e colo uterino. Essas ações foram debatidas em reuniões e as melhorias são resultados da ação de toda equipe em acolher melhor o usuário, entender suas queixas, orientar a população e realizar busca ativa aos usuários que necessitavam de acompanhamento ou rastreamento.

Nas primeiras reuniões realizadas na unidade, ao serem levantadas quais as dificuldades que a equipe vinha apresentando, os ACS, relataram a necessidade de um atendimento voltado para os hipertensos e diabéticos, que, muitas vezes, não tinham um acompanhamento global de suas patologias, comparecendo a unidade apenas para renovar receitas.

Durante o preenchimento do caderno de ações programáticas, ficava claro quais fragilidades a unidade possuía. Interessante observar que as queixas dos profissionais na unidade coincidiam com os dados obtidos no caderno de ações, demonstrando uma baixa cobertura do pré-natal e dos pacientes do cadastrados no HIPERDIA.

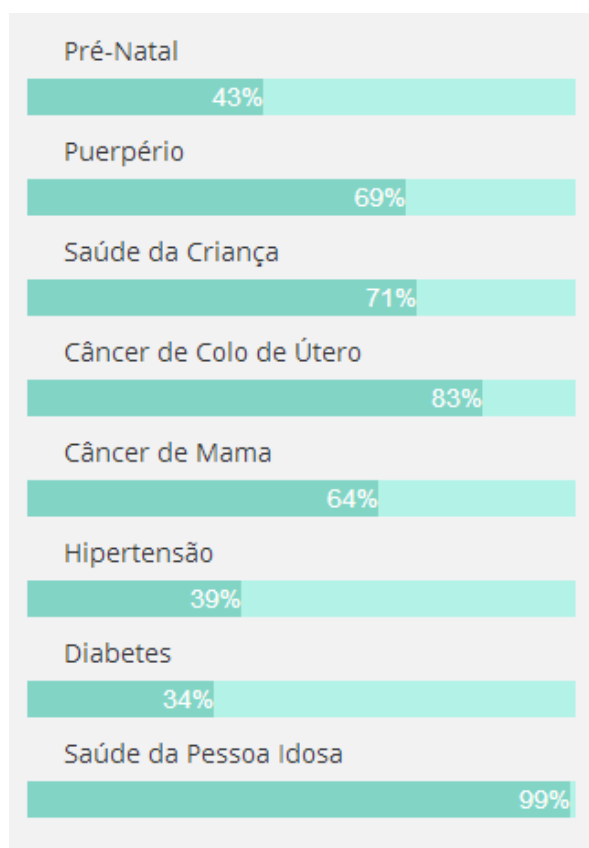


Figura 4 - Dados percentual da cobertura das ações da UBS ESF II

Fonte: Caderno de ações programáticas

Avaliando as ações em hipertensão, além do número inferior de usuários cadastrados no HIPERDIA, o atendimento realizado não vinha sendo o mais adequado. Existia dificuldade nas consultas clínicas, pois muitos usuários não conseguiam chegar na unidade para pegar a ficha de atendimento. Os números

observados na Figura-5, expressa as dificuldades que vinham sendo enfrentadas pela equipe nesse acompanhamento.

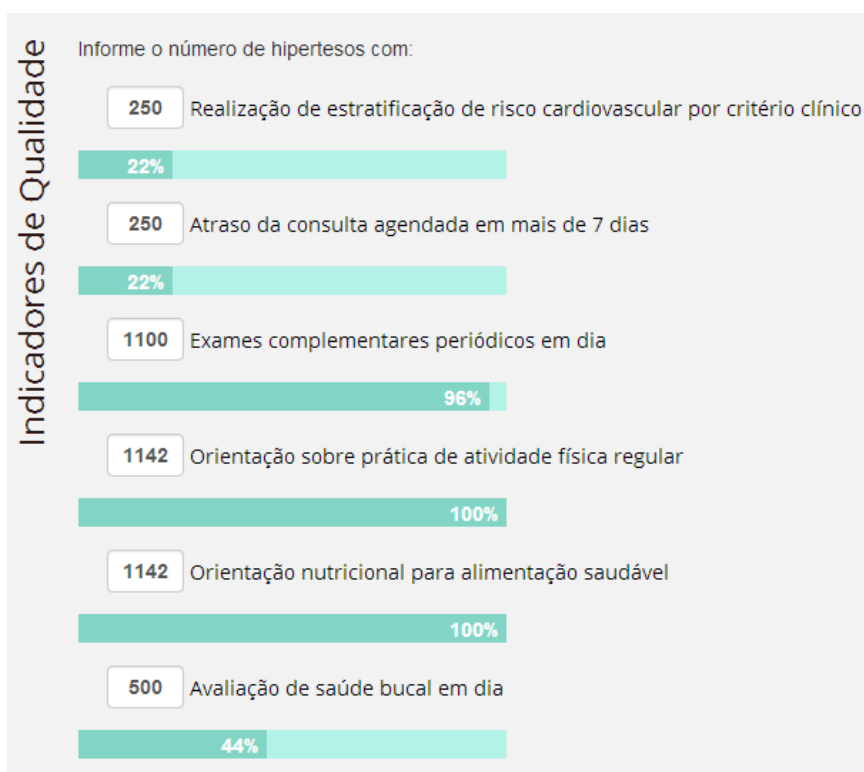


Figura 5 - Indicadores de qualidade da atenção prestada aos hipertensos ESF II

Fonte: Caderno de ações programáticas

Ao observar os indicadores de qualidade dos usuários diabéticos, pode-se perceber que, apesar do resultado dos exames desses usuários estarem dentro do desejado, o atendimento realizado não estava sendo o adequado por não conter medidas simples, como, por exemplo, avaliação da sensibilidade dos pés e avaliação dos pulsos. Alguns dados foram difíceis de serem obtidas e, com implementação da ficha-espelho para o atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos, as informações seriam mais fieis às ações realizadas nos atendimentos.

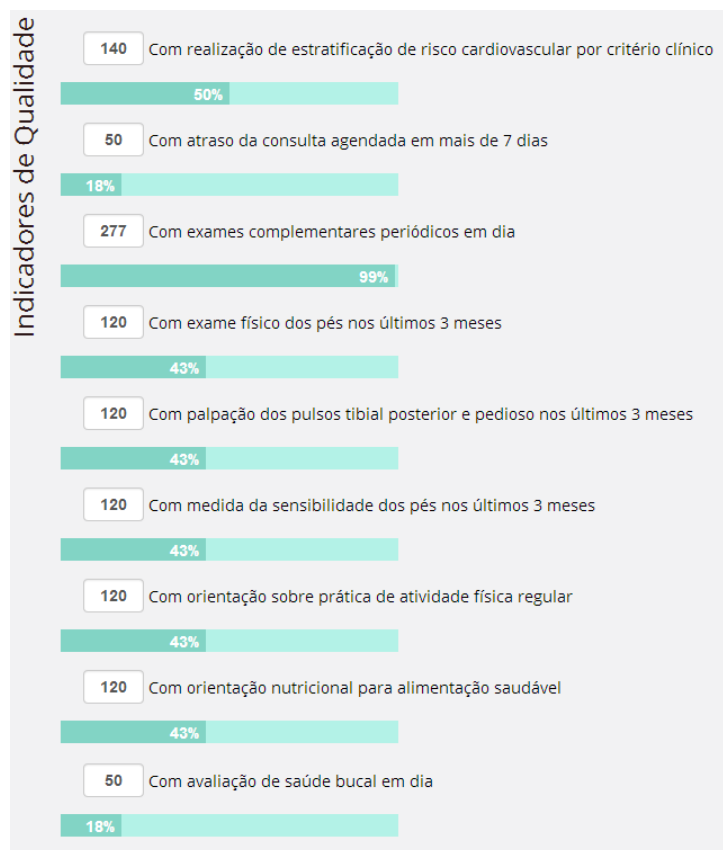


Figura 6 - Indicadores de qualidade da atenção prestada aos diabéticos ESF II

Fonte: Caderno de ações programáticas

Algumas ações já foram iniciadas pela equipe, separamos um dia exclusivo para o atendimento desses usuários através do agendamento das consultas. Realizamos um calendário onde cada semana um agente comunitário de saúde ficaria responsável pelo agendamento dos hipertensos e diabéticos cadastrados em sua área. Neste dia, foi oferecida palestra com abordagem da ação programática – Atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos, orientada sobre suas patologias, formas de prevenção, tratamento medicamentoso, mudanças no estilo de vida e suas complicações. É permitido o usuário questionar e expor alguma dúvida assim como relatar alguma situação vivenciada.

O diálogo entre os profissionais e usuários fortalece o elo com a equipe, gera confiança, além de gerar interação social entre eles próprios. Existindo nesse momento uma troca de experiência e de queixas vivenciadas ao longo da patologia. Um momento interessante para conhecer melhor os usuários, suas dificuldades e dúvidas.



Para a implantação da intervenção sobre para os usuários hipertensos e diabéticos refletimos sobre os pontos de abrangência da ação e percebemos que ela deverá contar com melhorias na organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica.

Analisando o protocolo é possível ter uma visão mais ampla das ações que devemos realizar na unidade como forma de refletir em melhores indicadores de saúde e em melhorias das ações aos usuários. Assim segue abaixo ações que pretendemos implantar na unidade.

Ampliação do cadastramento dos usuários no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde é o passo inicial para observar o real número de usuários necessitando do atendimento. Essa ação vem sendo realizada pelos ACS, entretanto deve ser intensificada pela difusão da importância desse acompanhamento e até mesmo da existência desse cadastro onde muitos usuários não tinham conhecimento dessa ação.

Na qualidade e registro do atendimento a ficha de atendimento de hipertensos e diabéticos do Ministério da Saúde vem sendo de grande importância pois, exige a realização das avaliações antropométricas, pressão arterial, glicemia, complicações ou intercorrências, medicações em uso e exames complementares avaliados (como a microalbuminúria, muitas vezes não solicitados em pacientes diabéticos).

Outros pontos ainda foram acrescentados após a leitura dos cadernos de atenção básica que abordam o tema diabetes e a hipertensão arterial, como avaliação oftalmológica, medida da cintura abdominal, avaliação risco cardiovascular, sensibilidade dos pés, palpação dos pulsos pediosos, acompanhamento com a nutricionista e orientações gerais.

A avaliação oftalmológica vem sendo difícil, pois, necessita da marcação através da ficha de referencia, demorando cerca de três a quatro meses. Assim uma possibilidade levantada seria a avaliação do fundo de olho pelo profissional médico na unidade, pela necessidade de aparelho e colírio esse ponto será debatido com a gestão de saúde.

Os exames complementares vêm sofrendo atrasos, os aparelhos destinados a esse fim quebram com frequência, gerando atrasos e desconforto aos usuários que por vezes necessitam de duas ou três coletas da amostra de sangue para completar os exames solicitados. Essa dificuldade tem feito alguns usuários buscarem os serviços particulares.

Nas consultas destinadas aos hipertensos e diabéticos, alguns usuários não vêm comparecendo assiduamente, assim foi criado o livro de faltas. Todos os atendimentos agendados são conferidos no final do dia, aqueles usuários que não compareceram a unidade de saúde serão visitados na semana subsequente por seu ACS para realizar a busca ativa destes, agendando novamente e registrando o motivo que levou a sua ausência.

As orientações sobre mudança no estilo de vida são informadas de forma mais ampla nas palestras que ocorrem antes das consultas e reforçadas durante os atendimentos individuais dos pacientes. Nota-se que após as palestras muitos usuários ficam mais preocupados e atentos com o que ingerem e as atividades físicas como caminhadas.

Acreditamos ser esse o caminho para melhorar nossa assistência a saúde desses usuários, à medida que as ações forem se concretizando iremos obter os resultados das ações realizadas. Esperamos que com o tempo a ação solidifique e reflita em melhores índices dos indicadores de qualidade.

## **2 Análise estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A unidade básica de saúde realiza um amplo atendimento a população, envolvendo desde recém-nascido até a pessoa idosa. Por envolver faixas etárias e patologias distintas a avaliação da qualidade desse atendimento torna-se fundamental para conhecermos melhor que pontos precisam de melhorias. É com esse objetivo que a ação programática se inclui na UBS. Buscando aperfeiçoar atendimentos já realizados aos usuários, ampliando esse acesso e qualificando melhor as atividades já realizadas. O rastreamento dos usuários que necessitam desse atendimento, assegurando uma avaliação, acompanhamento e tratamento adequado.

A UBS possui uma estrutura física pequena com sala de enfermagem, consultório médico e odontológico, além de sala de curativo e de vacinas. Nessa unidade funciona uma equipe de estratégia saúde da família, esta conta com médico, enfermeiro, odontologista, técnica de enfermagem, técnica em saúde bucal e cinco agentes comunitários de saúde.

Nossa área de abrangência está em constante crescimento pela construção de condomínios e novos conjuntos próximos, no momento possuímos cerca de 735 famílias cadastradas , dando um total de 4410 usuários no momento. Com a implantação no e-SUS esses números vem sofrendo constante atualização, dessa forma esperamos que esse novo cadastro auxilie no reconhecimento do real número dos usuários hipertensos e diabéticos em nossa área.

Nossa ação busca de todos os usuários hipertensos e diabéticos para cadastramento no HIPERDIA. Essa ação objetiva expressar o real número de usuários com essas patologias e o manejo adequado. Atualmente nosso número de usuários efetivamente cadastrado e em acompanhamento equivale a 39% dos hipertensos e 34% dos diabéticos do preconizado pelo Ministério da Saúde em seu caderno de atenção básica de números 36 e 37.

A realidade dos hipertensos e diabéticos em nossa unidade de saúde já vem sofrendo modificações há 2 meses, onde iniciamos a busca de usuários, atualmente agendamento as consultas o que facilitou bastante a adesão dos usuários. A avaliação clínica é baseada nas orientações do Ministério da Saúde priorizando ações às vezes esquecidas como avaliação antropométrica, avaliação de sensibilidade dos membros inferiores, solicitação de fundoscopia, eletrocardiograma e orientação nutricional com especialista.

Como forma de melhorar os conhecimentos destes usuários sobre suas patologias, semanalmente realizamos palestras abordando os temas. Durante essas palestras abordamos temas importantes como cuidados alimentares, uso correto das medicações, prática esportiva, cuidados com os pés, suspensão do álcool e tabagismo. Desse modo conhecemos mais nossos usuários e transmitimos formas deles melhorarem suas qualidade de vida e diminuir o risco cardiovascular.

Assim a expectativa dessa ação é a melhoria da qualidade de vida a longo prazo, por saber que a HAS e DM apresentam complicações agudas e crônicas responsáveis pela principal causa de óbitos, que são as cardiovasculares, afetando a microcirculação (retinopatia e nefropatia) e a macrocirculação (cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular e doença vascular periférica) além de gerar neuropatias é que reforçamos a necessidade de controlar essas condições de forma mais intensa.

Nessa ação, temos a participação de toda equipe, com a busca ativa dos usuários pelos agentes e agendamento pelos ACS. Avaliação de exames e medicações pela enfermeira, medidas antropométricas e pressão pela técnica de enfermagem e avaliação clínica pelo médico da família.

As principais limitações será a busca dos usuários não cadastrados no programa, os atrasos nos exames laboratoriais e a falta de dispersão dos medicamentos na própria unidade de saúde. Esperamos futuramente obter melhores índices de acompanhamento desses usuários em nossa unidade, garantir boa qualidade de vida e diminuir o número de óbitos por causas cardiovasculares.

## 2.2 Objetivos e metas

### 2.2.1 Objetivo geral

Melhoria da Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos da ESF II, Poço Branco-RN

### 2.2.2 Objetivos específicos

- Ampliar a cobertura dos hipertensos e/ou diabéticos;
- Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.
- Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa;
- Melhorar o registro das informações;
- Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular;
- Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

### 2.2.3 Metas

**Relativas ao objetivo 1:** Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

1.1 Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

1.2 Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Relativas ao objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

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

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

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

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

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

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

**Relativas ao objetivo 3:** Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

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

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

**Relativas ao objetivo 4:** Melhorar o registro das informações

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

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

**Relativas ao objetivo 5:** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

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

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

**Relativas ao objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2.3 Metodologia

Trata-se de um trabalho descritivo, de natureza qualitativa e quantitativa. Serão utilizadas análises estatísticas que quantificarão os indicadores de cobertura e de qualidade. Os resultados foram apresentados expostos em tabelas e gráficos, elaborados no Microsoft Office Excel, com modelos disponibilizados pelo curso de especialização da UFPEL.

Os dados foram coletados na própria UBS pela equipe SF, no período de três meses, por meio de consultas clínicas, consultas odontológicas, marcação e realização de exames de rotina. Esses dados serão consolidados na planilha de coleta de dados, alimentado semanalmente e transferido para o Sistema Informação de Atenção Básica (SIAB).

### 2.3.1 Ações

Buscando alcançar o objetivo principal do projeto que é a melhoria efetiva da Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos da UBS PSF II na cidade de Poço Branco/RN, se faz necessário entender como realizar essas ações dentro dos quatro pontos fundamentais para esse processo: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação das metas, engajamento público e a qualificação da prática clínica. Como cada um desses pontos devem estar presente em cada objetivo específico do projeto, vamos detalhar essas ações.

**Relativas ao objetivo 1:** Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

**Meta:** Cadastrar 100% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

**Organização e gestão do serviço:**

Buscando a maior incidência da intervenção sobre a população, devemos estar aptos a realizar os atendimentos na Unidade de Saúde, de forma que não limite o acesso do usuário. A unidade de saúde deve estar de portas abertas para rastreamento, realizando a verificação da pressão arterial e do glicoteste quando necessário.

O acesso dos usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus não possuirá dia único para esse atendimento, apesar de possuir na unidade um dia da semana com ênfase nessa população, o serviço possui porta aberta para esses

usuários sendo avaliados de acordo com os sintomas e risco cardiovascular pelo fluxograma de atendimento.

Ampliar a cobertura abrange diagnosticar mais usuários e cadastrá-los no HIPERDIA, para organizar o fluxo destes na unidade de saúde contamos com a avaliação de triagem no dia que o mesmo procura atendimento e com atendimento no mesmo dia para o paciente com risco moderado/elevado e agendamento de consulta para os classificados como leve.

#### **Engajamento público:**

A disseminação do conhecimento sobre a HAS e DM na população de nossa área de abrangência gera maior conhecimento sobre as patologias e maior interesse em acompanhar e rastrear essas patologias. Assim trabalhar junto com lideranças comunitárias é uma forma de difundir esse conhecimento e assim faremos. Uma reunião com os líderes comunitários da área (pastor, padre, presidente do conselho, donos de estabelecimentos) será realizada buscando o apoio destes para difundir a informação e estimular o cuidado na população. A distribuição de panfletos em seus locais de atuação (supermercado, padarias, academias, igreja) e fixação de cartazes é outra forma de chamar atenção da população para buscar a unidade de saúde.

#### **Qualificação da Prática Clínica:**

Os profissionais da equipe multidisciplinar devem possuir conhecimento da sua área de atuação para com os hipertensos e diabéticos, estando aptos a fornecer as recomendações e orientações de forma correta assim como diagnosticar/suspeitar dessas condições. A capacitação da equipe será realizada em duas aulas, uma centrada no tema hipertensão e outra no tema diabetes.

A formação de um conhecimento mais amplo, envolvendo aspectos de fisiopatologia, diagnóstico e tratamento garante a toda equipe a possibilidade de auxiliar nesse aspecto. Incentivar a consulta ao acervo da unidade, buscando de forma atualizada retirar dúvidas e fornecer conhecimento que despertem nos profissionais o interesse pela ampliação desse processo, transmitindo isso para os usuários que busquem a unidade.

#### **Monitoramento e avaliação:**

Buscando acompanhar o processo de ampliação dessa cobertura vamos monitorar semana a semana o número de usuários em acompanhamento na unidade de saúde, assim como os que receberam diagnóstico na consulta. Esse



acompanhamento será realizado pela ficha espelho (ANEXO II e III) contido no prontuário do usuário e com o registro desses atendimentos na planilha de coleta de dados (ANEXO IV), onde forneceremos informações fundamentais para gerar indicadores sobre a cobertura da nossa intervenção nos três primeiros meses (12 semanas).

**Relativas ao objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Metas:** 100% dos usuários avaliados

**Organização e gestão do serviço:**

Com esse objetivo organizaremos a demanda de usuários já diagnosticados, realizando de forma programada sua avaliação, adequados o cronograma da equipe para separar um momento para o atendimento direcionado a esse público. Assim nas quintas realizaremos atendimento direcionado ao nosso público da intervenção. Esses atendimentos são feitos de forma agendada, os agentes comunitários de saúde (ACS) possuem os registros dos usuários com HAS e/ou DM da sua área de abrangência.

A cada semana um ACS ficará responsável por organizar essa demanda, dando prioridade para aqueles pacientes com patologias mais graves, com história de complicações relacionadas a doença de base (ex: infarto agudo do miocárdio, cetoacidose diabética, acidente vascular encefálico) ou aqueles com consultas em atraso que devido alguma limitação não vem em acompanhamento clínico ideal.

Ficará fixado na unidade de saúde o calendário, onde consta o nome do ACS e a data as quais os usuários da área de abrangência devem comparecer a unidade. Para facilitar esse processo, é fornecida ao usuário agendado uma ficha, onde consta o nome do agente, a hora e a data que este deve comparecer a unidade de saúde. Essa ideia foi realizada em conjunto, onde a proposta foi de no dia agendar 15 usuários para esse atendimento.

Considerando que em nossa área possuímos cerca de 300 usuários com HAS e/ou DM e cinco agentes de saúde dando uma média de 59 usuários por ACS, no final da intervenção (12 semanas) teríamos alcançado 180 usuários com exame clínico, rotina laboratorial adequada e avaliação das medicações de forma ideal.

Entretanto como os atendimentos a esse público não será limitado apenas as quintas, atendendo também as demandas espontâneas e realizando visitas

domiciliares aqueles usuários que não podem comparecer a unidade, a expectativa é que esse número inicial seja elevado. Considerando as divergências por área de atuação de cada ACS (áreas com mais ou menos usuários do cadastrados no programa HIPERDIA), nas terças os agentes se encontram na unidade de saúde e conversam com o responsável pelo agendamento da semana, caso possua vaga ou em caso da necessidade de atendimento de pacientes extras por gravidade do quadro, atraso nas consultas prévias, faltoso as consultas ou retorno com exames laboratoriais realizamos o encaixe deste usuários junto aos demais já previamente agendados.

