

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Departamento de Medicina Social  
Curso de Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 4



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção aos portadores de Hipertensão Arterial  
Sistêmica e Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde da Família no  
Município de Paripiranga- BA**

Elisângela Costa Almeida

Pelotas, 2014

**Elisângela Costa Almeida**

**Melhoria da Atenção aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde da Família no Município de Paripiranga- BA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância – UFPEL/UNASUS, Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Maria Emília Nunes Bueno

Pelotas, 2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas  
Catalogação na Publicação

A314m Almeida, Elisângela Costa

Melhoria da atenção aos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus da Unidade de Saúde da Família no município de Paripiranga- BA / Elisângela Costa Almeida ; Maria Emilia Nunes Bueno, orientadora. — Pelotas, 2014.

61 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Hipertensão. 4. Diabetes Mellitus. 5. Doença crônica. I. Bueno, Maria Emilia Nunes, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Carmen Lucia Lobo Giusti CRB: 10/813

## **Dedicatória**

*Dedico aos meus pais, Maria Helena e José Almeida, razão de minha vida. A minha filha Emylle Ariane.*

*As minhas colegas de trabalho (Aparecida, Kátia, Fernanda e Taís) e ao colega Rodolfo.*

*Meu agradecimento pessoal vai especialmente à colega de curso Sandra Míria que foi companheira fiel ao longo da caminhada.*

*A minha orientadora Maria Emília Nunes Bueno, pelo incentivo em dar continuidade ao curso e pela oportunidade de expressar meus anseios, apostou em meu potencial e tanto contribuiu para que eu conseguisse.*

## **Agradecimentos**

*A Deus por ter me oferecido a oportunidade de viver, evoluir a cada dia dando-me forças e iluminando meus caminhos para que pudesse concluir mais uma etapa da minha vida.*

*Ao meu pai José Almeida, por todo amor e dedicação que sempre teve comigo, homem pelo qual tenho maior orgulho de chamar de pai, meu eterno agradecimento pelos momentos em que estive ao meu lado, me apoiando e me fazendo acreditar que nada é impossível, pessoa que sigo como exemplo, pai dedicado, amigo, batalhador, que me deu forças para a realização deste trabalho;*

*A minha mãe Maria Helena, por ser tão dedicada e amiga, por ser a pessoa que mais me apoia e acredita na minha capacidade, meu agradecimento pelas horas em que ficou ao meu lado não me deixando desistir e me mostrando que sou capaz de chegar onde desejo, sem dúvida foi quem me deu o maior incentivo para conseguir concluir esse trabalho;*

*A minha filha Emylle Ariane que sempre que eu pensava em desistir, me dava forças para continuar, sendo especial na minha vida e me ensinando que por mais que o caminho esteja difícil e doloroso devo prosseguir, pois lá na frente quando esse caminho já estiver no final, olharei para trás e me sentirei vitoriosa.*

*Aos meus irmãos pelo carinho e atenção que sempre tiveram comigo e pela confiança em mim depositada meu imenso agradecimento;*

*Ao meu vizinho Epifânio Rocha, por ter contribuído de forma gratificante para que eu conseguisse concluir o curso.*

*A minha orientadora, Maria Emília Nunes Bueno, pelo ensinamento, dedicação e compreensão;*

Esforça-te e tem bom ânimo; não temas nem te espantes; porque o Senhor teu Deus é contigo, por onde quer que andares. Josué: 1:9.

## Lista de Figuras

Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS de Paripiranga no município de Paripiranga, 2014. ....	37
Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS de Paripiranga no município de Paripiranga, 2014. ....	38
Figura 3: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa no município de Paripiranga, 2014. ....	39
Figura 4: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa no município de Paripiranga, 2014. ....	39
Figura 5: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo no município de Paripiranga, 2014. ....	40
Figura 6: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo no município de Paripiranga, 2014. ....	40
Figura 7: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo no município de Paripiranga, 2014. ....	41
Figura 8: Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo no município de Paripiranga, 2014. ....	42
Figura 9: Proporção de hipertensos com avaliação odontológica município de Paripiranga, 2014. ....	44
Figura 10: Proporção de diabéticos com avaliação odontológica município de Paripiranga, 2014. ....	44

## Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à saúde
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GM	Gabinete do Ministro
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da saúde
NASF	Núcleo de Apoio da Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
INCA	Instituto Nacional do Câncer
HIPERDIA	Sistema de cadastro e acompanhamento aos hipertensos e diabéticos
UBS	Unidade Básica de Saúde



## Sumário

1	Análise Situacional .....	10
1.1	Situação da Estratégia de Saúde da Família.....	10
1.2	Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3	Comparação entre o texto da Situação Estratégia de Saúde da Família e o Relatório da Análise Situacional.....	15
2	Análise Estratégica – Projeto de Intervenção.....	16
2.1	Justificativa.....	16
2.2	Objetivos e Metas.....	17
2.2.1-	Objetivo Geral .....	17
2.2.2	Objetivos Específicos .....	17
2.2.3	Metas.....	17
2.3-	Metodologia.....	19
2.3.1-	Ações e Detalhamento .....	19
2.3.2-	Indicadores.....	22
2.3.3-	Logística.....	26
2.3.4.	Cronograma de Atividades.....	28
3	Relatório da Intervenção .....	30
4-	Avaliação da Intervenção .....	37
4.1-	Resultados .....	37
4.2	Discussão.....	45
4.3-	Relatório para os Gestores Municipais.....	46
4.4-	Relatório para a comunidade .....	49
5.	Reflexão Crítica sobre Processo Pessoal de Aprendizado .....	52
	Referências Bibliográficas .....	53
	Anexos .....	54

## Resumo

ALMEIDA, Elisangela Costa. **Melhoria da Atenção aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde da Família no Município de Paripiranga- BA.** 2014. 61f. Trabalho Acadêmico (Especialização) – Programa de Pós- Graduação em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