### **Engajamento público:**

A realização de palestras abordando os temas: HAS, DM, obesidade, tabagismo, prática esportiva, uso de álcool e drogas além da higiene bucal, busca fortalecer os laços da equipe com seus usuários, além de retirar dúvidas e abrir espaço para relatos de experiências e de sintomas semelhantes aos descritos na explanação. Difundir esse conhecimento é uma maneira de que a população entenda a dimensão de suas patologias, entendam como elas funcionam e como é a maneira ideal de tratar e acompanhar suas patologias. Reforçando as orientações a cada consulta e estimulando aqueles que ainda não modificaram seus hábitos de vida a começar. Os relatos particulares dos usuários devem ser incentivados onde os demais ao ouvirem podem ficar mais confiantes e perceber que outros também vivenciam a mesma situação.

Para que obtenhamos êxito nos pontos relatados acima é necessário que a população compareça de forma efetiva aos agendamentos e que entendam os motivos para esse acompanhamento. Assim contamos com o apoio de familiares para incentivar o comparecimento, convidaremos os familiares e cuidadores para participar das palestras e debates, além de difundir as informações na população de nossa área sobre o dia destinado a esse atendimento. As formas que encontramos para difundir essa informação foram panfletos, cronograma fixado na unidade, visitas domiciliares e orientações aos líderes comunitários.

### **Qualificação da Prática Clínica:**

Para que as ações da intervenção tenha maior efeito sobre os usuários, se faz necessário que ele seja realizado com qualidade, englobando aspectos clínicos e queixas que possam prevenir a evolução das patologias para suas maiores

complicações. O acompanhamento clínico através das consultas, do monitoramento dos níveis tensionais e de glicose, do uso correto das medicações e o seguimento das orientações realizadas pelos profissionais de saúde são alguns dos pontos que devem ser abordados na avaliação desse usuário.

- **Realizar exame clínico apropriado:**

Além de todas as formas de aprimoramento citadas acima, devemos ter um grande enfoque na qualificação da prática clínica, através da capacitação espera-se não apenas transmitir o conhecimento, mas despertar para leitura sobre o tema. O acompanhamento de usuários hipertensos e diabéticos exigem conhecimentos em diversas áreas da saúde e estar em atualização constante sobre o tema é uma das formas de organizar o seguimento clínico de forma correta, analisar e solicitar exames complementares embasados e administrar de forma correta as medicações, respeitando suas contraindicações, doses e limitações.

No protocolo utilizado pela unidade teremos orientações e embasamento para as situações mais comuns da prática clínica, mas sabemos que essas patologias, por envolverem área específica do conhecimento médico como cardiologia, endocrinologia, angiologia, nefrologia e neurologia, o estímulo a busca de novos conhecimentos deve ser um dos pontos encorajados na capacitação.

- **Garantir aos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares:**

Na qualidade da atenção, ainda englobamos os exames complementares que devem ser solicitados baseados nas recomendações do protocolo clínico disponível na unidade de saúde. Sabemos que no município de Poço Branco/RN viemos enfrentando dificuldades com relação à realização de exames laboratoriais e de imagem, assim buscando superar essa adversidade iremos realizar reunião com a Secretária Municipal de Saúde para definir como melhorar esse acesso, uma das medidas que serão tomadas inicialmente é solicitar prioridade para aqueles pacientes com risco cardiovascular mais elevado (classificado anteriormente na consulta clínica).

- **Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular**

Outro aspecto relevante na melhoria é a disponibilidade do tratamento medicamentoso para aqueles que assim necessitarem. Em geral grande parte dos usuários necessita ir à farmácia popular para obter as medicações do HIPERDIA, Devido a dificuldade para abastecer a farmácia da unidade e a falta constante das medicações, os usuários necessitam ir para UBS realizar o atendimento e após se dirigir a farmácia. Buscando minimizar a dificuldade com as medicações, implantaremos na unidade o sistema semanal para conferir os estoques, como não dispomos de farmacêutico essa atribuição ficará a cargo da técnica de enfermagem responsável pela distribuição das medicações. Fazer uso da farmácia popular é uma das formas de garantir aos usuários a certeza de recebimento de suas medicações assim como diminuir suas despesas com saúde, na unidade anexamos um quadro com as medicações disponíveis na farmácia popular.

Ainda sobre as medicações é importante que a grande maioria das medicações seja de fácil acesso e estejam disponíveis na farmácia popular diminuindo os custos e garantindo seu uso em longo prazo. O uso de medicações da farmácia popular é outro indicador que será monitorado e avaliado, esse aspecto também é registrado na ficha-espelho localizada no prontuário do usuário assim como na planilha de coleta de dados, gerando indicadores que irão demonstrar o percentual destes que faz uso da farmácia popular.

- **Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico**

A avaliação do atendimento odontológico será abordado por toda a equipe multidisciplinar, essa avaliação faz parte do exame clínico e sua realização será registrada na ficha-espelho do usuário. Além disso, o enfoque em saúde bucal estreita os entre os profissionais e aproxima o usuário da unidade. Essas avaliações devem ser periódicas e reforçadas principalmente nos tabagistas e usuários com próteses dentárias

#### **Monitoramento e avaliação:**

Para monitorar a qualidade do atendimento clínico que será registrada na ficha espelho na área referente a “Consulta clínica” dados que sirvam de base criar os indicadores demonstrando a amplitude dessa avaliação. São considerados

nesses registros como pontos que demonstram a qualidade no atendimento: estratificação de risco cardiovascular, exame clínico completo (englobando aparelho cardiovascular e o teste de sensibilidade dos pés) e as orientações sobre alimentação saudável, pratica exercício físico e sobre os riscos do tabagismo. O registro dos dados de cada usuário será passado para planilha de coleta de dados, onde será gerado indicadores que demonstrem a porcentagem de usuários com acompanhamento adequado de sua avaliação clínica.

**Relativas ao objetivo 3:** Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

**Metas:** realizar busca ativa 100% usuários

**Organização e gestão do serviço:**

No início da análise situacional da unidade, percebemos os baixos índices de adesão dos usuários, não só pelo descontinuo das medicações, mas como ao baixo número de consultas realizadas voltadas para esse público. Com o objetivo de melhorar a participação desses usuários é que implantaremos o projeto de intervenção, de forma efetiva, reservando um dia voltando principalmente para esses usuários, melhorando a forma de atendimento (qualidade do atendimento citada anteriormente) e garantindo seu atendimento através de consultas agendadas. Através disto estaremos garantindo a oportunidade para melhor adesão ao tratamento, mesmo assim sabemos que alguns usuários podem faltar essas consultas e para garantir que eles sejam avaliados e corretamente orientados é que realizaremos a busca ativa dos usuários faltosos.

Para o uso das medicações e sua aquisição na farmácia popular, se faz necessária a renovação da receita a cada três e três meses. O objetivo nosso é aproveitar esses momentos para fornecer orientações aos familiares e ao usuário sobre as melhorias implantadas estimulando-o a participar desse processo. Importante ressaltar aqui que não deixaremos apenas um dia para renovação de receitas, nem esse procedimento só ocorrerá para aqueles que participem das ações na quinta-feira. Limitar os dias é uma forma de dificultar o acesso do usuário e de atrapalhar o uso correto das medicações.

Diante disso podemos aproveitar a consulta ocasional, onde este procura o atendimento por outro motivo ou queixa, e na história clinica registramos o uso de medicações para HAS e/ou DM. Devemos aproveitar aquele atendimento para

fornecer orientações, avaliar as medicações e seu uso, estimular a participação nas ações de promoção a saúde, solicitar o cadastramento com o ACS e realizar orientações sobre mudanças dos hábitos de vida.

#### **Engajamento público:**

Assim como para garantir um atendimento clínico de qualidade, na adesão também devemos procurar formas para realizar o engajamento dos usuários da nossa área de abrangência criando consciência da necessidade desse acompanhamento contínuo. Os pontos ressaltados anteriormente sobre distribuir informações e desenvolver a consciência daqueles que participam das ações é uma das formas que encontramos para garantir que eles procurem os atendimentos de forma consciente, não apenas pela necessidade de renovação da receita medicamentosa.

#### **Qualificação da Prática Clínica:**

Com essa medida iremos à busca daqueles usuários que não fazem o manejo adequado, sabemos que esse grupo são o que geralmente apresentam pior adesão ao tratamento e procurar englobá-los nas ações da unidade faz parte da responsabilidade da UBS.

A equipe deve estar apta a fornecer os motivos para que esse acompanhamento se der de forma contínua, respeitando os agendamentos e orientações. Esses aspectos serão ressaltados no processo de capacitação que será fornecido na unidade de saúde. O enfoque nesse caso seria a participação dos agentes comunitários de saúde e sua relevância nesse processo. Ao demonstrar a importância da busca ativa dos usuários faltosos e como estes pacientes mal acompanhados geralmente são os com maior gravidade e com alto risco cardiovascular.

#### **Monitoramento e avaliação:**

A adesão é monitorizada pela presença ou não nas consultas agendadas, pelo uso correto das medicações e pela realização dos exames complementares segundo o protocolo. Esse acompanhamento é registrado na ficha-espelho e posteriormente registrado na planilha de coleta de dados que fornece ao final todos os indicadores da nossa área demonstrando além das faltas, a busca ativa do ACS como agente intermediário nesse processo de adesão e acompanhamento.

**Relativa ao objetivo 4:** Melhorar o registro das informações;

**Meta:** 100% registros realizados

**Organização e gestão do serviço:**

O registro de informações dos usuários servirá de base para diversas ações de monitoramento e avaliação das metas de todo o processo da intervenção. Garantir um registro adequado de cada ponto ressaltado é fundamental para comprovar os efeitos reais da intervenção e os indicadores dela criados.

Para melhorar esses registros foram enviados para Secretária Municipal de Saúde do município, os arquivos referentes às fichas-espelhos, aos panfletos explicativos, os cartazes para fixação na comunidade, o cartão do HIPERDIA e a ficha de cadastramento no HIPERDIA. Esse material será disponibilizado em quantidades ideais para distribuição na comunidade e para uso da unidade de saúde.

Após a realização da capacitação ficará mais nítido para equipe que com o preenchimento adequado dos dados na ficha-espelho podemos tanto fornecer um atendimento de melhor qualidade, por estar avaliando de forma mais completa o indivíduo como poderemos baseado no protocolo clínico exercer com melhor êxito as ações que aprendemos no processo de capacitação, garantindo uma melhor qualificação de prática clínica.

**Engajamento público:**

As informações mais relevantes obtidas dos registros de informações serão repassadas para comunidade como forma de expor a realidade da nossa área de abrangência, isso se procederá nos encontros realizados nas quintas voltado para grupo de atenção ao hipertenso e diabético.

**Qualificação da Prática Clínica:**

Como o uso da ficha-espelho é algo recente para a equipe ela será apresentada ao final da capacitação dos profissionais (segundo dia de capacitação), para que eles conheçam e possam retirar dúvidas sobre o seu preenchimento.

Reuniões irão ocorrer de forma mensal, seguindo a ordem expressa no cronograma. Nelas usaremos os indicadores para refletir sobre os efeitos da intervenção e aproveitaremos para ouvir dos profissionais as dificuldades, melhorias e dúvidas que esse processo causou na rotina de trabalho. Para que toda equipe esteja ciente das ações que estão por vim, esse cronograma ficará fixado no quadro de avisos da unidade, permitindo que qualquer profissional da equipe tenha acesso.

O preenchimento adequado facilita as futuras consultas e faz com que toda a equipe de saúde saiba exatamente como se procede ao acompanhamento de cada usuário.

**Monitoramento e avaliação:**

Reforçaremos aqui a importância desses dados para a geração dos indicadores que serão acompanhados em nossa intervenção. Cada indicador desses é uma forma de avaliar e monitorar as nossas ações, verificando as possíveis modificações e melhoria necessárias no decorrer da intervenção.

**Relativa ao objetivo 5:** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular;

**Meta:** avaliar risco cardiovascular de 100% dos usuários

**Organização e gestão do serviço:**

A avaliação do risco doenças cardiovasculares (DCV) além de garantir o que consigamos colocar em prática o princípio da equidade, classificando e oferecendo exames de maior complexidade aos usuários de maior risco, busca também chamar atenção da equipe para os cuidados que o envolvem, sabemos que no fluxograma do nosso protocolo um dos parâmetros para o atendimento prioritário baseia-se nessa classificação de risco. A classificação garante uma maior atenção às queixas com aquele usuário, pois como as doenças cardiovasculares são a maior causa de morte em nosso país, saber que esse paciente possui um alto risco para esses eventos garante um acesso prioritário deste aos agendamentos e solicitações de exames complementares.

Desta forma a implantação enfática da classificação de risco DCV tem efeito direto na organização dos nossos atendimentos e garante que os gestores forneçam atendimento prioritário a esse grupo no que diz respeito a exames complementares e atendimentos clínicos.

Para que toda equipe conheça os fatores de risco para DCV, enfocaremos esse tema no dia destinado a hipertensão na capacitação. Compreender a relação dos fatores de risco com a maior frequência dos eventos é mais um conhecimento para ser difundido na população, fortalecendo sempre as orientações referentes à alimentação saudável e estimular a prática de exercício físico. As DCV devem ser patologias conhecidas da equipe de saúde que deve estar qualificada para fornecer incentivos para mudanças no estilo de vida do usuário.

**Engajamento público:**



Nas ações que norteiam os escores de risco para DCV devem ser voltadas tanto para os profissionais como para os usuários compreenderem a real dimensão de seu problema. Deve ser explicado o significado desse risco elevado, citando como exemplo o estudo realizado na cidade de Framingham. Nesse estudo que originou a classificação de Framingham, pessoas com baixo risco possuíam <10% de chance de ocorrer um evento cardiovascular (morte coronariana, infarto do miocárdio, insuficiência coronariana, angina, acidente vascular encefálico isquêmico e hemorrágico, ataque isquêmico transitório, doença arterial periférica e insuficiência cardíaca), pessoas com risco moderado apresentava entre 10-20% de risco e pessoas de alto risco >20%.

#### **Qualificação da Prática Clínica:**

A avaliação do risco de doença cardiovascular sugerida pelo nosso protocolo de atendimento engloba inicialmente duas fases consecutivas, na primeira, realizamos uma anamnese e exame físico, nesses se encontrarmos dois fatores de risco leve/intermediário deveremos aplicar o Escore de Framingham para determinar o seu risco cardiovascular e classifica-lo em: baixo, moderado ou alto.

Dentre os aspectos considerados de risco leve/intermediário na anamnese temos: tabagismo, hipertensão, obesidade, sedentarismo, história familiar de evento cardiovascular prematuro (< 55 anos em homem e <65 em mulheres), sexo masculino, idade > 65 anos. Os fatores de alto risco quando presente já classifica o individuo como de alto risco para eventos cardiovasculares, são eles: acidente vascular encefálico (AVE) prévio, infarto agudo do miocárdio (IAM) prévio, lesão periférica – lesão de órgão-alvo (LOA), ataque isquêmico transitório (AIT), hipertrofia de ventrículo esquerdo (HVE), nefropatia, retinopatia, aneurisma de aorta abdominal, estenose de carótida sintomática e diabetes mellitus.

A importância dessa classificação é para nortear a periodicidade das consultas e a necessidade de exames laboratoriais, lembrando que essa periodicidade é organizada após estabilização clínica do usuário (controle adequado da pressão e da glicemia), sendo assim os usuários de baixo risco poderá comparecer a consultas de forma anual, o de risco moderado poderá comparecer de forma semestral e o de alto risco de forma trimestral. Outra ressalva é que para todos os usuários as medidas sobre orientação do estilo de vida saudável devem ser feitas.

**Monitoramento e avaliação:**

Ao iniciarmos nossa intervenção não tínhamos registro de nenhum usuário sobre o seu risco DCV, assim com a implantação da ação iniciamos a classificação de todos os usuários que busquem atendimento clínico na UBS. Para termos a certeza que esse acompanhamento vem feito, na ficha-espelho contem a classificação obtida no dia da consulta, lembrar que essa classificação não é fixa, à medida que fatores de risco modificáveis vêm sendo controlados de forma adequada um paciente pode melhorar seu escore. O registro para avaliação de metas será realizada no nome de cada usuário acompanhando na planilha de coleta de dados e deve ser avaliadas nas reuniões.

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

**Meta:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal para 100% dos usuários cadastrados no serviço.

**Organização e gestão do serviço:**

É de conhecimento dos profissionais de saúde que ações em promoção a saúde contém um conjunto orientado de estratégias e ações programáticas integradas. Dentro da nossa intervenção podemos utilizar nossas ferramentas para promover a saúde através da prevenção de riscos, agravos e doenças; a compressão da morbidade; a redução dos anos perdidos por incapacidade e o aumento da qualidade de vida dos indivíduos e populações.

Todas essas ações são expressas dentro dos nossos objetivos com a intervenção, conseguir de forma efetiva ampliar o acesso dos usuários, acompanhando suas patologias de forma adequada, realizando busca ativa dos faltosos, classificando e priorizando o atendimento aos mais necessitados, fortalecendo o elo entre a equipe e a população da área de abrangência, avaliando de forma precoce possíveis complicações, incentivo a realização de atividades física e alimentação saudável.

Com as ações da intervenção ocorrendo de forma efetiva será possível avaliar as melhorias com o passar dos anos, o resultado das ações de promoção em saúde nem sempre ocorre de forma abrupta, são a prevenção e redução de complicações em longo prazo o objetivo maior, por incapacitarem e elevarem a mortalidade. Dessa forma buscaremos em nossa intervenção andar sempre em

paralelo com os usuários, buscando entender suas limitações e dúvidas, tentando esclarecer e auxiliar a cada dia. A participação da população nesse processo é fundamental e deve ser estimulada pelos profissionais, pois em cada território o perfil populacional muda e a equipe deve estar capacitada para acompanhar esse perfil,

Ainda no que se referem ao processo organizacional as medidas antropométricas auxiliarão nesse cuidado, principalmente ao que se refere às práticas esportivas e hábitos saudáveis. As orientações sobre tabagismo e avaliações odontológicas serão realizadas nas palestras e nas consultas tentando de forma individualizada reforçar esses conceitos de forma a buscar a suspensão dos maus hábitos.

#### **Engajamento público:**

Essas ações são voltadas principalmente para os usuários em acompanhamento pelo UBS, entretanto outras ações de medidas mais abrangentes também serão realizadas. Como exemplo, cito a distribuição de panfleto, onde constam em uma de suas orientações os cuidados com a alimentação e com a prática de atividade física. A importância de usuários com história familiar de problemas cardiovasculares iniciarem um rastreamento mais precoce e avaliações periódicas da pressão arterial e dos níveis glicêmicos. Essa ação pode começar bem cedo, até mesmo na puericultura, pois sabemos que o índice de obesidade no Brasil vem se elevando, então orientar desde cedo à alimentação correta pode evitar doenças graves no futuro.

#### **Qualificação da Prática Clínica:**

No que abrange a qualificação profissional sabemos e discutimos o processo de capacitação, o objetivo primordial de toda a intervenção é conseguir implementar a rede do HIPERDIA de forma adequada, gerar frutos que promovam a saúde daquela população, diminuindo suas complicações e aumentando o número de anos sem incapacidades. Para atingir esse objetivo de forma satisfatória é impossível citar apenas uma ação, ela abrange o conjunto de todas as ações conjuntas refletindo de forma satisfatória na população da área de abrangência do PSF II.

#### **Monitoramento e avaliação:**

Sabemos que para termos êxito nesse aspecto necessitamos de um sistema de saúde que trabalhe de forma articulada aos usuários, com fornecimentos de

profissionais capacitados para o acompanhamento, das medicações quando necessário, dos exames complementares e de espaço para práticas esportiva ,mas acima disso temos que ter a boa vontade e disposição do usuário, onde mesmo possuindo todos os melhores recursos e melhores medicações caso ele não esteja engajado nessas mudanças e nesse acompanhamento as consequências podem surgir.

Avaliação dos indicadores será feita visando cada usuário, esses registros acompanhados nas planilhas de coleta de dados irão demonstrar se a abrangência das informações aqui detalhadas realmente está disponível a todos os usuários objetivados.

### 2.3.2 Indicadores

**Relativos ao objetivo 1:** Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

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

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

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

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

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

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

**Relativos ao objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

**Relativos ao objetivo 3:** Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

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

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

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

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

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

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

**Relativos ao objetivo 4:** Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

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

**Relativos ao objetivo 5:** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

5.1 Proporções de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

**Relativos ao objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.  
Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### 2.3.3 Logística

A logística é o detalhamento de como a intervenção será realizada na prática, no cotidiano do seu serviço, exemplificaremos abaixo como colocaremos em práticas as metas e ações objetivadas na planilha. Dessa forma, ficará mais fácil perceber os pontos de dificuldades de colocar em prática nossas ações.

Para realização do projeto de intervenção na UBS sobre atenção ao hipertenso e diabético, iremos adotar os Cadernos de Atenção Básica nº 36 (Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus) e nº 37 (Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica).

Utilizaremos a ficha de acompanhamento do HIPERDIA (ficha do usuário para obter a medicação pelo cadastro) e a ficha de acompanhamento dos atendimentos a esses usuários através do modelo fornecido pela UFPel.

A impressão deste material ficará a cargo da Secretária Municipal de Saúde, essa quantidade deve ser superior há 302, já que em acompanhamento pela unidade possuímos 232 usuários portadores de HAS e 70 usuários portadores de DM. Ao iniciarmos a orientação populacional e a busca ativa dos usuários a tendência desses dados é se elevar, aumentando a necessidade de acompanhamento.

O registro da ausência do usuário ao acompanhamento é realizado no caderno de agendamento das consultas, sendo analisado no dia seguinte da atividade pelo ACS. Após essa avaliação o ACS realizará a busca ativa, avaliando as condições que levaram a ausência do mesmo, remarcando sua avaliação para uma data próxima. Através do novo cartão disponibilizado ao usuário e a capacitação, o ACS conseguirá determinar pelo risco cardiovascular aquele que necessita de avaliação prioritária.



Os indicadores de saúde da intervenção serão avaliados pela ficha do Ministério da Saúde, associada à nova ficha de avaliação que contemplará todos os índices. Somando a ficha de acompanhamento dos usuários obtivemos dados como: IMC, exame bucal, cadastro adequado no HIPERDIA, avaliação do risco cardiovascular, exame clínico e registro adequado, além de orientação alimentar, de prática esportiva, sobre o tabagismo e cuidado da saúde bucal.

No final de cada atendimento o profissional deve realizar o registro das informações necessárias e de forma mensal a equipe realizará a avaliação dos dados. Para obter os indicadores existentes antes da intervenção, será realizada a avaliação dos prontuários dos usuários que compareceram de junho de 2013 até junho de 2014. Será anexada uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso e demais indicadores. A revisão dos dados será realizada pela médica da unidade em conjunto com demais profissionais na própria UBS, sendo feito registro no computador e enviado a Secretária Municipal de Saúde para impressão e fixação no quadro de avisos da unidade.