A realização de um acompanhamento adequado, voltado para a prevenção e/ou detecção precoce da hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus, torna-se essencial para prevenir ou retardar o surgimento de possíveis complicações que podem afetar negativamente a qualidade de vida desses pacientes, como por exemplo, o surgimento de doenças cardiovasculares. Desta forma, o objetivo do presente trabalho foi de melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos da Unidade de Saúde da Família no Município de Paripiranga- BA. Num primeiro momento foi verificada a situação em que se encontrava a saúde do município e a partir daí traçamos objetivos e metas e iniciamos a intervenção, que foi desenvolvida em dezesseis semanas. Durante este período foram realizadas ações que englobaram o monitoramento e avaliação do programa, a qualificação da prática clínica, a organização e gestão do serviço, bem como ações voltadas para o engajamento público. A estimativa do número de pacientes foi de 319 hipertensos e 79 diabéticos. Destes, foram acompanhados pelo programa de atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos da UBS, 199 hipertensos e 79 diabéticos. Conseguimos alcançar uma cobertura maior que 60% nas duas populações. Realizamos o monitoramento dos dados e a busca ativa de cada hipertenso e diabético, faltosos nos atendimentos, fazendo cumprir a periodicidade das consultas previstas. Houve também melhoria no acolhimento, no cadastramento, na solicitação dos exames e vacinação. Foram realizadas também orientações nutricionais, sobre prática de atividade física regular e sobre os riscos do tabagismo para 100% dos hipertensos e diabéticos adscritos à UBS. Em conclusão, a intervenção veio ao encontro com a necessidade do município estabelecendo novas bases e ganhando esforços coletivos de profissionais de saúde, usuários e gestores onde juntos conseguimos melhorar a atenção aos hipertensos e diabéticos ganhando mais qualidade e humanização no atendimento prestado.

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

## **Apresentação**

O presente trabalho trata-se de uma intervenção realizada no município de Paripiranga-BA, visando melhorar a saúde dos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus e está subdividido nas seguintes partes:

A primeira formada pela Análise Situacional, na qual consta o levantamento de dados mostrando a verdadeira situação da UBS em relação às características da população, o engajamento público, a estrutura e o processo de trabalho na UBS.

A segunda parte é constituída pela Análise Estratégica, na qual foi elaborado o projeto da intervenção com duração de 4 meses enfocando a ampliação de cobertura e a melhoria da qualidade da ação programática escolhida com resultados mensuráveis.

A terceira parte está formada pelo relatório da intervenção constando as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, as que não puderam ser desenvolvidas, as dificuldades encontradas com análise da viabilidade da incorporação das ações à rotina da UBS.

A quarta parte está formada pela avaliação da intervenção formada pelos resultados, discussão, relatório para gestores e para a comunidade.

A quinta parte está formada por uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Situação da Estratégia de Saúde da Família.**

A Unidade Básica de Saúde a qual atuo, presta atendimento na zona urbana do município. A equipe é dividida em duas áreas, área1 (com 4021 pessoas cadastradas) e área 5 (com 3744 pessoas cadastradas). Quanto ao acesso existe a rampa de acesso para cadeirantes, banheiro adaptado e cadeira de rodas, mas para deficientes visuais não contamos com piso adequado e corrimão. O saneamento básico é um ponto importante para se ter uma boa saúde, para isso, é cobrado da secretaria de obras um maior desempenho na resolução do problema.

O comportamento dos profissionais com as famílias assistidas é excelente. Já conhecemos e construímos um feedback, pois sempre que procuram atendimento são bem recebidos e ficam satisfeitos, o qual ocorre de acordo com os princípios da universalidade, equidade e integralidade, sempre buscando atender e conhecer o indivíduo no seu aspecto biopsicosocial. Existe o conselho local de saúde, com reuniões frequentes, com a participação da comunidade, momento o qual é exposto as fragilidades existentes, sempre buscando inovar e resolver para que seja oferecido um atendimento de qualidade.

Os atendimentos não são realizados com marcações diárias, as mesmas são agendadas e o paciente sai com a consulta seguinte também agendada e só deixa de ir às consultas quando conclui o tratamento ofertado pela unidade de saúde. Não estamos atendendo a demanda correta no caso do tratamento odontológico por estar apenas com um consultório para as duas áreas (1 e 5). Diante de vários problemas com o acúmulo de atendimentos houve a necessidade da construção de outro gabinete odontológico e outro profissional para atender a área 1, que está em fase final, resolvendo o problema referente a espera dos pacientes. Contamos com uma unidade móvel que realiza atendimentos nos finais de semana de 15 em 15 dias na zona rural, levando atendimento aos que residem mais distante.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Paripiranga localiza-se na Zona Fisiográfica do Nordeste, ficando totalmente incluído no Polígono das Secas. Limita-se com os municípios de Cícero Dantas, Jeremoabo, Simão Dias e Poço Verde, os dois últimos do estado de Sergipe. A sede municipal fica distante 250 km da capital do estado. Atualmente a população é constituída por 29 mil habitantes, as condições climáticas são apresentadas de clima seco e quente no verão e seco e frio no inverno.

O município dispõe de uma UBS com duas equipes de saúde da família prestando atendimento aos pacientes da zona urbana. A zona rural é coberta pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e está em andamento a implantação do Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF), não dispomos de Centro de Especialidade Odontológica (CEO). Sendo assim, os pacientes que não realizarem o atendimento odontológico ofertado na unidade são obrigados a pagar pelo atendimento em clínica particular. A atenção especializada é falha no sentido da contra referência, sendo que, a maioria dos pacientes realiza procedimentos especializados no estado de Sergipe. O serviço hospitalar disponível é somente de urgência e emergência, não dispondo da parte de internamento, sendo necessário, o paciente é transferido para o estado de Sergipe para atendimento nos hospitais regionais. Os exames complementares laboratoriais são realizados no laboratório municipal.

Como a maioria das unidades básicas de saúde que realizam atendimento ao SUS, a que trabalho é vinculada a prefeitura. É um prédio construído recentemente com a finalidade de prestar atendimento a usuários que residem na zona urbana do município, o qual conta com uma Faculdade particular, e assim, cede o espaço para estagiários de enfermagem, psicologia e direito e para estudantes de curso técnico em enfermagem. Está em funcionamento há apenas 28 meses, mas já mudou muito a realidade de atendimentos em saúde do município. Realiza atendimento nos turnos matutino e vespertino, nos finais de semana e feriado os pacientes que recebem atendimento são orientados a procurar o Hospital Municipal em caso de necessidade.