Fonte: Mendes, 2009

Figura 7- Organização poliárquica em rede

Fonte: OPAS, 2010

A análise situacional e a definição do foco de intervenção já foram avaliadas com a equipe de saúde da unidade. Com o intuito de viabilizar a ação e capacitar a equipe para a utilização dos Manuais Técnicos, realizaremos a leitura de tópicos do

Manual todas as terças-feiras na própria unidade de saúde, antes das visitas domiciliares, no horário onde rotineiramente realizamos a reunião da equipe a capacitação.

O intuito desta ação é para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos usuários com HAS e DM, cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico, dividindo os tópicos, onde cada profissional irá expor principalmente o papel de cada profissional dentro deste processo de melhoria da saúde.

Com a capacitação determinaremos o papel de cada profissional e executaremos com mais facilidade as ações destinadas e observar a importância das novas medidas implantadas na unidade. Além de facilitar a parte organizacional do processo, os profissionais estarão aptos a exercer as ações que serão destinadas.

A capacitação irá garantir o adequado preenchimento dos registros por cada profissional da unidade de saúde, esses registros serão armazenados na própria unidade de saúde. Após a implantação dos manuais melhoraremos o acolhimento desses usuários, garantindo a avaliação de cada quadro seguindo os fluxogramas preconizados (abaixo), dividindo em já diagnosticados e rastreamento.

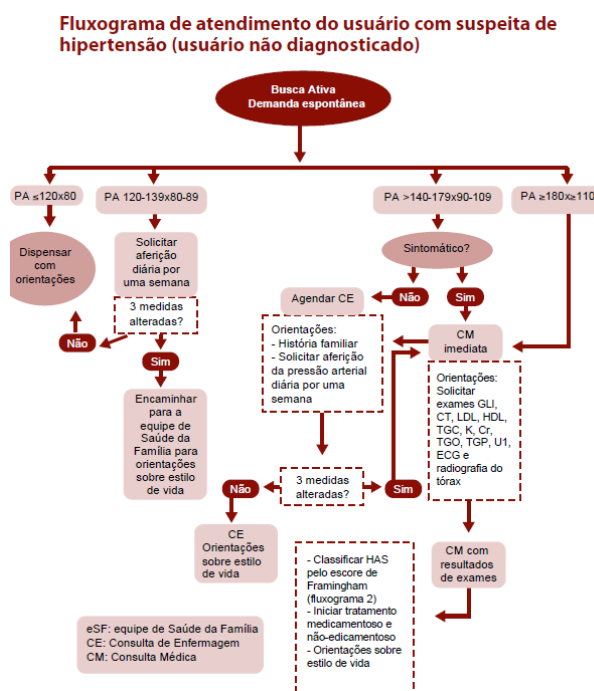


Figura 8 - Fluxograma de atendimento ao usuário com suspeita de HAS  
Fonte: Fonte: OPAS, 2010

**Fluxograma de atendimento do usuário com hipertensão diagnosticado**

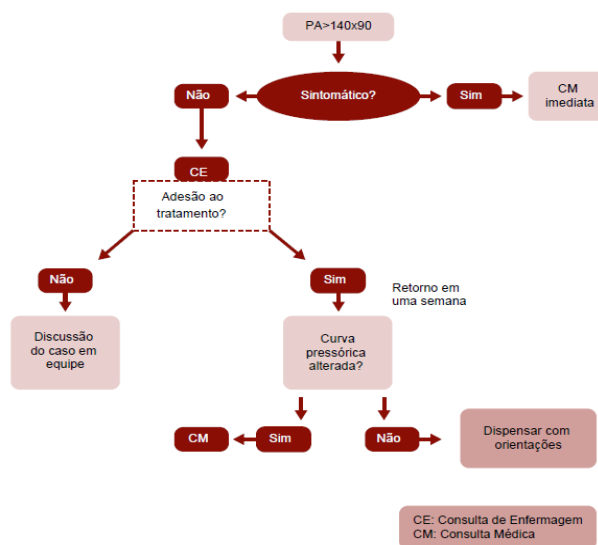


Figura 9 - Fluxograma de atendimento do usuário com hipertensão diagnosticado

Fonte: OPAS, 2010

**Fluxograma de atendimento do usuário com suspeita de diabetes (usuário não diagnosticado)**

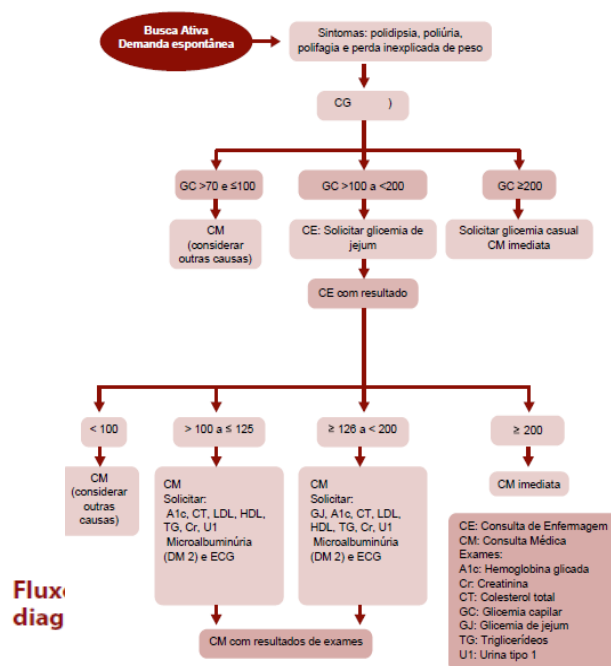


Figura 10 - Fluxograma de atendimento do usuários com suspeita de diabetes

Fonte: OPAS, 2010

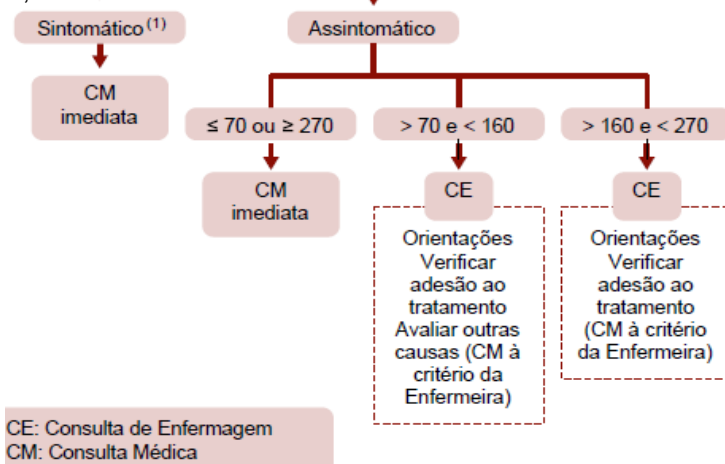


Figura 11 - Fluxograma de atendimento do usuários com diabetes diagnosticado

Fonte: OPAS, 2010

Os materiais utilizados na prática das atividades são os já disponíveis na unidade de saúde, esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica, hemoglicoteste, balança, possuímos, a maior busca com a secretária de saúde será na solicitação da calibragem e regulagem dos aparelhos, além disso, não dispomos de fitas para hemoglicoteste em quantidade suficiente. Essa solicitação acontecerá pela gestora da unidade de saúde, a enfermeira.

Nos atendimentos e consultas utilizaremos os fluxogramas contidos nos manuais para a solicitação de exames para cada usuário, garantindo o adequado acompanhamento. A fim de garantir a agilidade no processo os exames desses usuários serão identificados acima como "HIPERDIA" e em caso de exame de prioridade na avaliação, será evidenciado ao lado, buscando maior agilidade.

Após a capacitação, as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos ficará melhor evidenciada, já que estarão de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Mesmo após a capacitação a equipe deve de forma mensal durante as reuniões, levar dúvidas ou dificuldades evidenciadas no processo de trabalho, além de realizar uma atualização dos profissionais sobre as ações mais adequadas. A enfermeira da unidade solicitará a Secretária Municipal de Saúde às versões mais atuais dos Manuais do Ministério da Saúde para ficar a disposição dos profissionais da unidade.

O estoque de medicamentos da unidade de saúde é de pequena quantidade, sendo ineficaz para suprir a necessidade da área de abrangência, mesmo assim semanalmente a técnica de enfermagem revisa as medicações e faz a reposição das medicações sempre de trás para frente, evitando manter as medicações mais antigas na parte posterior. Os ACS devem ter nos registros de seus usuários hipertensos e diabéticos as medicações em uso, ficando estas disponíveis na unidade.

A organização dos usuários faltosos será realizada através da busca ativa destes, realizando reagendamento da consulta ou visita domiciliar. Os

fatores que levaram a ausência do usuário à unidade devem ser avaliados nas reuniões buscando soluções para evitar a inadimplência.

Com a implantação do novo sistema de informações o SIAB ficará sempre atualizado, já que o registro dessas informações será feitas diariamente. Pelo acompanhamento mensal dos ACS e o preenchimento das informações buscaremos as situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, 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. Reforçando as orientações de comparecer a unidade para o acompanhamento adequado e em caso de ausência, agendada visita domiciliar.

O acolhimento dos usuários será realizado recepcionista e pela técnica de enfermagem. Paciente que buscarem atendimento por alteração da pressão arterial e dos índices glicêmicos serão agendados para mesma semana, a agilizar esse atendimento e vincular esse usuário a unidade. Usuários com problemas agudos devem ser avaliados no mesmo turno de acordo com o fluxograma de pacientes já hipertensos ou já diabéticos. O agendamento desses usuários deve ser menor que uma semana, dando prioridade a aqueles com estratificação de risco mais elevado.

Disponibilizamos diariamente na unidade cinco atendimentos extras para usuários com patologias agudas, não ocorrendo alteração na organização das atividades do dia da unidade. Terão seus atendimentos incluídos nessa avaliação, aqueles usuários provenientes da busca ativa, sendo reservadas mais cinco consultas no dia destinado aos usuários alvo desta intervenção (quinta-feira).

Como forma de divulgar a importância do Programa de Hipertensão Arterial e Diabete Mellitus na Atenção Básica para comunidade, faremos distribuição de folhetos informativos, contato com a associação demoradores e com os representantes da comunidade no centro de idosos e na igreja, apresentando o projeto, esclarecendo a importância da realização do acompanhamento adequado e rastreamento das patologias. Na área de abrangência da unidade, fixaremos cartazes em locais públicos como secretária de saúde, supermercados, mercadinhos, centros clínicos, escolas e hospitais. A solicitação de apoio da comunidade no sentido de ampliar a

captação de usuários e esclarecer a comunidade sobre a necessidade de acompanhamento e riscos aos quais são expostos.

As ações junto a comunidade deve englobar a orientação sobre os risco de HAS e DM, o rastreamento após os 18 anos, de forma anual, verificando a pressão arterial e em cifras acima de 130/85 mmHg reforçar a importância de investigar DM. A divulgação da existência do programa do HIPERDIA e sua importância devem ser sempre reforçadas. Explicar a necessidade da periodicidade dos exames e consulta além do direito a acesso as medicações da farmácia popular.

Os registros realizados sobre os usuários presentes na unidade são importantes para o acompanhamento, mas deve-se lembrar de que os usuários têm direito a ter acesso a esses registros além de solicitar a segunda via dos documentos quando necessários, esse direito deve ser informado nas consultas e orientações.

Durante as palestras semanais são reforçados todos os pontos sobre HAS e DM, explicando o porquê elas ocorrem, os fatores de risco modificáveis e não modificáveis hábitos de vida que podem prevenir seu aparecimento, dados epidemiológicos sobre as doenças e o tratamento adequando, somando tratamento medicamentoso e o não medicamentoso. Além disso, reforçamos a importância do acompanhamento com a equipe, avaliação periódica da pressão arterial e glicose capilar. A prevenção também é tópico abordado assim reforçamos a necessidade de atividade física e alimentação saudável, assim como o cuidado com os pés para usuários diabéticos.

Na avaliação individual de cada usuário nas consultas deve ser analisado o risco cardiovascular de cada usuário e como melhorar esse índice através dos fatores de risco modificáveis, demonstrando os pontos analisados nessa avaliação.

Possuímos na unidade de saúde dados fixados mensalmente na parede, sobre números de gestantes, hipertensos, diabéticos, menores de um ano, a ideia é que ao final de cada mês possamos fazer o levantamento de todos os dados necessários nos indicadores e expor para todos os usuários, reforçando a ideia do acompanhamento e do que deve ser avaliado nas consultas.







### **3 Relatório da intervenção**

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

Após 13 semanas realizando a intervenção na saúde dos usuários hipertensos e diabéticos obtivemos dados e informações pertinentes para avaliar o desempenho da equipe os indicadores para avaliar os objetivos das atividades idealmente implantadas. Seguindo os objetivos contidos no projeto de intervenção, assim como no cronograma de ações vamos aqui tentar avalia-las.

Como toda intervenção ela se baseou na necessidade de avaliação desse grupo específico que devido à ausência de dados e registro adequado era difícil realizar e comprovar a eficácia das medidas idealizadas para esse grupo de usuários.

O objetivo geral de nossa intervenção é a melhoria da Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos da ESF II, Poço Branco-RN. Para alcançarmos esse objetivo, desmembramos em objetivos específicos para que conseguíssemos avaliá-los a partir de indicadores que seriam registrados na planilha de coleta de dados, sendo eles:

- Ampliar a cobertura dos hipertensos e/ou diabéticos;
- Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.
- Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa;
- Melhorar o registro das informações;
- Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular;
- Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

As ações previstas foram registradas em nosso cronograma de ações onde era possível toda a equipe de saúde acompanhar e questionar as ações que iriam ser realizadas e as que não foram efetivamente realizadas. Conseguimos nessas 13 semanas implantar grande parte das ações almejadas, dentro destas a principal foi à incorporação do projeto a rotina do funcionamento da UBS.

Dentro das ações voltadas para cada objetivo específico iremos expressar a forma e processo pela qual a equipe passou para alcançarmos o êxito ou os motivos pelo qual não foi possível sua realização.

Iniciando pela ampliação da cobertura a hipertensos e/ou diabéticos que se iniciou quando realizamos as reuniões antes da elaboração da intervenção e foi vista a necessidade de trabalhar de forma mais direta com esse grupo de usuários, com controles e acompanhamentos mais rigorosos embasados em literatura atualizada. Após nossa definição do objetivo, essa que foi reforçada pelo baixo número de indicadores, iniciou a divulgação do processo e as atividades de capacitação da equipe para realizar busca ativa, agendamento, organizar demandas, seguir fluxogramas e entender um pouco mais sobre as patologias abordadas que foram realizadas nas duas aulas.

No que se refere à capacitação, houve maior dificuldade de sua realização por problemas administrativos da UBS, pois tivemos a saída de profissionais e tivemos que acrescentar mais um momento para realizar de forma efetiva a capacitação, já que, durante a capacitação, abordávamos o papel de cada profissional no processo de cuidado a esse grupo específico de usuários.



Figura 12 - Apresentação de capacitação para equipe ESF II Poço Branco – RN

Fonte: Unidade de Saúde ESF II, Poço Branco - RN.

O cadastramento dos usuários foi reestimulado, pois muitos ACS possuíam registros pessoais dos seus usuários hipertensos e/ou diabéticos, mas não existiam informações coletivas sobre a nossa área de abrangência. Outros, entretanto, não

tinham nenhum registro adequado dessas fontes de dados o que resultou na necessidade de ampliar o tempo de cadastramento efetivo até a 6ª semana. Uma das formas de demonstrar prática do registro dos dados e da sua importância apresentou-se a planilha de coleta de dados e a ficha espelho que serviria de moldes para retirarmos as informações necessárias para avaliar nossas ações.



Figura 13 - Equipe reunida na capacitação

Fonte: Unidade de Saúde ESF II, Poço Branco - RN.

Essa ação teve como resultado melhorar o registro das informações desses usuários e garantir que indicadores pudessem ser gerados a partir do melhor registro dos dados, além de garantir que esses dados fossem coletados de forma uniforme, sendo assim similar para todos os profissionais da equipe.

Nesse processo inicial nos deparamos com mais uma barreira, a dificuldade de identificarmos quem era as lideranças comunitárias da nossa área e quais lideranças contatar. Foi assim que, a partir de diálogos com usuários e com comerciantes e religiosos locais, percebemos que não existia um papel centralizado dessas ações e que várias pessoas exerciam esse papel de forma separada. Entramos em contato com líderes religiosos e comerciantes para divulgar e ampliar o processo de conhecimento da população, realizando a fixação de cartazes e

panfleto que buscavam despertar o autocuidado e sanar dúvidas. Essa ação aconteceu de forma efetiva, mas fora do prazo estimado inicialmente.

Outro objetivo da ação era garantir a melhoria da qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos garantindo um atendimento clínico completo, voltando principalmente para as alterações mais comuns que podem evoluir de forma grave, mas que, por alguns momentos, são menosprezadas por grande número de profissionais de saúde, entre, nessas medidas, a avaliação da sensibilidade dos pés dos pacientes, tanto hipertensos como diabéticos, pensado nas neuropatias e nas doenças vasculares periféricas; avaliação da fundoscopia (sendo necessário encaminhar pela ausência de oftalmoscópio); solicitação de exames laboratoriais específicos e valorizar queixas consideradas vagas: tontura, mal-estar, dormências, falta de apetite e astenia.

O papel da ficha espelho teve papel fundamental nesse aspecto, pois nela existem locais específicos para registrar todas as informações citadas acima, porque, na ausência de qualquer informação durante o seu preenchimento, o profissional busca extrair mais dados ou realizar alguma parte do exame físico que não havia sido feita adequadamente.

Os atendimentos foram iniciados dentro do tempo estimado pelo cronograma e vem se permanecendo na rotina do serviço, sendo realmente incorporada nas vivências da população, as dificuldades que surgiram foi a indisponibilidade de materiais específicos para avaliar sensibilidade (térmica, tátil, dolorosa e vibração), dificuldade com materiais em quantidade suficiente para realizar hemoglicoteste, esfingomanômetro único, fita métrica única e elevada demanda de atendimentos.

As medidas antropométricas, medicações da farmácia popular, exame físico específico, exames complementares em dia, avaliação do risco cardiovascular foram os grandes parâmetros que comprovaram a eficácia das ações e a abrangência delas sobre parte dos usuários. Todas essas ações iniciaram em conjunto com o atendimento clínico, sendo realizado sempre no dia destinado a esses usuários e em outros momentos aos quais os usuários compareciam a unidade.

A taxa de comparecimento dos pacientes com hipertensão e diabetes na unidade era inferior, por tratarmos de doenças crônicas, com tratamento permanente (medicamentoso ou não) a equipe para garantir uma melhor adesão e sabendo do número de pacientes com maior risco cardiovascular decidimos agendar os

atendimentos para que naquele dia os usuários destinados por cada ACS comparecesse a UBS com a certeza do atendimento pela equipe. O foco desta ação foi melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa, agendando retornos e transparecendo a data que o mesmo deve retornar para o acompanhamento.

O mapeamento dos hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular foi feito de forma simplificada conforme normas do Ministério da Saúde, usando alguns parâmetros clínicos e laboratoriais e pelo escore de Framingham. Esse critério era utilizado para garantir a prioridade e o acompanhamento de usuários com risco para DCV mais elevado.



Figura 14 - Fluxogramas anexados na triagem

Fonte: Unidade de Saúde ESF II, Poço Branco - RN

Sabemos que a prevenção é uma grande arma no combate a HAS e DM, com realização de dietas, exercício físico e controle (em fases ainda iniciais) dos níveis tensionais e glicêmicos dos usuários e seus familiares. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos é uma das formas de disseminar informações e métodos para o controle adequado e a prevenção de eventos graves associados a essa patologia, eventos esse que é no Brasil a principal causa de óbitos. Nas quintas-feiras, realizamos palestras educativas, diálogos em grupo, lanche coletivo e distribuição de panfletos buscando desenvolver e estimular mais cada usuário ao autocuidado.



Figura 15 - Usuários participantes das ações educativas na unidade de saúde

Fonte: Unidade de Saúde ESF II, Poço Branco - RN

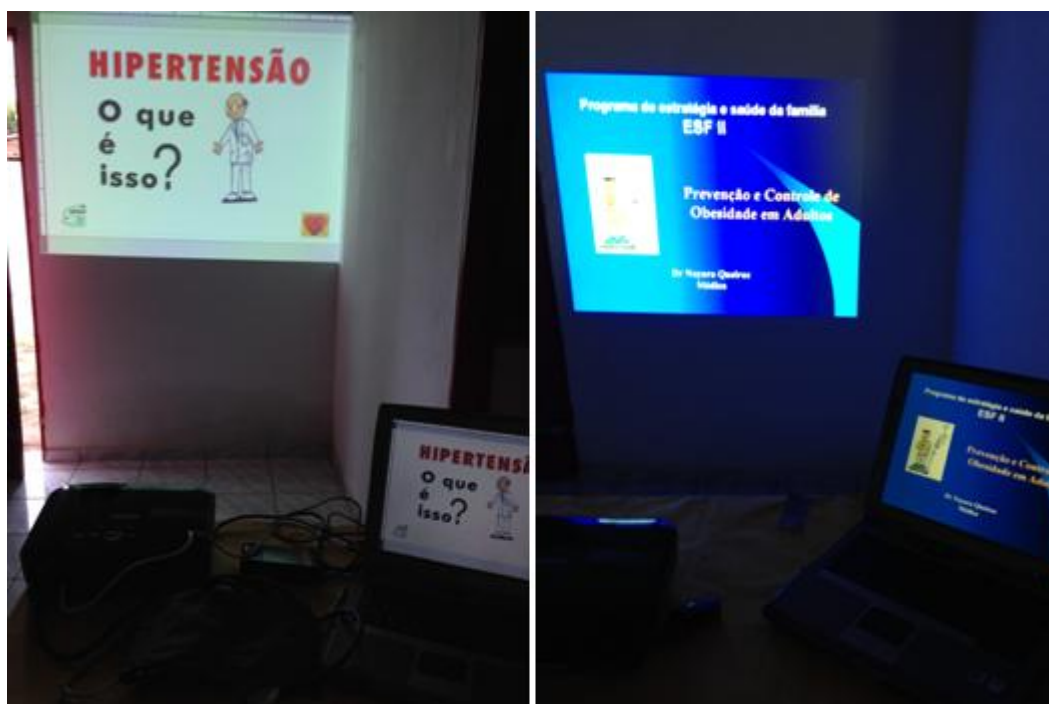


Figura 16 - Palestras ministradas para usuários participantes da intervenção

Fonte: Unidade de Saúde ESF II, Poço Branco - RN

Quanto às palestras educativas, tivemos algumas dificuldades referentes ao número de participantes, ausência dos usuários previamente agendados, problemas com energia, cabos dos computadores, férias do agente do dia, entretanto na presença de adversidades sempre implantávamos outra forma de abordar esse usuário, ou com visitas ou com reagendamento.

### 3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Os dois pontos que obtivemos maior dificuldade das ações programadas e que não ocorreram foi à realização da fundoscopia, pois não existiu incentivo por parte do gestor municipal a garantir desse serviço para população. Além disso, ausência de reuniões efetivas com a gestão municipal, para fazer conhecer a execução do projeto. Apesar de feito o contato, não foi possível sua ocorrência na prática como o esperado. Existiu no desenrolar dessas semanas, dificuldade na impressão de material em quantidades adequadas, algumas vezes chegando a faltar folhas da ficha espelho.

No cronograma abaixo realizamos o registro de cada ação realizada e se a mesma foi realizada no tempo determinado, com limitação, se não ocorreu ou se aconteceu após/além do prazo determinado. Observando-a percebemos que de forma mais incisiva as ações citadas anteriormente são de fatos as únicas que não ocorreram com grande efetivamente na prática. A expectativa é que com o passar do tempo e com o hábito dos usuários esse projeto só venha a crescer e a reafirmar sua importância.

## CRONOGRAMA DE AÇÕES EXECUTADAS NA UNIDADE DE SAÚDE

ESF II – POÇO BRANCO/RN

Legenda: ■ ocorreu ■ ocorreu com limitações ■ não ocorreu ■ ocorreu após o prazo determinado ou em outros momentos

Atividade	SEMANAS												
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º	13º
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo do Hiperdia													
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática													
Cadastramento de todos os usuários da área adstrita no programa Hiperdia	inic	-	-	-	-	conc							
Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática do Hiperdia, solicitando apoio para a captação de usuários e para as demais estratégias que serão implementadas													
Capacitação dos ACS para realização de busca ativa dos usuários faltosos													
Atendimento clínico													
Avaliação antropométrica													
Realização de palestras educativas envolvendo aspectos globais das patologias													
Busca ativa dos usuários faltosos às consultas													
Distribuição de panfletos e fixação cartazes pela comunidade													
Reuniões para acompanhamento das ações com profissionais													
Avaliar medicações disponíveis na unidade													
Implantar nova ficha para acompanhamento do Hiperdia													
Levantamento das necessidades com profissionais													
Reunião com Gestão Municipal para expor necessidades													
Disponibilizar protocolos clínicos na unidade (cadernos de atenção básica atualizados)													
Avaliação do fundo de olho dos usuários (dia específico)													
Monitoramento da intervenção													

Figura 17 - Cronograma das ações que foram realizadas na unidade com respectiva legenda

## 3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Outro ponto referente ao projeto de intervenção é o registro e sistematização dos dados, onde o preenchimento da planilha de coleta de dados foi a principal fonte para cálculos dos indicadores e posterior reflexão sobre eles. Durante seu preenchimento uma dúvida que surgiu foi para os usuários que possuem ambas as patologias (DM e HAS) onde a orientação seria contar apenas como HAS ou como DM, entretanto quando você observava os indicadores eles não batiam, ficando acima de 100%. Após diálogos com orientadora essa dificuldade foi sanada e obtivemos alguns dados para demonstrar ao termino do preenchimento, sendo feito o preenchimento de ambas na mesma planilha, pois são contabilizadas de formas distintas.



Importante observar que grande parte dos nossos indicadores encontra-se com estimativas acima de 80% do esperado, durante cada semana o contingente de usuários avaliados aumenta. Os indicadores geram reflexões, demonstrando quais indicadores encontram-se elevados e quais ainda deverão melhorar.

A avaliando os dados obtidos observa-se que atingimos grandes metas, principalmente quando observamos os dados iniciais da UBS. Dessa maneira a planilha contribui para termos uma visão mais ampla sobre diversos pontos da atenção prestada a saúde dos usuários hipertensos e diabéticos.

Em todo estudo que correlaciona à teoria e a prática os objetivos almejados são mais fáceis no papel que na prática onde não contamos com aqueles usuários que simplesmente não vê na intervenção uma forma de contribuir positivamente para sua patologia. Entretanto, colocar e persistir nas ações aqui relatadas obtiveram resultados positivos que trazem satisfação para àqueles que integram nossa equipe multidisciplinar.

Ao final de mais uma unidade estamos com todos os dados e indicadores relativos à intervenção. A planilha encontra-se totalmente preenchida e organização pronta para refletir e avaliar os números sobre os quais iremos trabalhar na próxima unidade.

#### 3.4 Viabilidades da incorporação das ações à rotina de serviços

Após a integração do projeto as atividades práticas, acreditamos que o projeto poderá ser continuado pela UBS, com uma ressalva para as fichas espelhos, as quais devem ser rotineiramente solicitadas para tenhamos efetivamente o número necessário para a demanda. Ao que tange os profissionais e usuários, ambos estão habituados às atividades e percebem a necessidade desse acompanhamento.

À medida que o tempo for passando, acreditamos que a ideia de acompanhamento do pacientes com doenças crônicas, como hipertensão e diabetes vá sendo disseminada e aproximando cada vez mais este grupo até a unidade de saúde. Ao encontrar uma equipe capacitada, organizada e com gerenciamento dos fluxos e demandas o número de participantes venha a se elevar qualidade do serviço de saúde prestado, garantindo de forma efetiva a melhoria ainda mais abrangente da qualidade da saúde dos usuários no local.

## 4 Avaliação da intervenção

### 4.1 Resultados

Nessa nova unidade iremos analisar os dados obtidos após a execução das atividades propostas em nosso projeto de intervenção. Os indicadores registrados serão avaliados do ponto de vista quantitativo e qualitativo.

- Aspectos quantitativos: análise dos indicadores comparando os com as metas e examinando a evolução ao longo da intervenção. No projeto definimos um indicador para cada meta. Durante a apresentação iremos expor os indicadores que foram coletados adequadamente.
- Aspectos qualitativos: Análise das ações descrevendo o grau de implementação das ações propostas, examinando a importância da implementação destas ações para o serviço e como elas ainda podem ser melhoradas.

Entre os indicadores que foram coletados adequadamente ressaltamos sua evolução ao longo da intervenção, se a intervenção atingiu a meta, a evolução dos indicadores ao longo da intervenção e os gráficos relativos a cada indicador. Faremos assim para cada indicador coletado.

Além da descrição quantitativa do resultado em relação a cada meta ressaltamos voltado para o perfil populacional da nossa área, os aspectos que influenciam na sua interpretação, os motivos para os resultados obtidos e as ações que envolveram esse processo.

Buscando alcançar o alvo do nosso objetivo geral, que é a melhoria da Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos da ESF II, Poço Branco-RN, relataremos abaixo cada objetivo específico e os resultados obtidos durante esse processo de intervenção.

**Relativas ao objetivo 1:** Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

**Meta:** Cadastrar 100% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

1.1 - Indicador: Cobertura do programa de atenção à hipertensão na unidade de saúde: Evolução: mês 1: 29,8% mês 2: 69,9% mês 3: 73,6%

O cadastramento avaliado pela planilha de dados englobou todos os usuários participantes do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos que são hipertensos e que compareceram a unidade de saúde durante os três meses ao qual a intervenção foi acompanhada com registro na planilha de dados. No primeiro mês tivemos um total de 72 (29,8%) usuários avaliados, no segundo mês tivemos 145 (69,9%) e no terceiro mês esse número chegou aos 178 usuários (73,6%).

Ao final dos três meses tivemos um total de 73,6% dos usuários esperado em nossa área de abrangência com cadastro efetivo do total de 242 usuários, o número encontra-se abaixo da nossa meta que era de 100%, mas já demonstrou crescimento, pois essa avaliação não ocorria antes do projeto. O gráfico expressa a evolução do registro desses dados.

O crescimento foi satisfatório a cada mês elevando o total, gradativamente fomos englobando sempre um maior contingente de usuários. Interessante observar que no último mês tivemos maior resistência no crescimento desse valor, isso se deu principalmente devido à resistência de alguns usuários em participar efetivamente do programa.

O número total de hipertensos em nossa área de abrangência chega 242, assim conseguimos nesses três meses avaliar 73,6%, onde apesar de abaixo do esperado inicialmente reflete as dificuldades reais que encontramos em nossa área, como, por exemplo, busca ativa constante e orientações para os usuários comparecerem para esse acompanhamento. Em geral, acredito que esses números irão crescer cada mês que possuímos o projeto efetivamente implantando na UBS.

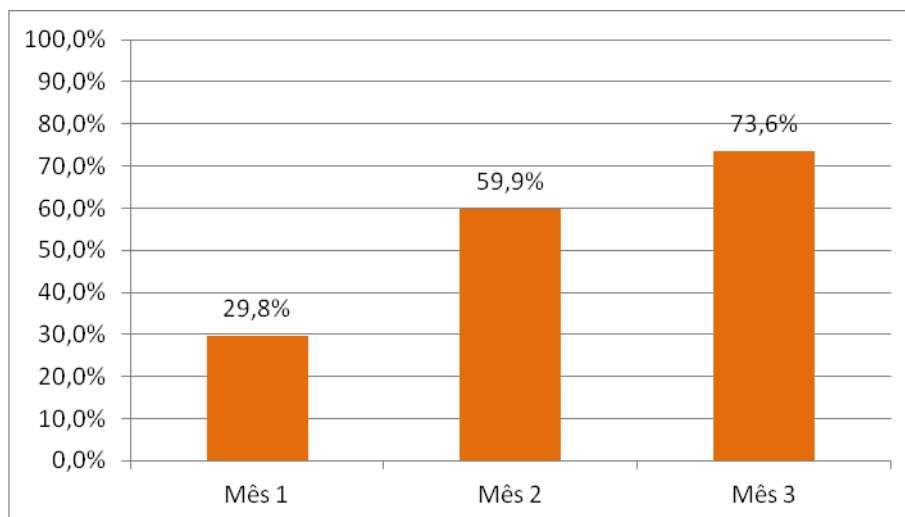


Figura 18: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde  
 Fonte: Planilha de coleta de dados, Poço Branco-RN, 2014

1.2 - Indicador: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde: Evolução: mês 1: 28,8% mês 2: 61,5% mês 3: 84,6%

O cadastramento avaliado pela planilha de dados englobou todos os usuários participantes do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos que são diabéticos e compareceram a unidade de saúde durante os três meses ao qual a intervenção foi acompanhada com seu registro efetivo na planilha de dados. No primeiro mês tivemos um total de 15 (28,8%) usuários avaliados, no segundo mês tivemos 32 (61,5%) e no terceiro mês esse número chegou aos 44 usuários (84,6%).

Ao final dos três meses tivemos um total de 84,6% dos usuários esperado em nossa área de abrangência com cadastro efetivo do total de 52 usuários, o número encontra-se abaixo da nossa meta que era de 100%, mas já demonstrou crescimento, pois essa avaliação não ocorria antes do projeto. O gráfico (figura 02) expressa a evolução do registro desses dados.

O crescimento foi satisfatório a cada mês elevando o total, gradativamente fomos englobando sempre um maior contingente de usuários. Interessante observar que no último mês tivemos uma reunião com a equipe para priorizar os atendimentos aos usuários com risco cardiovascular mais elevado garantindo assim uma maior participação desse grupo, o baixo registro desses usuários ocorriam devido à resistência de alguns usuários em participar efetivamente do programa.

O número total de diabéticos em nossa área de abrangência chega 52 usuários, assim conseguimos nesses três meses avaliar 84,6%, onde apesar de

abaixo do esperado inicialmente, reflete as dificuldades reais de adesão e comprometimento que encontramos em nossa área, sendo esse grupo o que mais necessitou de constante busca ativa e de orientações reforçando a necessidade de comparecerem para esse acompanhamento. De forma ampla acredito que esses números irão crescer cada mês que possuímos o projeto efetivamente implantando na UBS.

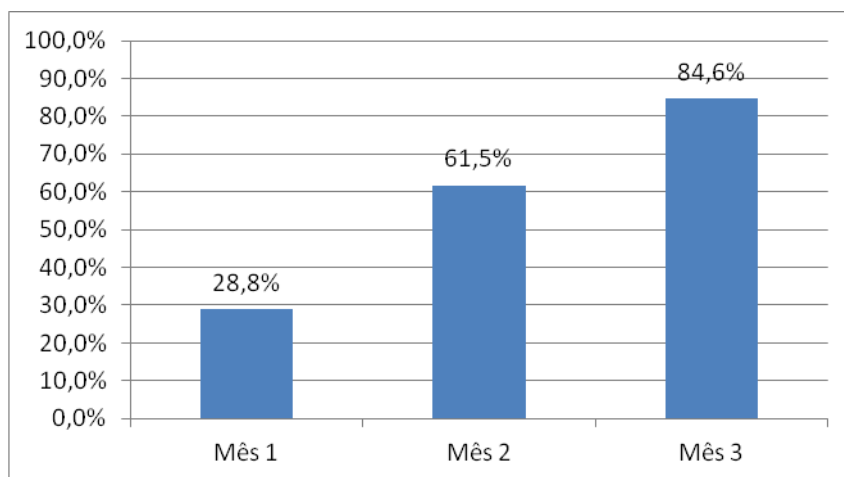


Figura 19: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde  
Fonte: Planilha de coleta de dados, Poço Branco-RN, 2014

**Relativas ao objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Metas:** 100% dos usuários avaliados

2.1 - Indicador: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo: Evolução: mês 1: 91,7% mês 2: 93,1% mês 3: 95,5%

A avaliação do exame físico adequado aos usuários hipertensos obteve cifras que cresceram cada mês. No primeiro mês eles representavam 66 usuários (91,7%), no segundo mês 135 usuários (93,1%) e no terceiro mês 170 usuários (95,5%) de um total de 178 avaliados. A meta obteve elevada abrangência encontrando obstáculos naturais ao processo de implantação, mas que acredito crescer e aprimorar cada vez mais. Esses dados estão expressos mensalmente no gráfico da figura 03.

O indicador expressa a elevada melhoria na avaliação do exame clínico dos usuários o fator limitante ocorreu nos pacientes restrito ao leito que pela incapacidade ou impossibilidade de comparecer a unidade de saúde de forma

rotineira obtínhamos limitações quanto ao cálculo do IMC, circunferência abdominal, verificação da pressão (especificamente no período ao qual a unidade não dispunha de técnicos de enfermagem para o acompanhamento das visitas).

Outro fator limitante era os pacientes que compareciam com outras queixas e que não possuíam o registro de todas as informações adequado para avaliação completa do exame clínico. Acreditamos que esses obstáculos fortalecem o processo de trabalho e expressa o indicador de forma real, em sua prática, onde apesar do esperado ser 100% destes, as limitações do processo de trabalho pode gerar percentil abaixo da meta, o que não necessariamente apontam falhas na intervenção, mas forma demonstra os pontos ao qual podemos transcender os obstáculos.

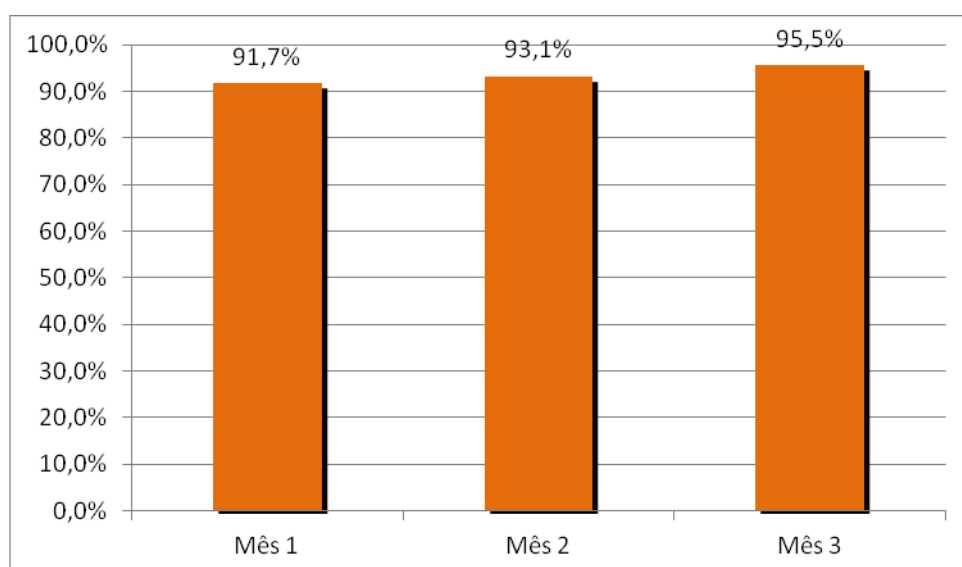


Figura 20: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Fonte: Planilha de coleta de dados, Poço Branco-RN, 2014

2.2 - Indicador: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo: Evolução: Mês 1: 88,7% Mês 2: 93,8% Mês 3: 93,2%

A avaliação do exame físico adequado aos usuários diabético obteve cifras que cresceram e que no último mês obteve um decréscimo do ponto de vista percentual. No primeiro mês eles representavam 13 (88,7%), no segundo mês 30 (93,8%) e no terceiro mês 41 (93,2%) de um total de pacientes avaliado de 44. A meta obteve elevada abrangência encontrando obstáculos naturais ao processo de

implantação, mas que acredito crescer e aprimorar cada vez mais. Esses dados estão expressos mensalmente no gráfico da figura 16.

O indicador expressa a elevada melhoria na avaliação do exame clínico dos usuários diabético, gerando reflexões no fator limitante ao processo. Alguns desses fatores foram semelhantes aos dos pacientes hipertensos, devido a pacientes restrito ao leito que pela incapacidade ou impossibilidade de comparecer a unidade de saúde de forma rotineira obtínhamos limitações quanto ao calculo do IMC, circunferência abdominal, verificação da pressão (especificamente no período ao qual a unidade não dispunha de técnicos de enfermagem para o acompanhamento das visitas). Mas a maior dificuldade foi com a verificação adequada da glicemia (hemoglicoteste) no dia das consultas, sendo realizada muitas vezes pelos profissionais do Hospital local da cidade.

No exame clínico a avaliação da sensibilidade dos pés quando ocorriam fora da unidade possuía algumas limitações. No ultimo mês percebemos que de forma percentual observamos uma queda apesar do acréscimo de 11 usuários ao cadastramento do HIPERDIA (elevação se deu a busca ativa aos pacientes com maior risco) de forma percentual não foi possível avaliar alguns destes usuários de forma completa devido às limitações já relatadas.

Acreditamos que esses obstáculos fortalecem o processo de trabalho e expressa o indicador de forma real, em sua pratica, onde apesar do esperado ser 100% destes, as limitações do processo de trabalho pode gerar percentil abaixo da meta, o que não necessariamente apontam falhas na intervenção, nesse caso apenas três usuários ficaram sem sua avaliação de forma completa e que poderá ser complementada em consultas subsequentes.

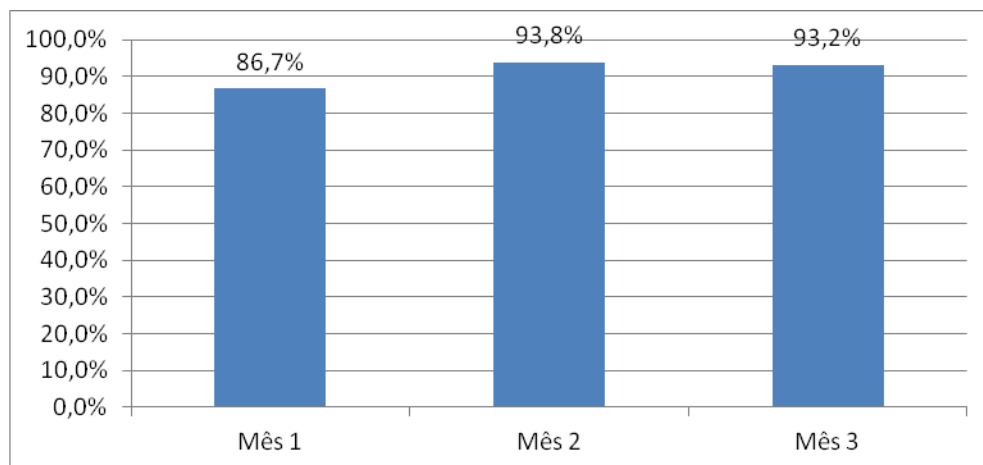


Figura 21: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Fonte: Planilha de coleta de dados, Poço Branco-RN, 2014

2.3 - Indicador: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo: Evolução dos dados: Mês 1: 84,7% mês 2: 86,2% mês 3: 86,5%

Os exames complementares dos pacientes hipertensos foram avaliados e registrados, segundo o gráfico da figura 17 podemos perceber que de forma percentual esse valor não se alterou significativamente (cerca de 1,8% de acréscimo do mês 1 ao mês 3), entretanto quando avaliamos o total de usuários percebemos essa evolução. No primeiro mês da intervenção foram avaliados 61 usuários com exames complementares em dia (84,7%), no segundo mês esse número se elevou para 125 usuários (86,2%) e no terceiro mês esse número chegou á 154 usuários (86,5%), assim apesar da pequena variação percebemos que houve elevação de 107 usuários do início ao fim da avaliação desse processo.

A meta de 100% possuiu fatores limitantes que serão abordados abaixo, mas que de forma geral alcançou o objetivo de melhorar a avaliação deste através dos exames laboratoriais adequados.

Os exames complementares no grupo de pacientes hipertensos possuem diversos objetivos, além estimar parâmetros para avaliar o risco cardiovascular ele direciona para qual medicação mais apropriada para cada perfil. Desta forma analisando de forma numérica absoluta, demonstra incremento nesse indicador. Com o acompanhamento foi possível perceber que alguns destes usuários nunca haviam realizados exames necessários ao seu acompanhamento, como



eletrocardiograma. Como fator limitante, tivemos a elevada demora nos agendamentos dos exames e na execução, além de alguns exames não confiáveis emitidos pelo laboratório da cidade.

Alguns usuários buscaram clínicas particulares para garantir estar com exames no retorno agendado. Algo bastante benéfico na cidade é a disposição de médico cardiologista para auxílio do manejo de alguns usuários e a facilidade de acesso ao eletrocardiograma, que durante o processo de intervenção foi implantado no município.

O alvo obtido de 86,5% (154 usuários) do total de 178 usuários foi significativo na saúde e na adequação da qualidade de vida destes, os 24 pacientes com exames atrasados pode ser justificado pelos seguintes aspectos: consulta com especialista e não retornou a UBS, atraso no agendamento dos exames (média de 2 meses para fazer e receber), necessidade de pagar por alguns exames, como exemplo do sódio e potássio.