É dividido em duas áreas, caracterizadas por área 1 e área 5, que contam com 17 agentes comunitários de saúde entre as duas áreas, compostas cada uma por médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, auxiliar de saúde bucal, dentista,

receptionista, coordenador e auxiliar de serviços gerais. O prédio conta com sala de pré-consulta, consultório dentário, sala de vacina, farmácia básica, sala de esterilização, sala de expurgo, copa, banheiros, sendo construída recentemente a sala de reuniões, pois sempre expomos aos gestores a necessidade devido a frequência de encontros que ocorrem com os ACS e mensalmente com a equipe completa.

A área de abrangência recebe cobertura de 100% e os cadastros são atualizados diariamente pelos ACS das duas equipes (área 1 e área 5), sendo que uma equipe está sem odontólogo, mas está em fase final de construção o consultório 2 que irá atender e o da área 1 está realizando os trabalhos das duas equipes. As visitas domiciliares não são realizadas por falta de carro disponível na unidade e não contamos com agente de segurança. Os atendimentos oferecidos são caracterizados por profissionais da equipe mínima, pois só contamos com a especialidade de clínico geral e não foi implantado o NASF. O acesso do usuário a UBS é facilitado, porque a mesma foi construída em local centralizado da cidade. Sabemos das limitações que são consideradas prioridades para que ocorra o atendimento adequado, mas a maioria dos problemas é de resolução por parte dos gestores, que devem se comprometer com a melhoria das condições de saúde dos usuários do SUS, mas sabemos também que muitos dos compromissos não são garantidos pela falta de comprometimento dos profissionais.

É notório que há muitas necessidades e limitações a serem implementadas e implantadas na UBS, como por exemplo, o atendimento especializado. Por não trabalhar com outras especialidades, na maioria das vezes, quando o clínico geral realiza a consulta e há a necessidade de consulta por profissional especializado, o usuário é necessita buscar por atendimento particular.

Quanto à demanda espontânea, procuramos nos organizar para que não haja problemas com o atendimento de casos agudos. Como os pacientes que não necessitam de atendimento imediato são agendados, sempre é deixado vagas para a ocorrência de casos considerados como prioritários de atendimento que podem ser feito na UBS. Para situações de urgência, o usuário é transferido para o Hospital Municipal, sendo a transferência de responsabilidade da USF. Quanto ao acolhimento, não temos sala específica, o mesmo é realizado na recepção. Quando o usuário necessita de alguma informação ou na sala de pré-consulta, quando vai passar por algum profissional para atendimento. Nesse caso o acolhimento é

realizado pelo técnico em enfermagem, mas se por algum motivo ele necessitar esclarecer alguma dúvida clínica esse acolhimento é feito pela enfermeira ou médico e quando for odontológico pelo dentista.

As consultas de puericultura são agendadas para que a criança venha ao posto mensalmente, mas caso seja necessário, a consulta pode ser antecipada. Os profissionais expõem de forma clara desde o pré-natal a importância do aleitamento materno exclusivo, a realização do exame do pezinho que é disponibilizado no município, como também o calendário vacinal em dia. Temos um grande problema na referência e contra referência, mas já expomos ao gestor a importância da resolução desse processo. Não realizamos o teste auditivo no município por não ter o profissional médico pediatra para realizar o acompanhamento com a enfermeira, sendo necessário consultar com o clínico geral e encaminhar ao pediatra, sendo que a realização da consulta é particular.

Quanto ao pré-natal, há uma baixa adesão ao programa. De acordo com os registros dos ACS, as gestantes da área 1 e área 5 da zona urbana, somam um total de 42 que faz acompanhamento na UBS, sendo que, 117 é o número total de gestantes do município, que recebem atendimento do PACS. Chegou ao nosso conhecimento que muitas preferiram realizar o pré-natal em clínica particular para receber acompanhamento do médico que irá realizar laqueadura. As gestantes da área que recebem atendimento são registradas em prontuário e realizado o cadastro na primeira consulta no SISPRENATAL. Muitas não aderem ao pré-natal por relatar que não tem tempo de vir às consultas e outras porque fazem questão de ignorar a importância do pré-natal.

Enfatizo também a importância do acompanhamento de pré-natal com a consulta de enfermagem, quanto a orientação ao cuidado com as mamas, bem como a esclarecimentos das dúvidas apresentadas pela gestante, destacando a orientação quanto ao aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade, e o acompanhamento após o parto na consulta puerperal e o acompanhamento no desenvolvimento do bebê, quanto as vacinas e alimentação. Desta forma, podemos dizer que é ofertado um pré-natal de qualidade, porém a adesão não é suficiente. Estamos trabalhando para que esse índice aumente consideravelmente diante da oferta de um trabalho de qualidade, ciente da importância da atenção pré-natal como fator que interfere na qualidade de saúde perinatal e na redução das taxas de morbimortalidade materna. Vamos motivar os gestores e profissionais de saúde da

cidade de Paripiranga a buscar as principais insatisfações decorrentes neste processo para obter uma melhor adesão das gestantes ao programa.

Quanto ao rastreamento do câncer de mama, o município recebeu a unidade móvel do estado da Bahia para realizar a mamografia nas mulheres com idade entre 50 a 69 anos. A adesão foi satisfatória e os resultados já chegaram para os exames que foram diagnosticados como normal. Os resultados que deram alguma alteração, foi disponibilizado um carro pelo município para que as mulheres fossem realizar novamente o exame em outro município da Bahia para confirmar ou descartar a alteração do primeiro exame.

Quanto ao rastreamento do câncer de colo de útero, o mesmo é colocado no cronograma para ser realizado nas terças-feiras, o material é coletado e enviado para Salvador para análise. É realizado a busca ativa das pacientes que não estão em dias com a realização dos exames.