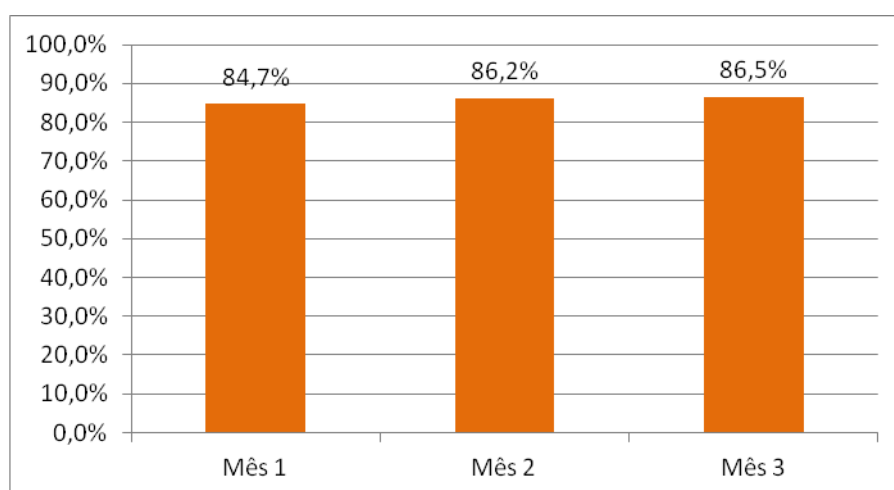


Figura 22: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Fonte: Planilha de coleta de dados, Poço Branco-RN, 2014

2.4 - Indicador: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo: Evolução dos dados: Mês 1: 66,7% mês 2: 71,9% mês 3: 70,5%

Os exames complementares dos pacientes diabéticos foram avaliados e registrados, segundo o gráfico da figura 18 podemos perceber que de forma percentual esse declinou, de forma semelhante ao do exame físico adequado, (cerca de 1,4% de decréscimo do mês 2 ao mês 3), entretanto quando avaliamos o total de

usuários percebemos essa evolução. No primeiro mês da intervenção foi avaliado 10 usuários com exames complementares em dia (66,7%), no segundo mês esse número se elevou para 23 (71,9%) e no terceiro mês esse número chegou á 31 (70,5%), assim apesar do declínio exposto na porcentagem, percebemos que houve elevação de 8 usuários do segundo mês ao fim da avaliação desse processo.

A meta de 100% possuiu fatores limitantes que também serão abordados abaixo, mas que de forma geral alcançou o objetivo de melhorar a avaliação dos usuários diabéticos, através dos exames laboratoriais adequados. Dados foram registrados e expressos no gráfico da figura 06.

Os exames complementares no grupo de pacientes diabéticos possuem diversos objetivos, como principal deles avaliar a terapia (medicamentosa ou não) além estimar parâmetros para avaliar o risco cardiovascular, direciona também para qual medicação é mais apropriada para cada perfil, como exemplo citamos a glicemia de jejum e a pós-prandial. Assim analisando de forma numérica absoluta, demonstramos incremento nesse indicador.

Com o acompanhamento foi possível perceber que alguns destes usuários nunca haviam realizados exames necessários ao seu acompanhamento, como hemoglobina glicada, microalbuminúria e fundoscopia. Como fatores limitantes tiveram nesse grupo o maior atraso e ausência de exames adequado, a tentativa inicial foi priorizar esse grupo, pois a maioria destes apresentavam risco cardiovascular mais elevados, consultas em atraso e exames em falta.

A elevada demora nos agendamentos e na execução dos exames, fez com que grande parte destes usuários buscasse clinicas particulares para garantir todos os exames, pois esses exames não eram disponibilizados de forma gratuita para a população, já que o laboratório público do município não os realiza. A ausência de oftalmoscópio na UBS exigia o encaminhamento dos usuários para a realização da fundoscopia.

O alvo obtido de 70,5% (31 usuários) do total de 44 usuários, foi significativo na saúde e na adequação da qualidade de vida destes, os 9 pacientes com exames atrasados pode ser justificado pelos seguintes aspectos: consulta com especialista e não retornou a UBS, atraso no agendamento dos exames (média de 2 meses para fazer e receber), necessidade de custeio de alguns exames, como exemplo do hemoglobina glicada e microalbuminúria Considerando que muitos destes vinham

sem acompanhamento glicêmico á meses e anos, apesar de ainda estarmos em constante melhora nesse processo, os resultados são animadores.

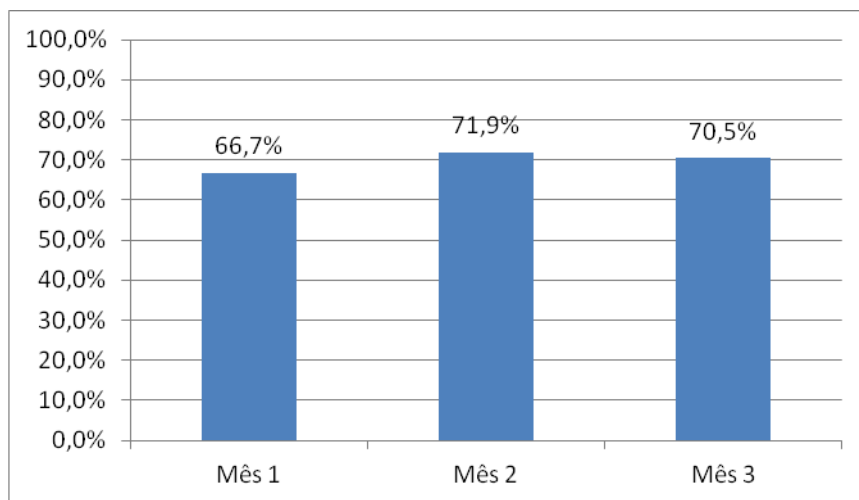


Figura 23: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Fonte: Planilha de coleta de dados, Poço Branco-RN, 2014

2.5 - Indicador: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada: Evolução: mês 1: 94,4% mês 2: 97,1% mês 3: 97,1%

O uso de medicações da Farmácia Popular (FP) pelos usuários hipertensos foram registradas, a evolução dos dados demonstrou um processo de evolução crescente. No primeiro mês o percentual deste era de 94,4% (67 usuários), no segundo mês era de 97,1% (133 usuários) e no terceiro mês mantivemos o percentual 97,1% mas com 167 usuários em uso destas medicações, lembrando que baseamos esses números nos usuários que fazem tratamento medicamentoso. O total da meta de 100% não foi atingida, mas o crescimento desse percentil e a ausência de apenas 11 usuários deste montante reforça a importância do programa farmácia popular que garante medicações básicas de forma gratuita a população.

Quando analisamos os números obtidos percebemos o acréscimo do percentual e no total de usuários em uso das medicações disponibilizadas na farmácia popular. A garantia das medicações sem custo é uma das formas de facilitar a adesão ao tratamento, alguns usuários faziam uso de medicações onde em um comprimido existiam duas substâncias combinadas das disponíveis na farmácia popular.

Conseguimos modificar algumas destas para as medicações da FP visando garantir menos custo, já que grande parcela de nossos usuários não usufruem de poder econômico elevado. Outras medicações não puderam ser substituídas por ser recomendações do cardiologista e conter princípios ativos que não estão disponíveis na FP, como exemplo do Metoprolol e Valsartana (algumas vezes associado ao Anlodipino ou ao Hidroclorotiazida). Alcançando 97.1% do total de usuários, garantimos um adequado índice, visando principalmente a melhor adesão destes usuários.

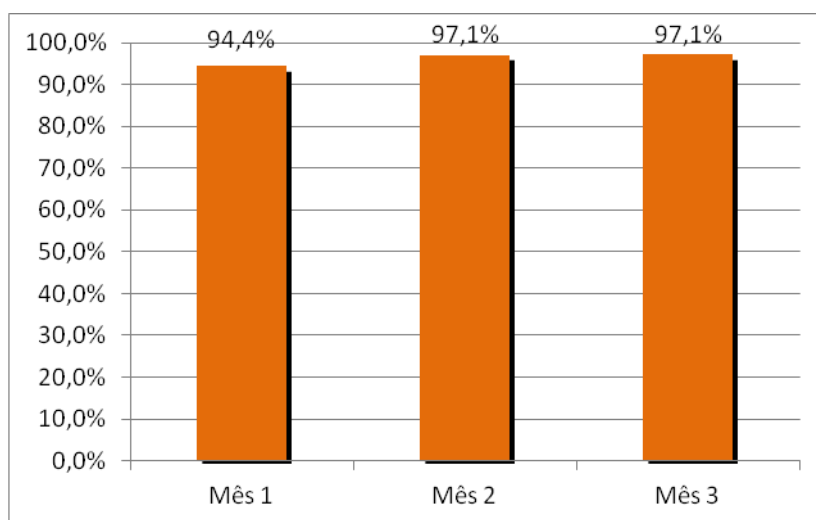


Figura 24: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada

Fonte: Planilha de coleta de dados, Poço Branco-RN, 2014

2.6 - Indicador: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada: Evolução: mês 1: 100% mês 2: 96,8 mês 3: 95,3

O uso de medicações da Farmácia Popular (FP) pelos usuários diabéticos foi registrado na figura 08, a evolução dos dados demonstrou um processo de declínio. No primeiro mês o percentual deste era de 100% (15 usuários), no segundo mês era de 97,1% (30 usuários) e no terceiro mês mantivemos o percentual 97,1% com 41 usuários em uso destas medicações, lembrando que baseamos esses números nos usuários que fazem tratamento medicamentoso. O total da meta de 100% não foi atingido, mas o decréscimo desse percentil e a ausência de 3 usuários com uso das medicações da FP, deste montante reforça a importância do programa farmácia popular que garante medicações básicas de forma gratuita a população.

Quando analisamos os números obtidos percebemos o decréscimo do percentual (de 4,7% - diferença entre o 1º e 3º mês) e acréscimo no total de usuários em uso das medicações disponibilizadas na farmácia popular (15 primeiros mês e 41 no terceiro mês) demonstra que houve elevação de forma absoluta. A garantia das medicações da FP sem custo é uma das formas de facilitar a adesão ao tratamento destes usuários, alguns faziam uso de medicações indisponíveis na farmácia popular, como exemplo da Glimepirida.

Conseguimos modificar algumas destas para as medicações da FP visando garantir menos custo, já que grande parcela de nossos usuários não usufrui de poder econômico elevado. Outras medicações não puderam ser substituídas por serem recomendações de endocrinologista e que não estão disponíveis na FP, como exemplo de insulinas de ação ultrarrápida ou Lipro©. Alcançando 95,3% do total de usuários, garantimos um adequado índice, visando principalmente a melhor adesão destes usuários, refletindo em melhor controle glicêmico.

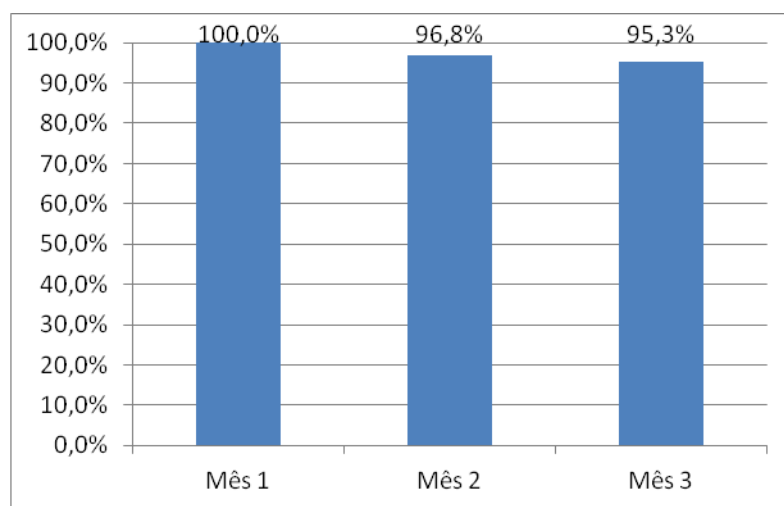


Figura 25: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada

Fonte: Planilha de coleta de dados, Poço Branco-RN, 2014

2.7 - Indicador: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico: Evolução mês 1: 93,7% mês 2: 93,8% mês 3: 96,1%

A proporção de hipertensos que possuíram adequada avaliação odontológica evolui de forma crescente como demonstra o gráfico na figura 26. No primeiro mês foram avaliados 67 usuários correspondendo a 93,7% daqueles avaliados no respectivo mês, no segundo mês tivemos 136 usuários avaliados

correspondendo a 93,8% e por fim no terceiro mês tivemos um total de 171 usuários avaliados correspondendo a um total de 96,1% do número absoluto de usuários que é de 178 usuários. O índice final de 96,1% é considerado elevado, devido a limitações técnicas não alcançou a totalidade dos usuários.

O índice alcançado ao final dos três meses, sendo avaliados cerca de 171 usuários com agendamento das consultas em caso de detecção de problemas, tivemos como limitação a essa avaliação a ausência de dentista no dia correspondente a nossa intervenção e as constantes paradas nos atendimentos odontológico devido falta de material, quebra na cadeira odontológica e ausência da auxiliar em saúde bucal.

Além, disso alguns usuários possuem crenças próprias, onde acreditam ter hemorragia caso faça os procedimentos dentários e utilize as medicações anti-hipertensivas. De forma geral alcançamos ótimos índices, muitos desses usuários desconheciam o atendimento prioritário aos usuários do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos, além de não reconhecer a importância da saúde bucal.

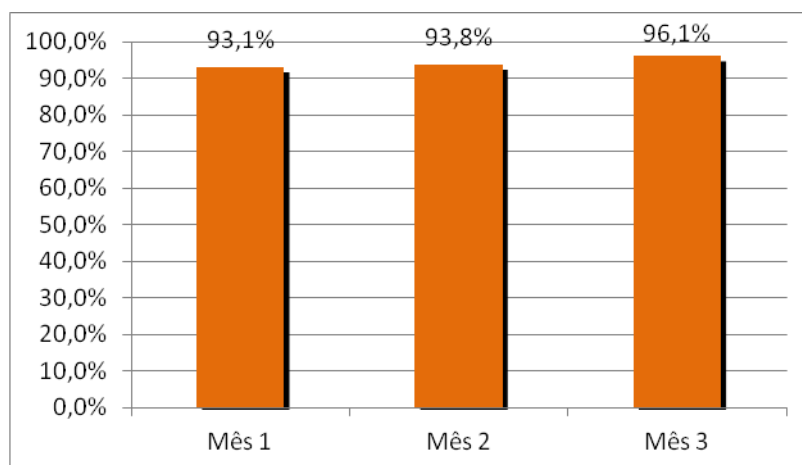


Figura 26: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Fonte: Planilha de coleta de dados, Poço Branco-RN, 2014

2.8 - Indicador: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico: Evolução: mês 1: 100% mês 2: 100% mês 3: 97,7%

A proporção de diabéticos que possuíram adequada avaliação odontológica evolui de forma crescente como demonstra o gráfico na figura 27, com uma discreta redução no último mês (queda de 2,3%). No primeiro mês foram avaliados 15 usuários correspondendo a 100% daqueles avaliados no respectivo mês, no

segundo mês tivemos 136 usuários avaliados correspondendo a 100% e por fim no terceiro mês tivemos um total de 43 usuários avaliados correspondendo a um total de 97,7% do número absoluto de usuários que é de 44 usuários. O índice final de 97,7% é considerado elevado, com ausência de avaliação em apenas um usuário.

O índice alcançado ao final dos três meses demonstra que foram avaliados 43 usuários com agendamento das consultas para os casos ao qual ocorreu a de detecção de problemas, tivemos como limitação a essa avaliação a ausência de dentista no dia correspondente ao dia da nossa intervenção e a constante parada nos atendimentos odontológica devida falta de material, quebra na cadeira odontológica e ausência da auxiliar em saúde bucal.

Alguns usuários possuem crenças próprias, onde acreditam ter ausência de cicatrização caso faça os procedimentos dentários e utilize as medicações hipoglicemiantes. De forma geral alcançamos ótimos índices, muitos desses usuários desconheciam o atendimento prioritário aos usuários do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos, além de não reconhecer a importância da saúde bucal.

O único paciente que não teve a devida avaliação da saúde bucal foi devido o seu atendimento clínico ter ocorrido como atendimento prioritário por hiperglicemia sintomática, com suspeita de estado hiperosmolar. Dessa forma em momento já posterior aos três meses avaliados, a usuária retornou a UBS e teve todos seus exames recentes avaliados e sua cavidade oral examinada.

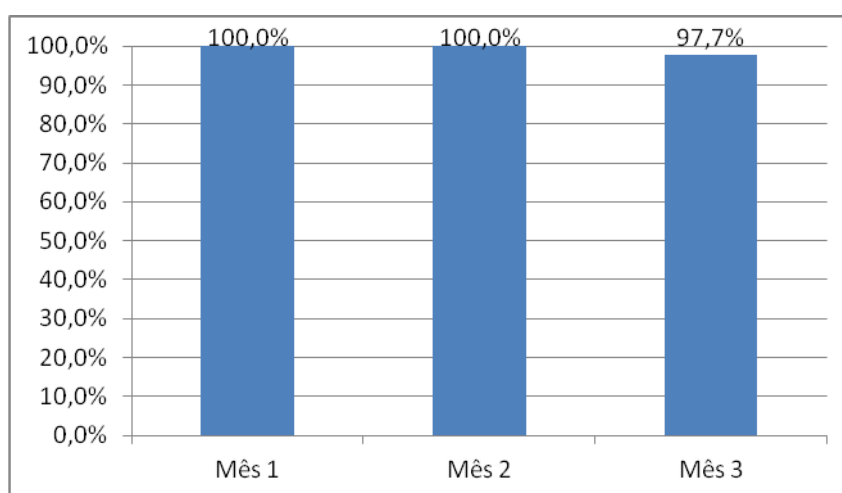


Figura 27: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Fonte: Planilha de coleta de dados, Poço Branco-RN, 2014

**Relativas ao objetivo 3:** Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

**Metas:** realizar busca ativa 100% usuários

3.1 - Indicador: Proporção de hipertensos faltosos as consultas com busca ativa: Evolução mês 1: 100% mês 2: 100% mês 3: 97,1%

O indicador avaliado demonstra quantos usuários estavam faltosos as consultas e que foi realizado busca ativa, sendo assim obtivemos os seguintes resultados: no primeiro mês 6 usuários compareceram a unidade com consultas em atraso, onde havia sido realizada a busca ativa através dos ACS esse número correspondeu a 100% dos usuários. No segundo mês obtivemos o registro de 23 usuários com consultas em atraso onde todos haviam sido realizados a busca ativa e no terceiro mês obtivemos 34 usuários faltosos na unidade e que ocorreu a busca ativa dos ACS, correspondendo a um percentual de 97,1%.

O gráfico abaixo (figura 28), expressa a evolução dos dados e a ressalva de decréscimo no ultimo mês será respaldado abaixo. A meta foi atingida nos dois primeiros meses, tendo um decréscimo no ultimo mês, correspondendo a apenas um usuário que foi ao atendimento por sintomas agudos, sem ter ocorrido à busca ativa.

O dado avaliado reflete o excelente trabalho da equipe dos ACS da ESF II, onde através da busca ativa conseguimos em tres meses avaliar 34 usuários que não compareciam as suas consultas. Destes apenas um usuário buscou a unidade por conta própria devido queixas agudas e elevação súbita da pressão arterial. Esse indicador reflete um alto grau de comprometimento e de importância do trabalho do ACS dentro do programa de estratégia a família.



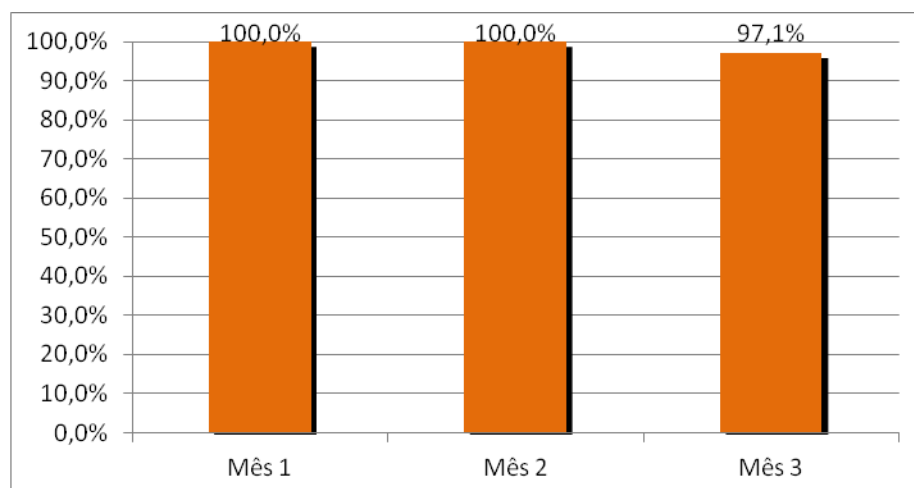


Figura 28: Proporção de hipertensos faltosos as consultas com busca ativa  
 Fonte: Planilha de coleta de dados, Poço Branco-RN, 2014

3.2 - Indicador: Proporção de diabéticos faltosos as consultas com busca ativa:  
 Evolução: mês 1: 100% mês 2: 100% mês 3: 100%

O indicador avaliado indica quanto dos usuários estavam faltosos as consultas, sendo assim obtivemos os seguintes resultados: no primeiro mês 6 usuários compareceram a unidade com consultas em atraso, onde havia sido realizada a busca ativa através dos ACS esse número correspondeu a 100% dos usuários. No segundo mês obtivemos o registro de 12 usuários com consultas em atraso onde todos haviam sido realizada a busca ativa e no terceiro mês obtivemos 18 usuários faltosos na unidade e que ocorreu a busca ativa dos ACS, correspondendo a um percentual de 100%. O gráfico abaixo (figura 29) expressa a evolução dos dados e ressalta o constate índice dos dados, atingido sempre a meta de 100%.

O dado avaliado reflete o excelente trabalho da equipe dos ACS da ESF II, onde através da busca ativa conseguimos em três meses avaliar 18 usuários que não compareciam as suas consultas de forma adequada. O que mais chama atenção nesse dado é que em nossa área de abrangência durante a intervenção avaliamos 44 usuários, destes 18 foram realizados busca ativa, o que demonstra um percentual 40,9 de usuários que vinham faltosos aos seus atendimento.

Devido este fato, o risco cardiovascular e a prioridade nos atendimentos foram para esse grupo de pacientes. No indicador percebemos o alto grau de comprometimento e de importância do trabalho do ACS dentro do programa de

estratégia a família, reforçando o elo que adquiridos no processo inicial de implementação da intervenção.

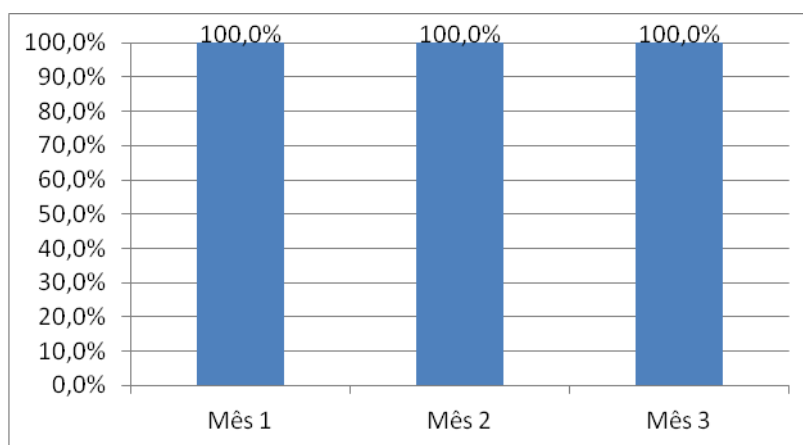


Figura 29: Proporção de diabéticos faltosos as consultas com busca ativa  
Fonte: Planilha de coleta de dados, Poço Branco-RN, 2014

**Relativa ao objetivo 4:** Melhorar o registro das informações;

**Meta:** 100% registros realizados

4.1 - Indicador: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento: Evolução mês 1: 81,9% mês 2: 86,8% mês 3: 91%

A evolução de melhoria no registro das informações, no gráfico da figura 30 demonstra o crescimento mês a mês, no primeiro mês tínhamos 59 usuários com registro adequado (81,9%), no segundo mês tínhamos 126 usuários (86,6%) e no mês 3 tivemos 162 usuários (91%) com registro adequado do total de 178 usuários avaliados nesse período. A meta atingida foi então de 91%, ficando 9% abaixo do esperado, mas a expressão numérica crescente melhora a expectativa de implementação efetiva da ação.

No primeiro mês tínhamos 59 usuários (81,9%) com o preenchimento da sua ficha espelho de forma adequada, esse número obteve limitações no primeiro mês devido a falta de material (faltou o número de fichas espelho, a SMS disponibilizou menos do que o necessário). No segundo mês obtivemos 126 usuários (86,8%) com registro adequado número se elevou, pois imprimimos mais fichas espelhos e adequamos a realidade.

No ultimo mês esse numero chegou a 162 usuários (91%), os 16 usuários sem o preenchimento da ficha espelho de forma adequada corresponde a pacientes que buscam a unidade em atendimentos necessários para resolução imediata sem

usufruímos o tempo necessário para a consulta dos usuários do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos e também aqueles pacientes das visitas domiciliares, onde alguns usuários por não ser previamente hipertenso, ficaram sem esse registro de forma adequada.

De uma forma geral consideramos a meta atingida de 91% adequada, aja visto que na UBS não disponibilizávamos de nenhum registro adequado para colher o dados desses usuários. A meta ainda encontra-se abaixo do desejado de 100% mas como referimos acima, algumas limitações na implementação contribuíram para esse resultado, o crescimento desse registro ao longo da intervenção estimula sua melhor eficácia a longo prazo.

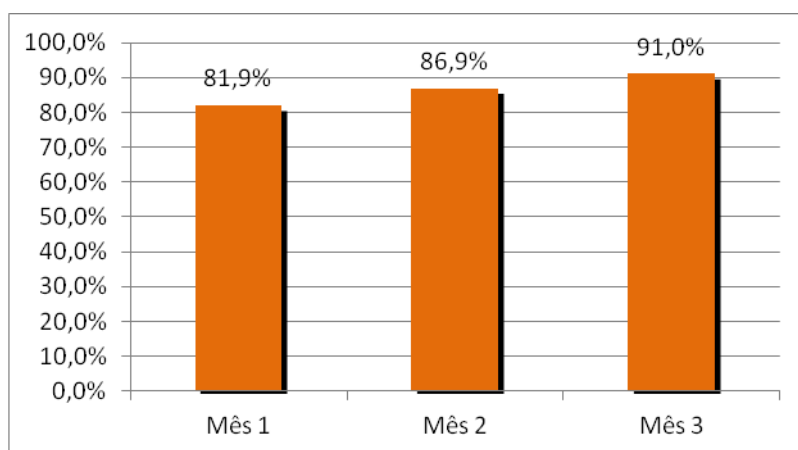


Figura 30: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Fonte: Planilha de coleta de dados, Poço Branco-RN, 2014

4.2 - Indicador: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento: Evolução: mês 1: 86,7% mês 2: 90,6% mês 3: 90,9%

A evolução de melhoria no registro das informações, o gráfico da figura 14 demonstra o crescimento mês a mês, no primeiro mês tínhamos 13 usuários com registro adequado (86,7%), no segundo mês tínhamos 29 usuários (90,6%) e no mês 3 tivemos 40 (90,9%) com registro adequado do total de 44 usuários avaliados nesse período. A meta atingida foi então de 90,9%, ficando 9,1% abaixo do esperado para o acompanhamento dos usuários diabéticos, mas a expressão numérica crescente melhora a expectativa de implementação efetiva da ação.

No primeiro mês tínhamos 13 usuários com o preenchimento da sua ficha espelho de forma adequada, esse número obteve limitações no primeiro mês devido

a falta de material (faltou o número de fichas espelho, a SMS disponibilizou menos do que o necessário). No segundo mês obtivemos 29 usuários com registro adequado, número se elevou, pois imprimimos mais fichas espelhos e adequamos a realidade.

No último mês esse número chegou a 40 usuários (90,9%), os 4 usuários sem o preenchimento da ficha espelho de forma adequada correspondem a pacientes que buscam a unidade em atendimentos necessários para resolução imediata (suspeita de hiperglicemia hiperosmolar), sem usufruirmos o tempo necessário para a consulta dos usuários do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos. Outra razão encontrada para ausência destes registros, são de usuários que possuem seu atendimento em visitas domiciliares, onde antes da visita não observávamos o registro de que aquele usuário era previamente diabético, ficando sem esse registro de forma adequada.

De uma forma geral consideramos a meta atingida de 90,9% adequada, já visto que na UBS não disponibilizávamos de nenhum registro adequado para colher os dados desses usuários. A meta ainda encontra-se abaixo do desejado de 100%, mas como referimos acima, algumas limitações na implementação contribuíram para esse desfecho, o crescimento desse registro ao longo da intervenção estimula sua melhor eficácia a longo prazo.

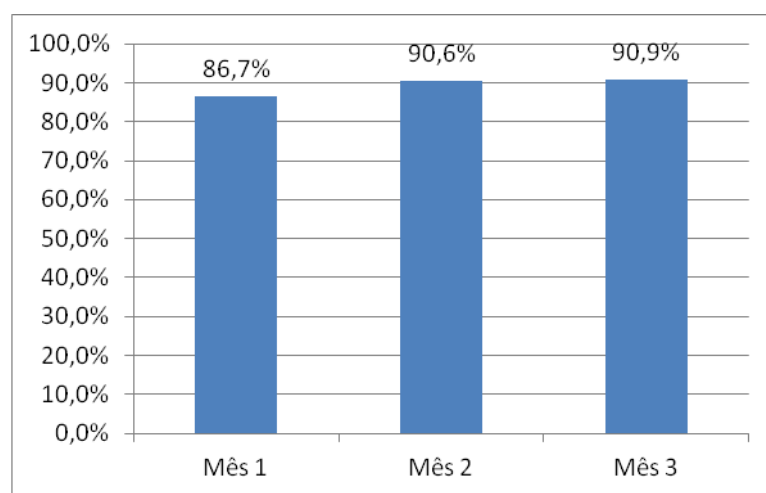


Figura 31: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Fonte: Planilha de coleta de dados, Poço Branco-RN, 2014

**Relativa ao objetivo 5:** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular;

**Meta:** avaliar risco cardiovascular de 100% dos usuários

5.1 - Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia: Evolução: Mês 1 83,3% mês 2: 86,8% mês 3: 91,0%

A avaliação de risco para doença cardiovascular (DCV) foi avaliando em 60 usuários (83,3%) no primeiro mês, em 126 usuários (96,8%) no segundo mês e em 162 usuários (91%) no último e terceiro mês da intervenção, no gráfico exposto na figura 32 conseguimos acompanhar essa evolução. Os 178 usuários avaliados na intervenção 162 foram avaliados, deixando de ser registrado 16 usuários. A meta de 100% de avaliação não pode ser alcançada devido alguns fatores que serão evidenciados, entretanto a meta de 91% é considerada de boa abrangência dentro da intervenção.

Durante análise dos dados obtidos refletimos um pouco do motivo de não realizar a estratificação de todos os usuários, alguns fatores foram relacionados ao fato. Um deles era a indisponibilidade de alguns dados, como pressão arterial (em algumas visitas), exames complementares como HDL, história familiar e prévia confusa e não registro prévio de dados de outras consultas.

Dessa maneira, à medida que fomos implementando em maior abrangência a ficha-espelho, a realização de exames complementares de forma adequada, conseguimos estimar de forma mais intensa os riscos para DCV. Dessa forma os hipertensos avaliados alcançaram a meta de 91% destes realizando de forma adequada a estratificação do seu risco.

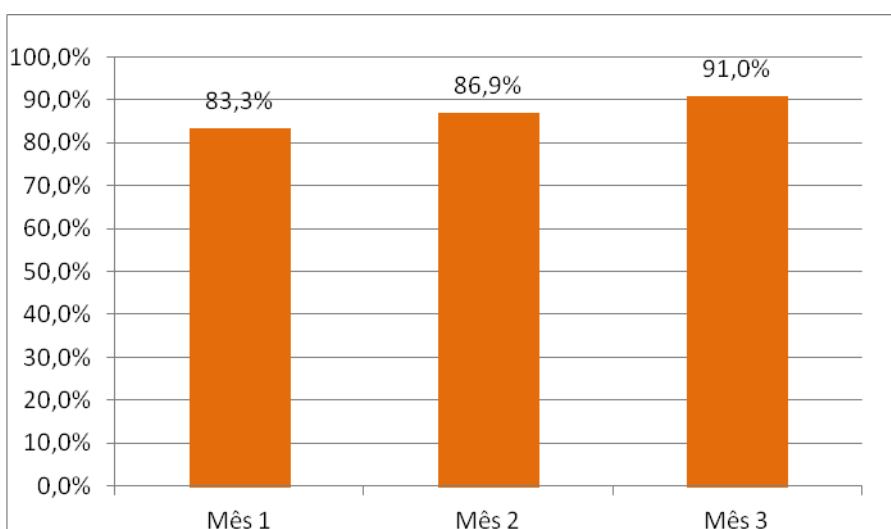


Figura 32: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Fonte: Planilha de coleta de dados, Poço Branco-RN, 2014

5.2 - Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia: Evolução mês 1: 73,3% mês 2: 84,4% mês 3: 88,6%

A avaliação de risco para doença cardiovascular (DCV) foi feita em 11 usuários (73,3%) diabéticos no primeiro mês, em 27 usuários (84,4%) no segundo mês e em 39 usuários (88,6%) no último e terceiro mês da intervenção. No gráfico exposto na figura 16 conseguimos acompanhar essa evolução de forma crescente.

Dos 44 usuários diabéticos avaliados na intervenção 39 foram avaliados, deixando de ser registrado 5 destes. A meta de 100% de avaliação não pode ser alcançada devido alguns fatores que serão evidenciados, entretanto a meta de 88,6% é considerada de boa abrangência dentro da intervenção, comparando com a ausência total de estratificação anteriormente.

Durante a análise dos dados obtidos refletimos um pouco do motivo para os dados encontrados na estratificação de risco, alguns fatores foram levantados como sendo relacionados ao fato. Um deles era a indisponibilidade de alguns dados, como pressão arterial (em algumas visitas), exames complementares como HDL, glicemia, história familiar e prévia confusa e não registro prévio de dados de outras consultas.

Dessa maneira à medida que fomos implementando com maior abrangência a ficha-espelho, a realização de exames complementares de forma adequada conseguiremos estimar de forma mais intensa os riscos para DCV. Os diabéticos avaliados alcançaram a meta de 88,6% destes realizando de forma adequada a estratificação do seu risco.

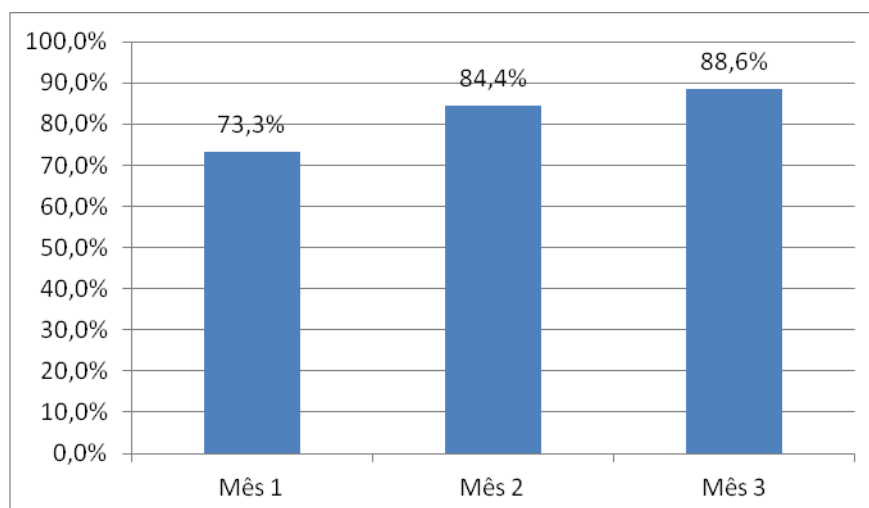


Figura 33: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Fonte: Planilha de coleta de dados, Poço Branco-RN, 2014

#### **Relativa ao Objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

**Meta:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal para 100% dos usuários HIPERDIA.

Os indicadores a seguir refletem em grande parte as orientações fornecidas pela equipe de saúde, consideramos os dados abaixo primordiais para qualquer atendimento em saúde básica. Dentre os motivos para os índices mais elevados cito o fato de não necessitar de nenhum material específico, apenas de tempo e boa vontade para fornecer informações essenciais no processo saúde doença dos indivíduos que frequentam o projeto de intervenção.

6.1 - Indicador: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável: Evolução: mês 1: 98,6% mês 2: 96,6% mês 3: 98,9%

Iniciando nossa avaliação pelos indicadores de orientação nutricional percebemos pelo gráfico da figura 34 que receberam de forma adequada essa informação um total de 176 usuários hipertensos atingindo a meta final de 98,9% bem próxima a esperada de 100%. Dessa forma ficamos com os seguintes indicadores cada mês: no primeiro mês foram orientados 71 usuários (98,6%), no

segundo mês houve um decréscimo em percentual e uma elevação numérica para 140 (96,6%) e no terceiro e último mês ambos os indicadores subiram chegando a meta final de 98,9%.

Analisando esses dados conseguimos observar que no mês 2 onde enfrentamos dificuldades com ausência de profissionais e dificuldade em realizar duas palestras sobre hipertensão e diabetes que englobam os aspectos nutricionais de cada um, os índices apresentaram queda, mas de forma importante foi perceber que no mês subsequente esses erros foram resolvidos e as orientações voltaram a ter maior abrangência.

A alimentação é uma das bases do tratamento dos hipertensos e diabéticos, pois sabemos que obtemos resultados de adequado controle glicêmicos e pressóricos em alguns usuários apenas através o controle alimentar associado a prática de atividades físicas, sendo como um todo denominado de modificações no estilo de vida, sendo este o alicerce do tratamento que envolva essas patologias.

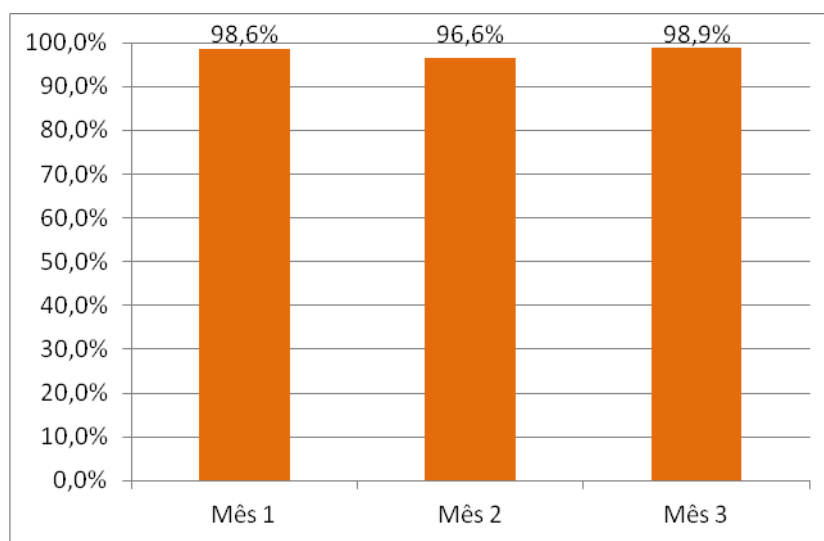


Figura 34: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

Fonte: Planilha de coleta de dados, Poço Branco-RN, 2014

6.2 - Indicador: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável: Evolução: mês 1: 100% mês 2: 100% mês 3: 100%

Iniciando nossa avaliação pelos indicadores de orientação nutricional percebemos pelo gráfico da figura 35 que ele se forma um platô mantendo todos os índices em 100%. Estes usuários receberam de forma adequada as informações



alimentares, em um total de 44 usuários diabéticos atingindo a meta final de 100% semelhante ao esperado pela meta.

Dessa forma ficamos com os seguintes indicadores cada mês: no primeiro mês foram orientados 15 usuários (100%), no segundo mês houve uma elevação numérica para 32 (100%) e no terceiro e último mês os indicadores registraram 44 usuários avaliados, permaneceram com 100% de cobertura.

Analisando esses dados conseguimos observar que conseguimos obter mais êxito nas orientações nutricionais, refletindo sobre a diferença entre estes usuários e os hipertensos destacamos como grande fator o interesse do usuário. Existe culturalmente o costume de pacientes diabéticos devem realizar dietas mais restritivas que usuários hipertensos, entretanto sabemos que em ambas as patologias esse acompanhamento é primordial. O índice alcançado de 100% estimula a equipe e trás a observação de melhoria na avaliação destes usuários, que anterior à intervenção possuía os índices mais baixos.

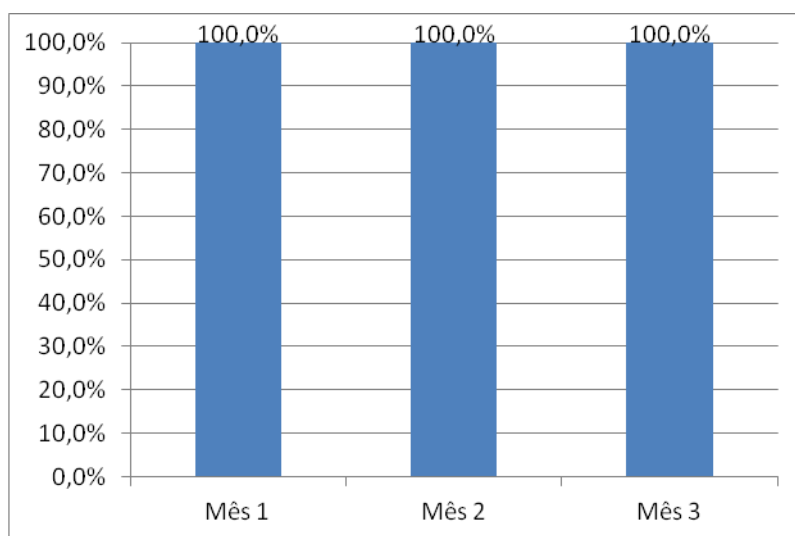


Figura 35: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

Fonte: Planilha de coleta de dados, Poço Branco-RN, 2014

6.3 - Indicador: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular: Evolução mês 1: 98,6% mês 2: 96,6% mês 3: 98,9%

Realizando nossa avaliação dos indicadores de orientação sobre a prática de atividades físicas percebemos pelo gráfico da figura 36 uma semelhança numérica entre este e o indicador 6.1 sobre orientações alimentares. Essas

informações foram realizadas a um total de 176 usuários hipertensos atingindo a meta final de 98,9% bem próxima a esperada de 100%.

Ficamos com os seguintes indicadores cada mês: no primeiro mês foram orientados 71 usuários (98,6%), no segundo mês houve um decréscimo em percentual e uma elevação numérica para 140 (96,6%) e no terceiro e último mês ambos os indicadores subiram chegando a meta final de 98,9%.

Analisando esses dados conseguimos observar que no mês 2 onde enfrentamos dificuldades com ausência de profissionais e dificuldade em realizar duas palestras sobre hipertensão e diabetes que englobam os aspectos sobre a importância da prática de exercício, os índices apresentaram queda, mas de forma importante foi perceber que no mês subsequente esses erros foram resolvidos e as orientações voltaram a ter maior abrangência.

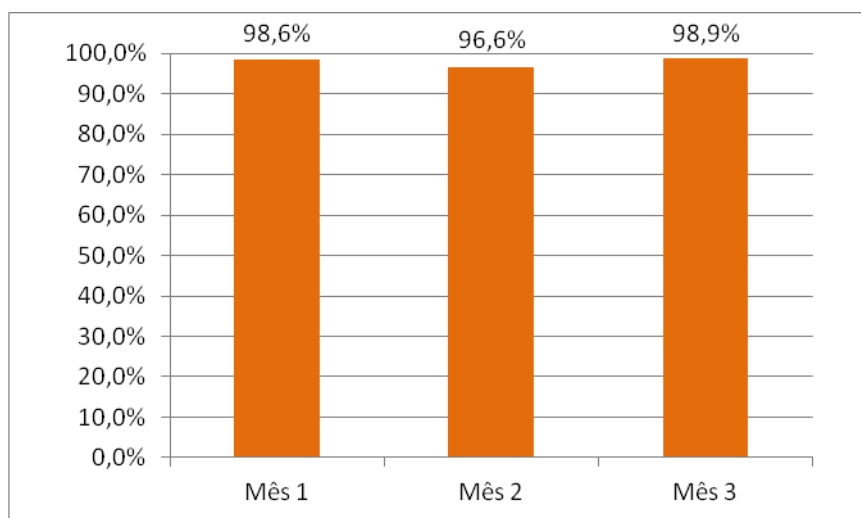


Figura 36: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular

Fonte: Planilha de coleta de dados, Poço Branco-RN, 2014

6.4 - Indicador: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular: Evolução: mês 1: 100% mês 2: 100% mês 3: 100%

Realizando nossa avaliação dos indicadores de orientação sobre práticas de atividades físicas percebemos pelo gráfico da figura 37 que ele se forma como um platô mantendo todos os índices em 100%. Estes usuários receberam de forma adequada as informações alimentares, em um total de 44 usuários diabéticos atingindo a meta final de 100% semelhante ao esperado pela meta.

Os seguintes indicadores foram obtidos cada mês: no primeiro mês foram orientados 15 usuários (100%), no segundo mês houve uma elevação numérica para 32 (100%) e no terceiro e último mês os indicadores registraram 44 usuários avaliados, permaneceram com 100% de cobertura. Semelhante ao indicador 6.2 sobre orientações nutricionais.