Levando em consideração os dados apresentados pelo Ministério da Saúde no programa de atenção aos hipertensos e diabéticos, notamos a importância do comprometimento da equipe de saúde da família exercendo o papel de rastreamento na UBS detectando precocemente esses pacientes. Na UBS em que trabalho a adesão não é satisfatória. Os pacientes não comparecem as consultas e retornam para atendimento somente quando necessitam revalidar a receita da medicação, que é dispensada durante seis meses para que pelo menos o usuário compareça neste período para uma reavaliação e realização de exames necessários.

O usuário somente procura o serviço antes, se houver alguma complicação ou apresentar alguma outra patologia. Por razões diversas, os usuários não comparecem com a frequência regular, pois grande parte deles são pessoas idosas que vivem sozinhas ou apenas com o cônjuge, também idoso. Assim, a possibilidade de um cuidador familiar, que assuma o papel de educador, de fiscalizador e de suporte ao diabético ou hipertenso não existe, prejudicando o acompanhamento.

Realizamos palestras nos grupos, onde dialogamos a importância da alimentação balanceada, a prática de exercício físico regular e a importância do uso correto da medicação. Estamos reavaliando o cronograma de atendimentos para chegar a um consenso em busca da melhoria dos mesmos, pois sabemos da importância do elo usuário-profissional para reduzir as complicações decorrentes dessas patologias e diminuir a ocorrência de internações hospitalares. A realização



de grupos educativos intervêm no tratamento e acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos de forma eficaz, garantindo o seguimento regular, o fornecimento de medicação e o atendimento de intercorrências por equipe multidisciplinar e com a participação da comunidade (BRASIL, 2004).

O Plano de Ação para o Envelhecimento foi considerado um importante documento de estratégias e recomendações prioritárias nos aspectos econômicos, sociais e culturais do processo de envelhecimento de uma população, e deveria ser baseado na Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Entre os direitos à saúde, assegurados aos idosos, nos quais a enfermagem pode atuar estão os seguintes: cadastramento em base territorial; atendimento em domicílios, unidades de saúde, unidades geriátricas e gerontológicas de referência com profissionais capacitados para trabalhar em tal área, garantir a aquisição e informar o direito do recebimento gratuito de medicamentos, especialmente os de uso continuado.

O atendimento ao idoso é sempre colocado no cronograma durante toda a semana, pois a maioria não segue o dia que especificamos para o atendimento específico. Desta forma, o atendimento é priorizado de acordo com a procura. Para aqueles idosos que não comparecem ao serviço, seja por resistência de consultar ou por dificuldades de locomoção, realizamos a visita domiciliar.

### **1.3 Comparação entre o texto da Situação Estratégia de Saúde da Família e o Relatório da Análise Situacional.**

Comparando a situação da Estratégia de Saúde da Família com o Relatório da Análise Situacional, pode-se perceber que a Análise Situacional veio para explicar de forma detalhada as limitações observadas na UBS. Com isso observamos que, ao detalharmos o que aconteceu com os pontos positivos colocados no primeiro texto, que ao serem esmiuçados nem ficaram tão positivos assim e os pontos negativos tiveram ainda maior evidência no Relatório Situacional quando colocados de forma mais detalhada. Também conseguimos no texto da Análise Situacional colocar não somente a situação, mas meios e estratégias para melhorar as limitações encontradas.

## **2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção**

### **2.1 Justificativa**

O diabetes mellitus e a hipertensão arterial sistêmica são importantes problemas de saúde pública com elevado risco de desencadeamento de complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas. No entanto, é comprovado que os benefícios da redução de fatores de risco para doenças cardiovasculares são significativos em indivíduos com diabetes mellitus e o controle da hipertensão arterial tem se mostrado eficaz na redução de complicações em pacientes com diabetes e hipertensão.

Levando em consideração os dados apresentados pelo Ministério da Saúde, notamos a importância do comprometimento da equipe de saúde da família exercer o papel de rastreamento na UBS, detectando precocemente os pacientes em nível de atenção primária que possam ser comprometidos com essas patologias. Na UBS em que trabalho a adesão não é satisfatória, pois os pacientes não comparecem as consultas e somente retornam para atendimento para revalidar a receita da medicação, que é dispensada com validade de seis meses. O usuário apenas procura consulta antes deste período se houver alguma complicação ou apresentar alguma outra patologia (BRASIL, 2000).

Outro fator complicador para os usuários não comparecerem às consultas com frequência regular é devido ao fato de eles não terem acompanhante ou cuidador. Grande parte dos pacientes é composta de pessoas idosas que vivem sozinhas ou apenas com o cônjuge, também idoso. Assim, a possibilidade de um cuidador familiar, que assuma o papel de educador, de fiscalizador e de suporte ao diabético ou hipertenso não existe, prejudicando o andamento do acompanhamento.

Portanto, a realização da intervenção sobre a melhora na atenção à saúde dos usuários portadores de hipertensão e diabetes da nossa área de abrangência será de extrema importância e necessidade, pois proporcionará um

acompanhamento adequado a esses usuários, garantindo um atendimento de qualidade, de acordo com o protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde.

## **2.2 Objetivos e Metas**

### **2.2.1- Objetivo Geral**

- Melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus.

### **2.2.2 Objetivos Específicos**

1. Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos;
2. Melhorar a adesão do portador de HAS/DM ao programa;
3. Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso ou diabético realizado na unidade de saúde;
4. Melhorar o registro das informações dos portadores de HAS e DM;
5. Mapear hipertensos e diabéticos diagnosticados com risco para doença cardiovascular.
6. Desenvolver ações de promoção à saúde.