Analisando esses dados conseguimos observar que conseguimos obter mais êxito nas orientações das atividades físicas, refletindo sobre a diferença entre estes usuários e os hipertensos, destacamos como grande fator o interesse do usuário em controlar de forma mais intensa seus índices glicêmicos.

Existe culturalmente (na cidade de Poço Branco) o costume de pacientes diabéticos serem menos cuidadosos com a saúde de forma geral (expressa pelo elevado número de faltosos) a garantia de aproveitar as consultas e palestras para transmitir esses conhecimentos que despertem sua atenção para o autocuidado é fundamental. O índice alcançado de 100% estimula a todos na equipe e trás a observação de melhoria na avaliação destes usuários, que anterior a intervenção possuía os índices mais baixos.

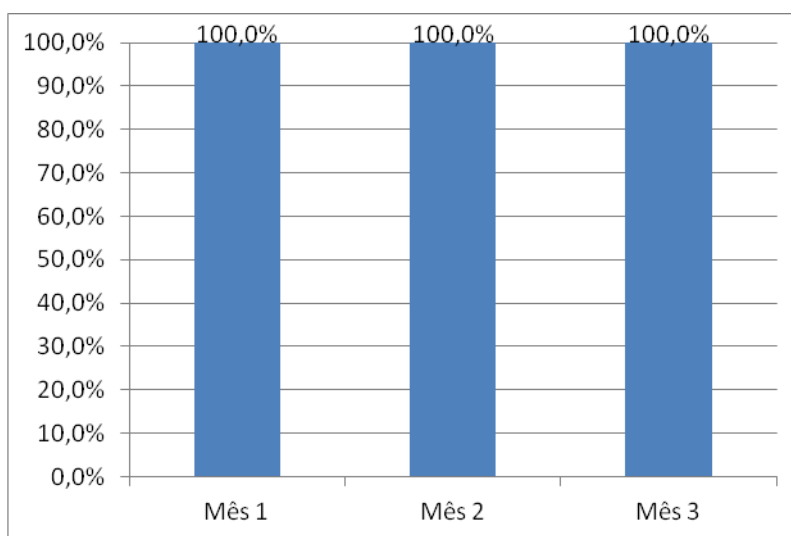


Figura 37: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular

Fonte: Planilha de coleta de dados, Poço Branco-RN, 2014

6.5 - Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo: Evolução: mês 1 98,6% mês 2: 96,6% mês 3: 98,9%

Avaliando agora as orientações sobre o risco do tabagismo percebemos os dados sobre promoção da saúde se mantém de forma semelhante aos dos demais

indicadores sobre hipertensos demonstrados até o momento. Por esse indicador nossa avaliação sobre a orientação dos riscos do tabagismo, percebida pelo gráfico da figura 21, demonstra que essa informação foi fornecida a um total de 176 usuários hipertensos atingindo a meta final de 98,9% bem próxima a esperada de 100%.

Ficamos com os seguintes indicadores cada mês: no primeiro mês foram orientados 71 usuários (98,6%), no segundo mês houve um decréscimo em percentual e uma elevação numérica para 140 (96,6%) e no terceiro e último mês ambos os indicadores subiram chegando a meta final de 98,9%.

Em todos os dados referentes aos hipertensos matemos a observação pertinente ao mês 2, onde enfrentamos dificuldades com ausência de profissionais e para realizar duas palestras sobre hipertensão e diabetes que englobam os aspectos nutricionais de cada um. Os índices apresentaram queda, mas de forma importante foi perceber que no mês subsequente essas dificuldades foram resolvidas e as orientações voltaram a ter maior abrangência.

Os hábitos saudáveis são primordiais na base do tratamento dos hipertensos e diabéticos, pois sabemos que o tabagismo eleva de forma global o risco para eventos cardiovasculares, sendo inclusive um dos parâmetros para classificação dos usuários. Um dos tópicos abordados e que englobam as modificações do estilo de vida incluem a suspensão do tabagismo, orientar sobre seus malefícios é o primeiro passo.

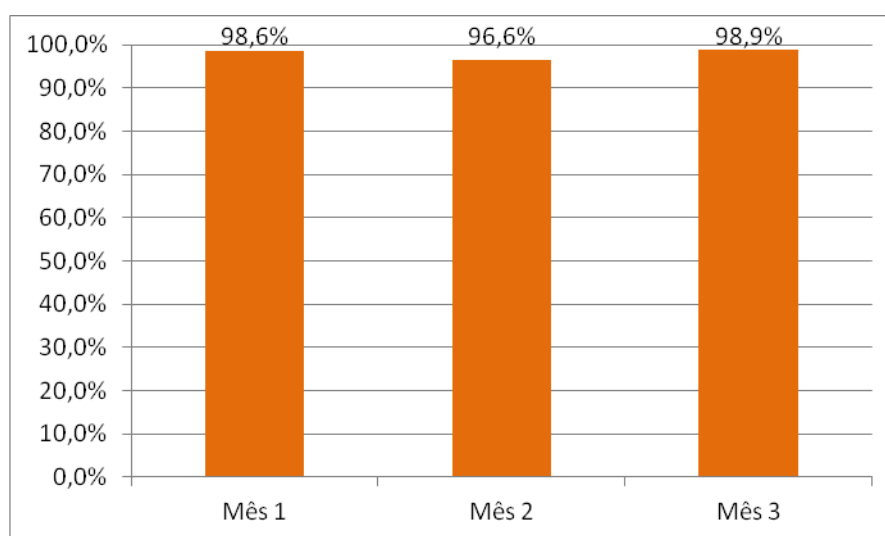


Figura 38: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo  
Fonte: Planilha de coleta de dados, Poço Branco-RN, 2014

6.6 - Indicador: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo: Evolução: mês 1: 100% mês 2: 100% mês 3: 100%

Realizando nossa avaliação dos indicadores de orientação sobre práticas de atividades físicas percebemos pelo gráfico da figura 20 que ele se forma como um platô mantendo todos os índices em 100%. Estes usuários receberam de forma adequada as informações alimentares, em um total de 44 usuários diabéticos atingindo a meta final de 100% semelhante ao esperado pela meta.

Dessa forma ficamos com os seguintes indicadores cada mês: no primeiro mês foram orientados 15 usuários (100%), no segundo mês houve uma elevação numérica para 32 (100%) e no terceiro e último mês os indicadores registraram 44 usuários avaliados, permaneceram com 100% de cobertura. Semelhante ao indicador 6.2 sobre orientações nutricionais.

Observando os registros conseguimos observar que tivemos mais êxito nas orientações das atividades físicas, alimentares e risco de tabagismo nesse grupo de pacientes. Refletindo sobre a diferença entre estes usuários e os hipertensos, destacamos como grande fator o interesse do usuário em controlar de forma mais intensa seus índices glicêmicos e a atenção as orientações.

Como cerca de 40% destes usuários retornaram a unidade devido a busca ativa, estes retornam mais atentos e interessados em retornar seu tratamento e rastrear a evolução de suas patologias. Os hábitos saudáveis são primordiais na base do tratamento dos hipertensos e diabéticos, pois sabemos que o tabagismo eleva de forma global o risco para eventos cardiovasculares, sendo inclusive um dos parâmetros para classificação dos usuários.

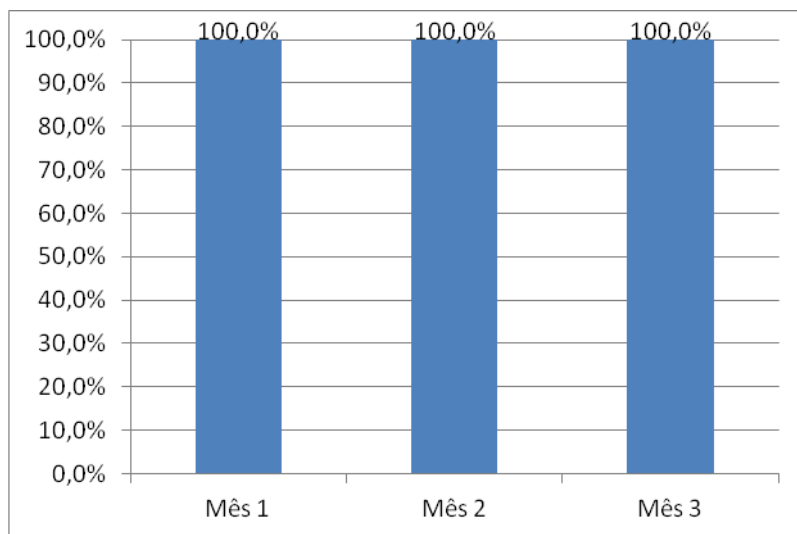


Figura 39: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

Fonte: Planilha de coleta de dados, Poço Branco-RN, 2014

6.7 - Indicador: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal: Evolução: mês 1: 98,6% mês 2: 96,6% mês 3: 98,9%

Em nosso ultimo indicador voltado ao grupo de hipertensos, nossa avaliação dos indicadores de orientação sobre higiene bucal percebemos pelo gráfico da figura 23 uma semelhança numérica entre este e o indicador anteriores, com a queda de um registro de usuário. Essas informações foram realizadas a um total de 175 usuários hipertensos atingindo a meta final de 98,9% bem próxima a esperada de 100%.

Os seguintes indicadores foram obtidos cada mês: no primeiro mês foram orientados 71 usuários (98,6%), no segundo mês houve um decréscimo em percentual e uma elevação numérica para 139 (96,6%) e no terceiro e ultimo mês ambos os indicadores subiram chegando a meta final de 98,9%.

Analisando esses dados conseguimos observar que no mês 2, onde enfrentamos dificuldades com ausência de profissionais e dificuldade em realizar duas palestras sobre hipertensão e diabetes que englobam os aspectos sobre a importância da prática de exercício, os índices apresentaram queda, mas de forma importante foi perceber que no mês subsequente esses erros foram resolvidos e as orientações voltaram a ter maior abrangência.

A higiene bucal é ponto frequentemente esquecido nas consultas de rotina dos usuários, garantir o enfoque nesta avaliação através da intervenção veio chamar

atenção aos profissionais sobre a sua necessidade e garantir a população retirar dúvidas pertinentes conosco.

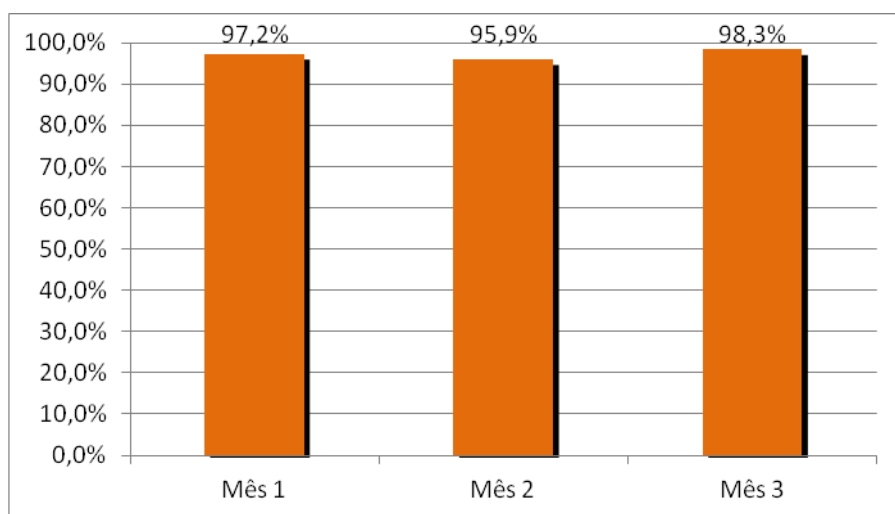


Figura 40: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal  
Fonte: Planilha de coleta de dados, Poço Branco-RN, 2014

6.8 - Indicador: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal: Evolução: mês 1: 100% mês 2: 100% mês 3: 100%

Realizando nossa avaliação dos indicadores de higiene bucal percebemos pelo gráfico da figura 24 que ele se forma como um platô mantendo todos os índices em 100%. Estes usuários receberam de forma adequada as informações sobre higiene bucal, em um total de 44 usuários diabéticos atingindo a meta final de 100% semelhante ao esperado pela meta.

Dessa forma ficamos com os seguintes indicadores cada mês: no primeiro mês foram orientados 15 usuários (100%), no segundo mês houve uma elevação numérica para 32 (100%) e no terceiro e último mês os indicadores registraram 44 usuários avaliados, permaneceram com 100% de cobertura. Semelhante ao indicador 6.2, 6.4 e 6.6.

Analisando esses dados conseguimos observar que conseguimos obter mais existo nas orientações voltadas aos diabéticos, nesse aspectos analisando todo o objetivo desses indicadores concluímos que ao que envolve o processo de promoção a saúde essas orientações ocorreram de forma

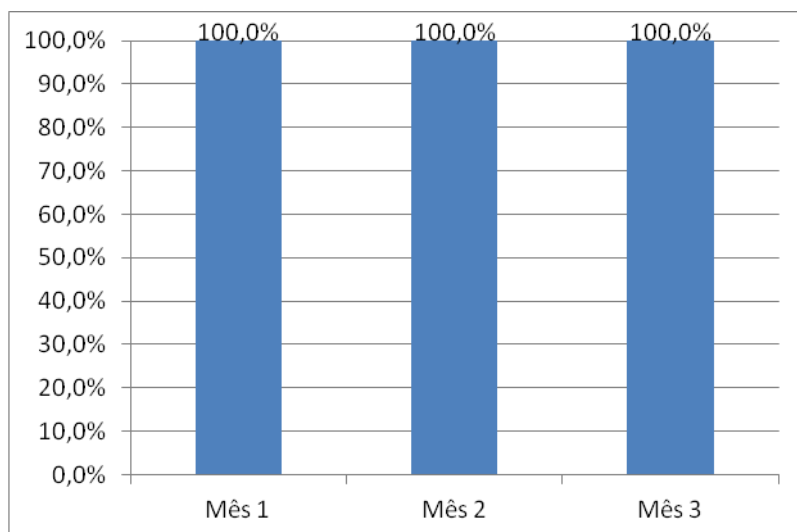


Figura 41: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal  
Fonte: Planilha de coleta de dados, Poço Branco-RN, 2014

## 4.2 Discussão

A intervenção, em nossa unidade básica de saúde, gerou diversas melhorias no atendimento a saúde dos usuários do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos. Dentro destas ressaltamos a ampliação no acesso a este grupo de usuários, tendo de forma organizada o gerenciamento de suas demandas e sua presença dentro do calendário da UBS.

O projeto implantado melhorou a forma de registro e a obtenção de informações sobre a qualidade da saúde abordando aqui aspectos do exame clínico como exame dos pés diabéticos, medidas da cintura abdominal, cálculo do IMC e acuidade visual. Referindo-se a quantidade melhoramos os números obtidos e os cadastros destes no programa HIPERDIA, agora é possível saber de forma nominal todos os usuários participantes, através da planilha de dados e do cadastramento

Contribuiu de forma significativa para o crescimento, organização, união e capacitação da equipe, onde foram difundidos conhecimentos básicos sobre as patologias hipertensão e diabetes, assim como criado um fluxograma para melhor manejo destes através do uso das classificações de risco (realizada pelo risco cardiovascular). Os agentes comunitários de saúde foram inseridos de forma mais efetiva nesse processo, devido sua proximidade com a população, a organização através de calendários e agendamentos contribuiu para aproximar a unidade dos usuários.



A intervenção possuiu um papel importante em nossa equipe multidisciplinar, a começar pelo seu planejamento que uniu a equipe em busca do objetivo comum de qualificarmos para a prestação de um serviço de qualidade. Inicialmente organizamos reuniões, calendário e questões administrativas locais, despertando em cada um o poder de observar e vê como podíamos melhorara a prestação do serviço a população.

Após esse período, iniciamos a capacitação, onde buscamos seguir as recomendações determinadas pelo Ministério da Saúde (MS) através do seus Cadernos de atenção básica sobre hipertensão (HAS) e diabetes (DM), estes que embasaram nossos conceitos e ampliou a visão do trabalho e atribuições de cada profissional. Conseguimos assim organizar nossa triagem, garantir o rastreamento adequado, o acolhimento e a organização da demanda.

Acreditamos que o processo vivenciado pela intervenção garantiu crescimento pessoal para cada componente da nossa equipe, exemplificaremos como ficaram as atribuições na UBS. Na recepção, de uma forma geral ficou responsável pelo acolhimento inicial, orientações funcionamento e agendamento, retirada de prontuários, registro dos presentes e ausentes nas consultas e solicitação de triagem. Os atendimentos clínicos são realizados pela enfermeira, médica e odontologista, seguindo os intervalos estabelecidos no caderno de atenção básica baseados no risco cardiovascular e nos seguimentos pré-estabelecidos, a avaliação completa dos usuários, principalmente sobre o uso das medicações, modificação do estilo de vida, exames laboratoriais, e aqui reforçamos o acompanhamento dos níveis glicêmicos e exame dos pés, medida pouco frequente pelos profissionais e com grande desconhecimento dos usuários.

Na farmácia a dispensação de medicações é realizada pelas técnicas de enfermagem, assim durante a capacitação fizemos uma revisão sobre as medicações usuais e posologias recomendadas além do registro semanal da quantidade de medicações presentes na unidade para melhor controle dos estoques.

O elo principal entre as a comunidade e os usuários foram os agentes comunitários de saúde (ACS), seu papel foi intensificado e reconhecido pela equipe. O processo de agendamentos, baseando muitas vezes na estratificação de risco e

nas consultas em atraso. Importante ressaltar aqui a maior presença dos diabéticos nos dois últimos meses, intensificado pelos ACS.

Objetivamos seguir as recomendações do MS, do rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento de suas patologias, além de garantir a promoção da saúde, esta que após a capacitação tornou todos os profissionais aptos para disseminação de medidas de saúde para diminuir os fatores de risco associados a DM e HAS.

Para o serviço observamos que vários aspectos foram melhorados e incorporados a rotina, antes da implantação da intervenção não existiam ações voltadas para os usuários do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos, estes buscavam a unidade para renovação de receitas e algumas consultas, para acompanhamento de exames laboratoriais ou queixas de má controle pressórico e/ou glicêmico.

Após as ações executadas a população iniciou uma visão diferente sobre o manejo de suas patologias, despertando o interesse da população da nossa área para suas complicações e acompanhamento. As palestras educativas apresenta resistência, inicialmente, mas a cada semana percebemos que novos usuários comparecem e ampliam números da planilha de dados. Observar que o trabalho de intervenção é contínuo, em constante crescimento de cadastro e participantes.

A equipe como ser tornou responsável pela avaliação desses usuários, cada um a sua maneira, com suas atribuições diferindo do processo anterior, onde a prioridade era renovar as medicações de uso contínuo sem uma avaliação global. Além disso a implantação de fichas espelhos, garantiu um registro adequado das informações, facilitando as próximas avaliações, além de possuir a classificação de risco cardiovascular facilitando o processo de agendamento e de prioridade de atendimentos pelo fluxograma, apesar de nem sempre ser o critério principal utilizado na organização das demandas, o risco cardiovascular chama atenção para um evento agudo de risco.

Apesar do curto tempo de implementação efetiva do projeto, já percebemos impacto significativos. Não em indicadores gerais, mas de forma pessoal de cada usuário. O controle de níveis pressóricos e glicêmicos de vários usuários, que anteriormente eram ausentes às consultas ou com exames em atraso é uma das conquistas do projeto.

Uma medida que gerava dúvidas sobre seu impacto, mas com a continuidade é visto excelentes resultados é a palestra de temas relevantes. Interessante perceber que os usuários começam a divulgar suas experiências e a compartilhar dicas alimentares e de exercício. Existe até pacientes da rua 15 de Novembro, que realizam grupos para caminhadas após as orientações da palestra. Alguns usuários suspenderam o uso do cigarro e do álcool após demonstrar que eles elevavam o risco cardiovascular.

Nas semanas subsequentes as avaliações da planilha de coleta de dados elevaram para 80% nossa cobertura, o que nos faz acreditar que a tendência é englobar cada vez mais participantes as ações do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos. O agendamento destes usuários foi uma das medidas que garantiram melhor adesão aos atendimentos, já que estamos falando de patologias crônicas, solicitar que estes compareçam para retirar fichas limita o acesso e fazia com que alguns desistissem da consulta.

Com relação aos atendimentos prioritários, eles só ocorrem caso o paciente possua algum sintoma agudo (baseado no fluxograma), se o paciente apresentar um risco cardiovascular elevado, idosos e deficientes. Pois como temos muitos usuários jovens, sem nenhuma outra limitação fora a patologia, garantimos que estes aguardem o atendimento de forma semelhante aos demais usuários.

O processo de intervenção apesar de possuir cronograma, caso fossemos começar uma intervenção hoje, após todas as experiências vividas durante esses meses daríamos um maior enfoque na interação com a gestão pública (Secretaria Municipal de Saúde), já que algumas dificuldades foram pela ausência de material (fichas), de equipamentos (glicoteste) e da divulgação para população através dos carros de som. Outra medida que não conseguimos realizar de forma efetiva foi a realização das fundoscopia pela ausência de oftalmoscópio.

Em nossa intervenção não identificamos um líder comunitário, possuía vários usuários com postura mais comunicativa e que era responsável por pequenos grupos. Dessa forma não conseguimos um referencial no aspecto da liderança. Outro ponto que poderia ser melhorado era explicar melhor para população como ocorria o funcionamento da ação de intervenção. Obviamente que devido a grande área de abrangência a informação não chegou a todos de imediato, mas gradualmente os usuários foram se habituando.

A maior dificuldade na compreensão do dia destinado ao programa de atenção aos hipertensos e diabéticos ocorreu devido a dificuldade e a forma como as informações vinham sendo disseminadas. Quando os usuários compareciam pedindo fichas para serem atendidos, as recepcionistas orientavam: “hoje é dia de tal agente de saúde” ou “hoje é apenas para hipertensos e diabéticos”, assim algumas pessoas começaram a acreditar que não havia médico em atendimento naqueles dias. Essa orientação foi corrigida, mas poderia ter sido abordado antes de implantarmos a intervenção.

Ao que presenciamos atualmente com o projeto de intervenção, acredito que ele já vem incorporado ao processo de trabalho e a rotina da população na unidade. A informação fornecida aos usuários foi uma das formas que contribuíram para que isso pudesse funcionar com a participação adequada, perceber que o reconhecimento das atividades também foram divulgadas entre os usuários, sendo um dos parâmetros sobre a satisfação destes.

A falta de informação sobre vários indicadores, foi uma dificuldades na avaliação realizadas antes da intervenção. Hoje em dia acredito que além de presente na planilha de coleta de dados, esses dados são facilmente obtidos nos prontuários dos usuários. Ampliar o número de fichas espelho e preenchimento adequado garante a obtenção destes indicadores.

A intervenção tem grande viabilidade, principalmente quando avaliamos os indicadores obtidos comparados com os disponíveis, grande parte das avaliações nem eram realizadas. Quando comparamos o número de participantes hipertensos e diabéticos, os controles pressóricos e glicêmicos, uso correto de medicações e consultas como recomendado pelo MS percebemos de forma clara as melhorias e quanto o estímulo para a permanência da intervenção é relevante.

Nos próximos meses, esperamos manter a intervenção, com as mesmas ações já realizadas e garantindo sempre o número adequado de material impresso: fichas espelhos, panfletos e cartazes. Acompanhar as medicações da farmácia popular foi outra medida efetiva, mas que deve ser melhor articulada com a farmácia central da cidade, medida que já vem sendo realizada após a chegada da nova técnica de enfermagem pelo processo seletivo do município.

#### 4.3 Relatório da intervenção para comunidade

Caros usuários,

Após 13 semanas realizando a intervenção na saúde dos usuários hipertensos e diabéticos, tentando fazer com que a unidade de saúde PSF II da cidade de Poço Branco/RN, obtivemos melhoria na qualidade dos atendimentos.

Toda nossa ação se baseou na necessidade de atendimento desse grupo específico, que, devido à ausência de dados e registro adequado, era difícil realizar e comprovar o efeito das medidas ideais para esse grupo.

O objetivo geral de nossa intervenção é a melhoria da Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos da ESF II, Poço Branco-RN. Para alcançarmos esse objetivo analisamos cada atendimento prestado, separando-os em objetivos específicos.

As ações previstas foram anotadas em nosso cronograma de ações que era possível toda a equipe de saúde acompanha-las e questiona-las que iriam ser realizadas e as que não foram efetivamente realizadas. Conseguimos, nesse período de intervenção, implementar a maioria das ações almejadas, dentro destas a principal foi a incorporação do projeto de intervenção à rotina do funcionamento da UBS.

Iniciando pelo crescimento da cobertura (número total) de hipertensos e/ou diabéticos, com controles e acompanhamentos mais rigorosos. Iniciou a divulgação do processo e as atividades de habilidades da equipe para realizar busca ativa, agendar consultas, organizar as pessoas que vão a unidade de saúde, seguir fluxogramas e entender um pouco mais sobre as doenças (pressão alta e diabetes). Os próprios usuários participaram da divulgação dessas informações, motivo este pelo qual envio esse relatório.

Outro objetivo da ação é garantir a melhoraria da qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos, garantindo atendimento clínico completo e singular, voltado, principalmente, para as alterações mais comuns que podem evoluir de forma grave, entra nessas medidas a avaliação da sensibilidade dos pés dos usuários, tanto hipertensos como diabéticos, pensado nas dormências dos pés e mãos e nas doenças vasculares periféricas; avaliação do fundo de olho (feita pelo oftalmologista); solicitação de exames laboratoriais específicos e valorizar queixas consideradas vagas: tontura, mal-estar, dormências, falta de apetite e astenia.

Os atendimentos foram iniciados dessa maneira, desde outubro de 2014, onde na unidade possuímos um cartaz com a sua programação..

Ações:

- Ficha espelho
- Medidas antropométricas,
- Medicamentos da farmácia popular,
- Exame físico específico,
- Exames complementares em dia,
- Avaliação do risco cardiovascular
- Palestras abertas a todos os demais usuários

Realizamos agora agendamento dos atendimentos para que naquele dia os usuários destinados por cada ACS comparecesse a UBS com a certeza do atendimento pela equipe, dando prioridade aos de maior risco cardiovascular.

Promover a saúde de hipertensos e diabéticos é uma das formas de disseminar informações e métodos para o controle adequado e a prevenção de eventos graves. Nas quintas-feiras, realizamos palestras educativas, diálogos em grupo, lanche coletivo e distribuição de panfletos buscando desenvolver e estimular mais cada usuário ao auto cuidado.

Dados da unidade nesse período (3 meses) atendemos cerca de 73,6% dos hipertensos da nossa área e 84,6% dos usuários diabéticos, chegando a um total de 222 usuários nesse período. Garantindo as medidas necessárias para seu cuidado com a saúde. Lembramos aqui também que 95% destes fazem uso de medicamentos da farmácia popular de forma gratuita. Durante os atendimentos 99% deste usuários receberam orientação sobre promoção e cuidados com a saúde (alimentação saudável, exercício físico, tabagismo, uso de álcool e drogas

À medida que o tempo for passando, acreditamos que a ideia de acompanhamento periódico vá sendo disseminada e aproximando cada vez mais este grupo de usuários até a unidade de saúde. Ao encontrar uma equipe capacitada, organizada e com gerenciamento dos fluxos e demandas o número de participantes venha a se elevar, garantindo, de forma efetiva, a melhoria ainda mais abrangente da qualidade da saúde local à população.

Att, Nayara Queiroz

#### 4.4 Relatório da intervenção para os gestores

Caros gestores,

Após 13 semanas realizando a intervenção na saúde dos usuários hipertensos e diabéticos obtivemos dados e informações pertinentes para avaliar o desempenho da equipe os indicadores para avaliar os objetivos das atividades idealmente implantadas.

Antes de iniciar o processo da intervenção efetivamente, realizamos a capacitação da equipe multidisciplinar, abordando as patologias diabetes e hipertensão, de forma ampla desde sua fisiopatologia até o manejo terapêutico. Ressalto aqui que a equipe de ESF II se mostrou bastante aberta a essas atividades de qualificação, ação essa que esperamos ser incentivada sempre.

Como toda intervenção ela se baseou na necessidade de avaliação desse grupo específico de usuários, que devido à ausência de dados e registro adequado era difícil realizar e comprovar a eficácia das medidas idealizadas para esse grupo de usuários.

As ações realizadas durante a intervenção:

- Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos;
- Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.
- Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa;
- Melhorar o registro das informações;
- Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular;
- Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

As ações foram registradas em nosso cronograma do projeto de intervenção para que toda a equipe de saúde pudesse acompanhar e questionar as ações que iriam desenvolver e as que não foram efetivamente realizadas. Conseguimos, nesse período, implantar grande parte das ações almejadas, dentro destas a principal foi a incorporação do projeto de intervenção à rotina do funcionamento da UBS.

Iniciando pela ampliação da cobertura a hipertensos e/ou diabéticos que se iniciou quando realizamos as reuniões antes da elaboração da intervenção e foi vista a necessidade de trabalhar de forma mais direta com esse grupo de usuários, com controles e acompanhamentos mais rigorosos embasados em literatura atualizada.

No que se refere à capacitação, a maior dificuldade foi por problemas administrativos da UBS, pois tivemos a saída de profissionais e tivemos que acrescentar mais um momento para realizar de forma efetiva a capacitação, já que dentro da capacitação abordávamos o papel de cada profissional no processo de cuidado a esse grupo específico.

O cadastramento dos usuários foi reestimulado, quando muitos agentes comunitários possuíam registros pessoais dos seus usuários pelo cadastro do HIPERDIA, mas não existiam informações coletivas sobre a nossa área de abrangência. Uma forma de tentar demonstrar de forma prática o registro e importância dos dados apresentamos a planilha de coleta de dados e a ficha espelho que serviria de moldes para retirarmos as informações necessárias para avaliar nossas ações.

Entramos em contato com líderes religiosos e comerciantes para divulgar e ampliar o processo de conhecimento da população, realizando a fixação de cartazes e panfleto que buscavam despertar o autocuidado e sanar dúvidas. Essa ação aconteceu de forma efetiva, mas fora do prazo estimado inicialmente.

Outro objetivo da ação era garantir a melhoria da qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos, entra nessas medidas a avaliação da sensibilidade dos pés dos pacientes, tanto hipertensos como diabéticos, pensado nas neuropatias e nas doenças vasculares periféricas; avaliação da fundoscopia (sendo necessário encaminhar pela ausência de oftalmoscópio); solicitação de exames laboratoriais específicos e valorizar queixas consideradas vagas: tontura, mal-estar, dormências, falta de apetite e astenia.

As medidas antropométricas, medicações da farmácia popular, exame físico específico, exames complementares em dia, avaliação do risco cardiovascular foram os grandes parâmetros que comprovaram a eficácia das ações e a abrangência delas sobre parte dos usuários. Todas essas ações iniciaram em conjunto com o atendimento clínico, sendo realizado sempre no dia destinado aos usuários hipertensos e diabéticos e em outros momentos aos quais os usuários compareciam a unidade.

Agendamos os atendimentos para que naquele dia os usuários destinados a cada ACS comparecessem a UBS com a certeza do atendimento pela equipe. O foco desta ação foi melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa,



agendando retornos e transparecendo a dada que o mesmo deve retorna para o acompanhamento.

Sabemos que a prevenção é uma grande arma no combate a HAS e DM, a partir de dietas, exercício físico e controle (em fases ainda iniciais) dos níveis tensionais e glicêmicos dos usuários e seus familiares. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos é uma das formas de disseminar informações e métodos para o controle adequado e a prevenção de eventos graves associados a essa patologia, eventos esse que é no Brasil a principal causa de óbitos. Nas quintas-feiras, realizamos palestras educativas, diálogos em grupo, lanche coletivo e distribuição de panfletos buscando desenvolver e estimular mais cada usuário ao auto cuidado.

Os dois pontos de maior dificuldade das ações programadas e que não ocorreram foi à realização da fundoscopia. Além disso, ausência de reuniões efetivas com a gestão municipal, para fazer conhecer a execução do projeto de intervenção, importante perceber que essa medida ainda pode ser realizada. Existiu no desenrolar dessas semanas, dificuldade na impressão de material em quantidades adequadas, algumas vezes chegando a faltar folhas da ficha espelho.

Todas as ações realizadas acima foram fruto do trabalho em equipe e da relação com a gestão pública municipal. Considerando os dados obtidos, percebemos que a intervenção trouxe diversas melhorias, principalmente, de qualidade para os usuários. Reforçamos aqui o trabalho em equipe, com a possibilidade de gestão em saúde mais próxima da unidade a qual facilitaria o processo e o encontro de solução para as barreiras encontradas. Com o passar do tempo, o conhecimento da população sobre o tema será maior e, assim, esperamos melhor repercussão em sua saúde, diminuindo o número de eventos cardiovasculares graves.

A secretária municipal de saúde é mais um elo entre os usuários e o sistema de saúde local, dessa maneira gradativamente esperamos uma maior interação entre nossa equipe e a SMS, com objetivo principal de retornar em melhorias da saúde aos usuários.

Att, Nayara Queiroz

## **5 Reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem**

Ao iniciar os estudos para especialização em saúde da família, entendia o processo de aprendizagem que envolveria o processo de gerir e coordenar a atenção à saúde local. Durante cada semana que se passava ia entrando e compreendendo melhor o universo que envolve um profissional da atenção básica.

Observando expectativas iniciais e comparando com os resultados que obtive após esses meses de estudo e ações, percebi que a especialização me acrescentou muito mais do que poderia imaginar. Do ponto de vista prático, intelectual, humano e científico, despertou um maior desejo de aprender, de observar, criar hipóteses e estudos científicos. O auxílio dos orientadores e colegas através dos fóruns e do diálogo foram ferramentas que aproximaram a realidade de cada especializando com a qual vínhamos presenciando em nossa UBS, gerando uma possibilidade de comparar os processos administrativos em cada cenário.

Iniciamos nossos estudos observando nossa área de abrangência, levantando as dificuldades, compreendendo o cenário socioeconômico da população, as doenças mais prevalentes e as maiores dificuldades. Entendemos como funcionava nossa UBS do ponto de vista profissional e físico, comparando com os modelos idealizados. Esse foi o ponto de partida para entender em qual ponto poderíamos agir realmente sobre a nossa área de abrangência. Esse conhecimento crítico, aliando aspectos práticos e teóricos foi fruto dos diálogos e estudos oriundos da especialização.

Aprendemos de forma conjunta com os demais profissionais a avaliar os pontos falhos na unidade e criamos assim a intervenção sobre a população voltada aos usuários hipertensos e diabéticos. Perceber que saúde não se faz sozinho, foi mais uma bagagem adquirida nesse processo, ter aliados nesse processo, cada um com suas atribuições e deveres é uma forma importante de garantir uma melhor eficácia das ações.

Organizar a intervenção criou um censo crítico e o desejo de estudar as populações de forma a comparar os fatores de risco, a incidência e prevalência de

algumas patologias. A vontade de elaborar projeto é de ampliar o conhecimento foi uma das sementes plantadas pelo curso.

Durante a intervenção realmente colocamos a prova nossas habilidades através de conhecimentos na área médica, diálogos com a população e com os profissionais. Atendimentos clínicos, curso de capacitação para equipe, grupos de hipertensos e diabéticos, e palestras educativas foram formas de praticar o que aprendemos. Demonstrar a avaliação das planilhas e acompanhamento do cronograma exigiram bom senso, comprometimento e empenho de cada um da equipe.

Completo o curso com avaliação positiva, verificando um crescimento enorme do ponto de vista profissional. A bagagem de aprendizados e de conhecimentos após as ações são bem maiores, devido às leituras e as trocas de experiências. Considerando também as relações interpessoais que ocorreram nesse processo só complementaram ainda mais esses aprendizados.

## **Bibliografia**

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

BRASIL, Ministério da Saúde Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial: Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo. Brasília, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília, 2013

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores : 2013 – 2015. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília, 2013;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006

CERCATO, Cintia et al. Systemic hypertension, diabetes mellitus, and dyslipidemia in relation to body mass index: evaluation of a Brazilian population. *Rev. Hosp. Clin.* [online]. 2004, vol.59, n.3, pp. 113-118. ISSN 0041-8781.

DATASUS / Ministério da Saúde. Mortalidade (Óbitos p/Residência, Óbitos p/Ocorrência segundo, Causa CID 10), 2007

DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GROSS, J.L.; NEHME, M.. Detecção e tratamento das complicações crônicas do diabetes melito: Consenso da Sociedade Brasileira de Diabetes e Conselho Brasileiro de Oftalmologia. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo , v. 45, n. 3, July 1999

KAPLAN, N. M.; ROSE, B. D. Treatment of hypertension in the blacks. Disponível em: <http://www.uptodateonline.com> Acesso em: 11 jun. 2014.

MALERBI, D.A. Estudo sobre a prevalência do diabetes mellitus no Brasil. São Paulo, 1991. 154p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2010.

PUPPO, A.de A.; URSICH, M.J.M.; ROCHA, D.M. Estratégia do tratamento do diabetes. Rev.Assoc.Med.Bras., v. 32, n. 11-12, p. 208-212, 1986002E

SBC, SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. The Lancet, London, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, jun. 2011

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA;  
SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Diabetes Mellitus: recomendações nutricionais, 2005. Projeto diretrizes.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: WHO, 1999





Anexo 3– Planilha de Coleta de dados


The screenshot displays a Microsoft Excel spreadsheet titled "FB\_S8\_U2\_PCD\_Nayara\_17082014 [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel (Falha na Ativação do Produto)". The spreadsheet is organized into a data collection form with the following structure:

- Row 1:** Title "Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1" (Hypertensive and/or Diabetic Indicators - Month 1).
- Row 2:** Headers for data collection:
  - Coluna A: Dados para Coleta
  - Coluna B: Número do paciente
  - Coluna C: Nome do paciente
  - Coluna D: Idade do paciente
  - Coluna E: O paciente é hipertenso?
  - Coluna F: O paciente é diabético?
  - Coluna G: O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?
  - Coluna H: O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?
  - Coluna I: O paciente necessita tomar medicamentos?
  - Coluna J: Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?
  - Coluna K: O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?
  - Coluna L: O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?
  - Coluna M: Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?
- Row 3:** Sub-headers for data entry:
  - Coluna B: de 1 até o total de pacientes cadastrados
  - Coluna C: Nome
  - Coluna D: Em anos
  - Coluna E: 0 - Não, 1 - Sim
  - Coluna F: 0 - Não, 1 - Sim
  - Coluna G: 0 - Não, 1 - Sim
  - Coluna H: 0 - Não, 1 - Sim
  - Coluna I: 0 - Não, 1 - Sim
  - Coluna J: 0 - Não, 1 - Sim
  - Coluna K: 0 - Não, 1 - Sim
  - Coluna L: 0 - Não, 1 - Sim
  - Coluna M: 0 - Não, 1 - Sim
- Rows 4-15:** Data entry rows with a green background. Column B contains numbers 1 through 12, representing patient IDs.

The spreadsheet interface includes the standard Excel ribbon (Arquivo, Página Inicial, Inserir, Layout da Página, Fórmulas, Dados, Revisão, Exibição) and a taskbar at the bottom showing system icons and the date 06/10/2014.



## Anexo 4 – Documento do comitê de ética



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

---

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo 5 – Banner “Eu sou 12por8”

**Quem tem bom coração combate a hipertensão**

**EU SOU 12POR8**

**PREVENIR A HIPERTENSÃO É UMA ESCOLHA. SÓ DEPENDE DE VOCÊ.**

26 de abril - Dia Nacional de Combate e Prevenção à Hipertensão Arterial

**HIPERDIA**

**PREFEITURA DA ASSU**  
trabalho e trabalho

**EU SOU 12POR8**

## Apêndice

### Apêndice 1 – Cartilha hipertensão frente

Nome:				
Idade:				
Data	Peso	Altura	IMC	PA
Data	Risco cardio	HGT	Cintura	

**Elaboração e apoio:**





**CARTILHA DE ORIENTAÇÕES AOS  
USUÁRIOS SOBRE PROGRAMA  
HIPERDIA**




**Poço Branco - RN**

## Apêndice 2 – Cartilha hipertensão verso



### O que é hipertensão arterial ou pressão alta?

A hipertensão arterial ou pressão alta é quando a **pressão que o sangue exerce nas paredes das artérias** para se movimentar é muito forte, ficando acima dos valores considerados normais



### Quando uma pessoa é considerada hipertensa?

A pessoa é considerada hipertensa quando a sua pressão arterial estiver maior ou igual a **140/90 mmHg** (ou 14 por 9). Para essa consideração, os dados devem ser medidos várias vezes, de forma correta, com aparelhos calibrados e por profissional capacitado.

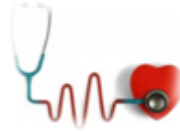
### Sou hipertenso. O que devo fazer?

- Meça sua pressão arterial regularmente
- Tenha uma alimentação saudável e pratique atividade física
- Siga as orientações do seu médico; elas contribuirão para o controle da pressão arterial e para a diminuição dos riscos de doenças cardiovasculares



### Quais as pessoas com maior risco de se tornarem hipertensas?

Aquelas com excesso de peso, que não tem uma alimentação saudável, ingerem muito sal, não fazem exercícios físicos, consomem muita bebida alcoólica, são diabéticos ou têm familiares hipertensos. O risco aumenta com a idade. Após os 55 anos, mesmo as pessoas com pressão arterial normal, têm 90% de chances de desenvolver a hipertensão.



### Quais os sintomas da pressão alta?

A maioria das pessoas com pressão alta não apresenta nenhum sintoma no início da doença, por chamada de "inimiga silenciosa". A única forma de saber se a pressão está alta é verificando regularmente. Os sintomas atribuídos ao aumento da pressão são dor de cabeça, cansaço, tonturas, sangramento pelo nariz, entre outros, porém esses podem não estar associados à pressão alta.



### O Programa HIPERDIA:

O programa Hiperdia encontra-se disponíveis em todas as unidades de saúde e tem como objetivo o cuidado a pacientes com diabetes e hipertensão, assim caso ainda não seja acompanhado ou cadastrado na unidade procure a mais próxima da sua residência e faça seu acompanhamento.

**O controle da pressão alta está em suas mãos!**

Apêndice 3 – Cartilha diabetes frente

Nome:				
Idade:				
Data	Peso	Altura	IMC	PA
Data	Risco <u>cardio</u>	HGT	Cintura	



Elaboração e apoio:



**CARTILHA DE ORIENTAÇÕES AOS  
USUÁRIOS SOBRE PROGRAMA  
HIPERDIA**



Poço Branco - RN

## Apêndice 4 – Cartilha diabetes verso



### O que é Diabetes Mellitus?

Diabetes é uma doença metabólica caracterizada por aumento da glicemia (açúcar no sangue). Quando se tem diabetes, o corpo não produz insulina, ou não produz o suficiente. A insulina é um hormônio produzido no pâncreas que promove a entrada da glicose nas células para gerar energia.



### Quais os sinais e sintomas?

- Machucados que demoram a cicatrizar;
- Urinar a todo momento (poliúria);
- Visão embaçada;
- Náuseas e vômitos;
- Infecções vaginais;
- Problemas sexuais;
- Formigamento nos pés;
- Muita sede (polidipsia);
- Fome exagerada (hiperfagia);
- Perda de peso;
- Urinar na cama (crianças);
- Fraqueza e cansaço;
- Infecções de pele e coceira;
- **Pode não sentir nada em grande parte dos casos!**



### Como se dá o diagnóstico do diabetes?

VALORES DE GLICOSE PLASMÁTICA (mg/dl) PARA DIAGNÓSTICO DE DM E SEUS ESTÁGIOS PRÉ-CLÍNICOS.			
Categoria	Jejum*	2h Após 75g Glicose	Casual **
Glicemia normal	< 100	< 140 (se realizada)	
Tolerância à glicose diminuída	≥ 100 A < 126	≥ 140 e < 200	
DM	≥ 126	≥ 200	≥ 200

\*O jejum é definido como a falta de alimento de no mínimo 8 horas.

\*\*Glicemia plasmática casual é aquela realizada a qualquer hora do dia, sem observar o intervalo da última refeição.



### Como realizar o tratamento?

- ✓ As medicações devem ser administradas conforme orientação médica;
- ✓ A alimentação para o paciente diabético deve ser equilibrada, contendo todos os nutrientes;
- ✓ O exercício físico proporciona melhora do controle do diabetes, da hipertensão e do colesterol no sangue, diminuindo o risco de infarto e derrame, controle de peso;



### Se não tratar o que posso ter?

### COMPLICAÇÕES!

- ❖ Infarto do miocárdio;
- ❖ Acidente Vascular Cerebral (derrame);
- ❖ Oclusão Arterial.
- ❖ Retinopatia Diabética (perda da visão, cegueira);
- ❖ Nefropatia Diabética (acometimento renal);
- ❖ Neuropatia Diabética (Comprometimento dos nervos periféricos – dormência);
- ❖ Pé Diabético (Deformidades, ulcerações, risco de amputação).

#### LEMBRE-SE:

**O DIABETES NÃO TEM CURA, MAS PODE SER CONTROLADO COM GLICEMIA CONTROLADA, COM UMA ALIMENTAÇÃO BALANCEADA, COM PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA E SE NECESSÁRIO, COM MEDICAMENTOS. O PACIENTE DIABÉTICO TERÁ UMA VIDA SAUDÁVEL!**