### **2.2.3 Metas**

#### Metas relativas ao objetivo específico 1:

1. Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;
2. Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

#### Metas relativas ao objetivo específico 2:

3. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada;
4. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada;

#### Metas relativas ao objetivo específico 3:

5. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos;
6. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos;

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

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

9. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

10. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Metas relativas ao objetivo específico 4:

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

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

Metas relativas ao objetivo específico 5:

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

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

Metas relativas ao objetivo específico 6:

15. Garantir avaliação odontológica a 100% dos pacientes hipertensos;

16. Garantir avaliação odontológica a 100% dos pacientes diabéticos;

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

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

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

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

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

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

## 2.3- Metodologia

O presente estudo se constitui em um projeto de intervenção que será desenvolvido no período de 16 semanas no município de Paripiranga-BA, na área de ESF da zona urbana. Para alcançar os objetivos deste estudo, serão desenvolvidas ações em quatro eixos, os quais são: monitoramento e avaliação, organização e gestão de serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

### 2.3.1- Ações e Detalhamento

Para ampliar a cobertura dos hipertensos e diabéticos pretendemos cadastrar esta população no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Dentre as ações desenvolvidas para o alcance da meta, no eixo **monitoramento e avaliação** iremos monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados, para isso serão avaliadas semanalmente todas as fichas de registro, também a revisão de todos os prontuários de diabéticos e hipertensos cadastrados em nossa área e precisar a quantidade exata dos mesmos. Será feito também um resumo semanal de todos os registros realizados durante a semana.

Quanto a **Organização e Gestão do Serviço**, será garantido o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa. Para isso será construído uma ficha de registro que contenha todas as informações necessárias a respeito do usuário e, realizado o cadastro desta população juntamente com o apoio da equipe de saúde e médico especialista, em consultas priorizadas para este grupo e visitas domiciliares. Quanto ao acolhimento, todos os profissionais da equipe serão responsáveis por garantir a realização do mesmo diariamente na unidade. Em cada consulta será preenchido a ficha espelho e agendada a próxima consulta de acordo com a necessidade de cada paciente. Buscaremos também junto a gestão garantir a obtenção de todo o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Quanto ao **engajamento público**, todo o processo de Informação, Orientação, esclarecimento, será realizado através de palestras educativas com a população, com periodicidade a cada 15 dias pelo médico e equipe de saúde. No que se refere a **Qualificação da Prática Clínica** disponibilizaremos de um horário após as reuniões de equipe para treinar e conversar sobre a atenção integral dos pacientes com Diabetes mellitus e hipertensão arterial. Também garantiremos uma

versão atualizada dos protocolos impressa na unidade de saúde, para que assim seja possível aplicá-lo a toda a população em risco.

A fim de melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos, quanto ao **monitoramento e avaliação** será monitorado a realização do exame clínico para os hipertensos e diabéticos, o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo, assim como o acesso aos medicamentos da farmácia popular. Para isso será realizada uma revisão mensal em todas as fichas registros e prontuários de cada usuário e também a lista de medicamentos da farmácia. Quanto a **Organização e Gestão do Serviço**, será definida a atribuição de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos. Será também organizada a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, os quais serão atualizados a cada 15 dias. Será providenciada a versão atualizada do protocolo impresso no serviço. Quanto ao controle das medicações será realizado um controle de estoque, incluindo validade, dos medicamentos e atualização do registro dos medicamentos necessários para os hipertensos e diabéticos na unidade de saúde.

Quanto ao **engajamento público**, serão realizadas palestras quinzenais para orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Orientar também quanto a necessidade e periodicidade de realização de exames complementares. Quanto a **qualificação da prática clínica**, a equipe será capacitada para a realização de exame clínico apropriado, assim como para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Também para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Para melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa, quanto ao **monitoramento e avaliação**, será monitorado o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), através da avaliação dos prontuários e fichas-espelho. Quanto a **Organização e Gestão do Serviço**, serão organizadas visitas domiciliares semanais para buscar os faltosos, com a ajuda dos Agentes Comunitários de Saúde. Será também disponibilizado um turno diário para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares. Quanto ao **engajamento público**, durante as palestras realizadas na unidade e também

durante as consultas individuais ou nas visitas domiciliares os portadores de diabetes e hipertensão, assim como a comunidade será informada sobre a importância da realização das consultas e sobre a periodicidade preconizada para a realização das mesmas. Quanto a **qualificação da prática clínica**, os ACS serão treinados para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

A fim de melhorar o registro das informações, no **monitoramento e avaliação**, será feito um acompanhamento diário a respeito da qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde. Na **organização e Gestão do Serviço**, iremos manter as informações do SIAB atualizadas, implantar registro específico de acompanhamento. Será definida uma pessoa específica para fazer o controle dos registros, sempre atentando para os atrasos nas consultas e na não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença. Quanto ao **engajamento público**, os pacientes e a comunidade serão orientados tanto nas consultas como nas visitas domiciliares, sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Na **qualificação da prática clínica**, a equipe será treinada para o devido preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e diabético na unidade.

Para mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular, no eixo **monitoramento e avaliação**, será monitorado através das fichas espelho, o número de pacientes hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. Quanto a **qualificação da prática clínica**, será priorizado o atendimento a todos os pacientes com pressão arterial elevada e com elevados níveis de glicose. Também serão considerados prioridade todos aqueles usuários que apresentarem fatores de risco para estas doenças. No que se refere ao **engajamento público**, os usuários serão orientados nas consultas, nas visitas domiciliares e grupos, quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação). Quanto a **qualificação da prática clínica**, durante os encontros para as capacitações, a equipe será capacitada para realizar estratificação de risco segundo o score de Framingham ou de lesões em órgãos

alvo, para a importância do registro desta avaliação e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Para promover a saúde de hipertensos e diabéticos, no eixo **monitoramento e avaliação**, será monitorado através dos registros dos usuários a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista; a realização de orientação nutricional, para a prática de atividade física regular, assim como a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos. Para a **organização e Gestão do Serviço**, iremos conversar para organizar um horário na agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e o diabético. Organizaremos nos grupos, práticas coletivas sobre alimentação saudável. Será também solicitado ao gestor parcerias institucional para envolver educadores físicos nesta atividade e também a compra de medicamentos para o tratamento do “abandono ao tabagismo”. No **engajamento público**, tentaremos buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde; conversaremos com a comunidade para demandar junto aos gestores municipais a garantia da disponibilização do atendimento com dentista. Também orientaremos nas reuniões e consultas, os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, da prática de atividade física regular e aos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Para a **qualificação da prática clínica**, a equipe será capacitada quanto a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso, também sobre práticas de alimentação saudável, para o tratamento de pacientes tabagistas, bem como sobre metodologias de educação em saúde.

### 2.3.2- Indicadores

Indicador correspondente à meta 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.

Indicador correspondente à meta 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.

Indicador correspondente à meta 3:

**Proporção de hipertensos faltosos com a consulta de acordo com o protocolo.**

Numerador: Número de hipertensos faltosos à consulta médica.

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

Indicador correspondente à meta 4:

**Proporção de diabéticos faltosos com a consulta de acordo com o protocolo.**

Numerador: Número de hipertensos faltosos à consulta médica.

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

Indicador correspondente à meta 5:

**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.

Indicador correspondente à meta 6:

**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.

Indicador correspondente à meta 7:

**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.

Indicador correspondente à meta 8:

**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.

Indicador correspondente à meta 9:

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

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos cadastrados na área.

Indicador correspondente à meta 10:

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos cadastrados na área.

Indicador correspondente à meta 11:

**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.

Indicador correspondente à meta 12:

**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.

Indicador correspondente à meta 13:

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

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

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

Indicador correspondente à meta 14:

**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.

Indicador correspondente à meta 15:

**Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.**

Numerador: Número de hipertensos que realizaram avaliação odontológica.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador correspondente à meta 16:

**Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.**

Numerador: Número de diabéticos que realizaram avaliação odontológica.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador correspondente à meta 17:

**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.

Indicador correspondente à meta 18:

**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.

Indicador correspondente à meta 19:

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador correspondente à meta 20:

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador correspondente à meta 21:

**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.

Indicador correspondente à meta 22:

**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.

### **2.3.3- Logística**

Para realizar a intervenção adotei o Manual Técnico do programa de HIPERDIA do Ministério da Saúde. Temos um livro com registro de todos os dados e atividades realizadas com os pacientes no decorrer do atendimento, porém esse registro precisa ser aprimorado, pois não prevê o registro de algumas informações importantes para o monitoramento da intervenção. Estimamos trabalhar com 319 pacientes hipertensos e 79 pacientes diabéticos.

Para a organização dos registros específico a enfermeira será responsável em localizar o prontuário desses pacientes e transcrever todas as informações para a ficha e já realizar o monitoramento das consultas e exames em atraso.

O acolhimento dos pacientes que procurarem o serviço será feito pelo técnico de enfermagem que, ao ouvir as queixas dos usuários, irá encaminhar para a enfermeira imediatamente. Os ACS que, em suas visitas, obtiverem a informação de algum paciente sintomático, também irão levar até a unidade de saúde para ampliar a captação dos hipertensos e diabéticos. Os pacientes com problemas agudos irão ser incluídos nas consultas disponíveis para pronto atendimento com prioridade no mesmo turno. Os faltosos identificados no monitoramento, após ter sido realizado a busca ativa pelos agentes comunitários de saúde, vamos reservar cinco vagas por semana para o agendamento desses usuários para que na hora da busca o ACS

possa agendar a consulta junto ao paciente para o dia e horário de sua conveniência. E todos que passarem por atendimento já sairão com a próxima consulta agendada e anotada em seu cartão de HIPERDIA. Nas visitas domiciliares vamos organizar e reservar algumas vagas para busca dos faltosos aos atendimentos.

Para sensibilizar a comunidade faremos atividades educativas quanto à importância da realização do acompanhamento e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. A comunidade será consultada sobre estratégias para melhorar a atenção a saúde e tentaremos mobilizá-la para demandar junto aos gestores municipais, agilidade nos exames vinculada as ações programáticas. Faremos contato com os representantes da comunidade e líderes religiosos das igrejas da área de abrangência para apresentar o projeto e solicitar apoio para o alcance de nossos objetivos.

Para viabilizar a ação de capacitação da equipe para a utilização do protocolo, primeiro iremos disponibilizar o protocolo para todas as equipes para que elas utilizem esta referência na atenção aos hipertensos e diabéticos. Em seguida, iremos marcar encontros na própria UBS para a capacitação, discussão do protocolo e esclarecimento de dúvidas e consequente ampliação do conhecimento.

Para viabilizar a realização dos exames e agendamentos de atendimentos especializados com realização e devolução do resultado em tempo oportuno, faremos contato com o gestor municipal para garantir agilidade na realização dos mesmos.

Os registros das ações nas planilhas serão de responsabilidade do enfermeiro que semanalmente irá preencher e monitorizar as ações.





### **3 Relatório da Intervenção**

**As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.**

Chegamos ao final de nossa intervenção e, mesmo com algumas pendências e de algumas coisas não terem saído conforme planejamos, procuramos contornar as dificuldades e contribuir para modificar a realidade do atendimento dos hipertensos e diabéticos no município de Paripiranga-BA.

Conforme as ações previstas no projeto, foram realizadas atividades como a capacitação com os profissionais, a qual teve uma boa adesão e foi muito proveitosa, apesar da ausência de alguns por estarem de licença ou férias. Desta forma, realizamos um segundo momento de capacitação para abranger esses profissionais assim que voltaram às suas atividades. Nos encontros colocamos que nosso principal objetivo é melhorar a atenção ao hipertenso e diabético do nosso município e que para isso tínhamos alguns pontos a serem discutidos e algumas mudanças urgentes a fazer no atendimento prestado à comunidade.

Foi discutido sobre o protocolo do portador de HAS e DM, acolhimento dos pacientes, cadastramento e encaminhamento dos usuários para o programa, realização do exame de glicemia capilar, prescrição pelo médico da medicação em uso e transcrição pela enfermeira conforme protocolo: solicitação de exames, vacinação, importância da saúde bucal e conclusão do tratamento dentário, preenchimento do cadastro do HIPERDIA e ficha espelho, busca ativa de hipertensos e diabéticos.

Foi entregue o material informativo aos pacientes conforme o cronograma, a ficha espelho foi preenchida e anexada ao prontuário de cada paciente. Esse preenchimento foi um pouco trabalhoso onde tivemos que sentar com cada usuário e colher as informações, pois muitos dados não constavam nos prontuários nem nos registros antigos, pois eram bem deficientes. Com as fichas espelho junto com os prontuários facilitou muito o atendimento, pois agregou muitas informações



importantes, o que otimizou o tempo da consulta, pois não foi necessário realizar as mesmas perguntas ao usuário em todas as consultas.

No atendimento clínico a equipe hoje já se comporta de forma diferente, colocando em prática muitos pontos que foram discutidos durante a intervenção. Apresentaram no primeiro momento certa timidez, enganos, desencontros e indagações diversas, porém com muito comprometimento e união de toda equipe hoje já é notório a melhora do serviço prestado. Pude perceber o quanto melhorou o acolhimento aos pacientes pelos profissionais, pois desde a recepção até o atendimento clínico, estão ouvindo melhor os hipertensos e diabéticos, permitindo que eles expressem suas dúvidas e angústias e com isso, tem melhorado muito o vínculo equipe/comunidade. Na verdade o que vem acontecendo é que eles se conscientizaram que é dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade e humanização os usuários do sistema, e isso vem contribuindo significativamente para a melhoria da qualidade da assistência.

Quanto à classificação do risco cardiovascular, está sendo realizada com muita agilidade e de forma permanente, ou seja, em todas as consultas. Antes, estas eram realizadas com aferição da pressão arterial e glicemia capilar, com o início da intervenção, incluímos no prontuário o peso, a altura e a circunferência abdominal. Outro ponto que foi discutido e esclarecido no treinamento e que vem sendo seguido de forma gratificante, é a investigação da história de saúde atual e prévias dos hipertensos e diabéticos. Isso vem contribuindo de forma significativa para uma boa avaliação do risco cardiovascular e para um melhor atendimento através da escuta qualificada. Contando suas histórias, os pacientes esperam partilhar experiências e obter ajuda através de esclarecimentos do que é mito e verdade, de dúvidas e assim oportunizamos espaço para expor suas vivências (BRASIL, 1997).

Essa escuta aberta vem sendo gratificante para a melhora no atendimento oferecido onde muitos usuários estão se sentindo mais a vontade e livre de preconceitos. A exemplo disso teve um paciente hipertenso que faz uso da medicação anti-hipertensiva que falou abertamente que é usuário de álcool e que isso o angustia e o preocupa muito, mas que ele se sentia seguro em falar sobre isso com a equipe que cuida dele, pois tinha certeza que seria bem acolhido e orientado por todos. Vejo que a intervenção vem estimulando a sensibilidade da equipe, e com isso vem transmitindo segurança e mudando a relação profissional/usuário com fortalecimento do vínculo.

Todos os exames foram solicitados de acordo com o protocolo e segundo relato dos usuários, tiveram dificuldades para conseguir marcar pelo SUS. O laboratório municipal também disponibiliza a realização desses exames, mas o SUS não tem vínculo laboratorial com o município. Sentamos com a gestão a fim de expor o problema e o coordenador nos informou que estava mudando o sistema de marcação dos exames e também o prestador de alguns serviços, por isso a dificuldade. Desta forma, essa situação foi contornada ao longo da intervenção.

Realizamos alguns encontros com as lideranças da comunidade, onde apresentamos nosso projeto esclarecendo como se daria a intervenção e todos demonstraram interesse e se ofereceram a ajudar no que fosse preciso. Fiquei surpresa e muito contente, pois eles interagiram de forma gratificante e tiveram algumas ótimas ideias como a de montarmos um cronograma onde ficou decidido que teremos um encontro por mês com nossos usuários e a cada encontro teremos um profissional diferente que estará trabalhando com eles e fornecendo orientações no que for necessário.

Também foi realizada a busca ativa de todos os pacientes que faltaram a qualquer atendimento na unidade. Mais uma vez a equipe surpreendeu com o comprometimento e agilidade para a busca ativa dos faltosos, realizando visitas domiciliares com orientações e agendamento de uma nova data para o atendimento de acordo com a disponibilidade do paciente. Realizamos o exame clínico dos pés dos portadores de DM e aproveitamos o momento para darmos orientações quanto ao cuidado com os pés, a hidratação da pele e a ingesta hídrica.

Foram realizadas quatro atividades coletivas com os pacientes, onde falamos sobre a importância do acompanhamento, nutrição (promoção da alimentação saudável e aumento da ingesta hídrica). Discutimos sobre os cuidados de higiene, sintomas comuns no aumento da pressão arterial e da glicemia capilar, fornecemos orientações para as queixas frequentes e sinais de alerta, ou seja, o que fazer em determinadas situações (dor de cabeça, transtornos visuais, dor abdominal, dificuldade respiratória e cansaço) (BRASIL, 1997).

Também foi realizada de acordo com o cronograma a revisão dos registros onde conquistamos um grande salto na qualidade dos mesmos. Porém ainda tem que melhorar, pois apesar de todas as orientações e o pedido para serem criteriosos nos registros das informações ainda encontramos várias falhas e alguns campos sem serem preenchidos. Reforçamos diversas vezes essa orientação e sentamos

para discussão, revisamos e esclarecermos dúvidas quanto ao preenchimento. No entanto, ao término da intervenção, ainda encontramos varias falhas nos registros, prontuários que não eram encontrados no momento da consulta, falta de número do documento, anotação da data de nascimento. Outro ponto positivo a ser discutido foi o aumento na procura pelo atendimento dos idosos, pois quando na maioria das vezes não tinham cuidador ou o parente não podia acompanhar o próprio ACS se responsabilizava em acompanhá-lo para o atendimento, conseguindo assim aumentar a cobertura no acompanhamento aos hipertensos e diabéticos.

**As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.**

Algumas ações foram desenvolvidas de acordo com o cronograma como as ações de saúde bucal onde logo nas primeiras semanas conseguimos cumprir as atividades propostas como a organização da agenda bucal e o atendimento dos usuários. Porém não conseguimos desenvolver com êxito o preenchimento da ficha espelho para saúde bucal, a qual a equipe achou muito interessante mas complexa e nos adiantou que seria complicado preenchê-la, pois estavam sobrecarregados de trabalho.

Assim, mesmo com orientações e ajuda no preenchimento do cabeçalho da ficha, continuaram registrando somente nos prontuários sendo encontradas várias falhas nos registros. Também não conseguimos realizar o acompanhamento com o profissional cardiologista como previsto, pois tínhamos disponível no município, mas por questões não explicadas aos profissionais deixou de existir na unidade. Também não foi possível realizar um encontro previsto com as lideranças por falta de disponibilidade das mesmas.

**Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento de planilhas de coleta de dados, cálculos dos indicadores.**

No decorrer da intervenção existiram alguns contratemplos como a falta do profissional odontólogo no início da intervenção, mas após as reuniões com os gestores conseguimos que colocasse o profissional para atender os pacientes. Por esse motivo não conseguimos cumprir com todas as atividades propostas referentes a saúde bucal. Depois conseguimos nos reunir com a equipe odontológica, onde foi realizado treinamento da equipe para o diagnóstico das principais doenças bucais

dos portadores de HAS e DM como a cárie e as doenças periodontais. Também conseguimos organizar a agenda de saúde bucal para o atendimento clínico aos pacientes bem como para eles participarem das atividades em grupo. Ao apresentarmos a ficha espelho para os profissionais de saúde bucal, a equipe achou muito interessante, porém complexa e já nos adiantou que seria complicado preenchê-la, pois estava sobrecarregada de trabalho. A outra equipe estava de férias, e o preenchimento requer certo tempo, então foi explicado que depois de preenchido o cabeçalho ficaria fácil, pois a maioria das respostas é sim ou não e que não ocuparia tanto tempo.

Então, mesmo com um pouco de atraso, foi iniciado o atendimento odontológico aos pacientes, sendo traçado o plano de tratamento, recebendo atendimento prioritário e orientações sobre saúde bucal. Alguns usuários comentaram que a tempo queriam cuidar dos dentes e que agora estão tendo a oportunidade e que se sentem felizes pelo atendimento prestado.

Já na sexta semana de intervenção que o atendimento foi regularizado. Então, sentamos novamente com a equipe de saúde bucal, agora completa, e reorganizamos os atendimentos dos pacientes. Novamente foi solicitado que as fichas dos atendimentos prestados fossem devidamente preenchidas para não perdermos mais nenhuma informação. A partir daí as ações começaram a ser desenvolvidas e muitos pacientes resistentes a consultar com o cirurgião dentista, começaram a aderir ao tratamento após receberem orientações quanto aos problemas bucais mais comuns e aconselhados quanto à escovação, uso de fio dental, evitar ingerir alimentos com quantidade excessiva de açúcar. Aos poucos os atendimentos foram acontecendo e contribuindo para a melhora nos indicadores e hoje já é notória a satisfação dos usuários com o serviço.

Encontramos algumas dificuldades também com o agendamento dos exames solicitados. Deparei-me com profissionais reclamando que só aumentam os serviços, as cobranças e o salário “que é bom nada”. Achei impressionante como algumas pessoas não se preocupam em organizar o serviço e em oferecer um atendimento de qualidade à população. Dificuldade também em relação aos registros, pois a maioria dos profissionais, não atenta para a qualidade no registro, dificultando o monitoramento dos dados. Deparei-me também com profissionais, mesmo após a capacitação, dando alta a alguns pacientes que estavam sendo monitorados quanto a pressão arterial e o diabetes. Tivemos então, que reforçar que

não existe alta do acompanhamento e que os pacientes que apresentaram pico hipertensivo necessitavam de consultas frequentes também, pois visa à avaliação do risco cardiovascular.

### **Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra**

Apesar das dificuldades, a intervenção está muito bem inserida na rotina da unidade e algumas mudanças me surpreenderam. Fiquei satisfeita e surpresa, pois pude observar alguns pacientes procurando o atendimento na unidade de saúde, que até então tinham um pouco de resistência em serem atendidos pelo SUS. Alguns usuários relataram em consulta que foram informados pelos profissionais e por algumas pessoas da comunidade o quanto à qualidade da assistência melhorou. Teceram elogios quanto à forma de cuidado dispensado aos mesmos, pois em vez de rápidas perguntas e orientações centradas somente nas complicações, como eles são atendidos no serviço particular, no serviço público eles encontraram o contrário. Foi permitido que eles falassem de si e foi interrogado como um todo, desde a sua família, crença, dificuldades, trabalho e que se sentem muito bem orientados com as atividades realizadas.

Também já observamos nos atendimentos, e achei muito gratificante, que tem aumentado o número de cuidadores que acompanham os pacientes nas consultas, pois a equipe desde o início da intervenção vem estimulando e falando da importância da presença do cuidador. Quando interroguei a alguns pacientes sobre isso eles responderam que gostaram da ideia, pois se sentem mais seguros.

Sentamos com os profissionais e discutimos a respeito da intervenção e foi indagado a eles o que estavam sentindo de diferente com as mudanças nos atendimentos dos hipertensos e diabéticos. Todos tiveram espaço para falar a respeito, e de um modo geral, comentaram que apesar de ter aumentado um pouco o serviço deles, o atendimento está muito mais organizado e que eles têm ouvido vários elogios da comunidade no momento dos atendimentos e das visitas domiciliares.

Desta forma, é possível perceber o quanto o atendimento melhorou ganhando mais qualidade e humanização, pois conseguimos organizar as rotinas com procedimentos benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias.

Estabelecemos relações baseadas em princípios éticos, garantindo privacidade e autonomia, compartilhando com os pacientes e sua família as decisões sobre as condutas a serem tomadas. Também conseguimos melhoria nas condições de trabalho e de atendimento e uma melhor identificação das necessidades sociais e de saúde.

Percebi no decorrer da intervenção que muitas de nossas ações estavam mecanizadas, pois não conseguíamos ter um cuidado resolutivo, como se não estivéssemos atentos ao verdadeiro significado que essas ações possuem. Assim, a intervenção veio para mudar essa realidade e com certeza está sendo de grande valia para a melhoria da qualidade do atendimento.

## 4- Avaliação da Intervenção

### 4.1- Resultados

A intervenção tratou da melhoria na atenção aos portadores de HAS e DM, na área adstrita à UBS de Paripiranga-BA. A estimativa do número de pacientes foi de 319 hipertensos e 79 diabéticos.

Inicialmente propomos ampliar a cobertura dos hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde que frequentam a unidade de saúde para 80%. No primeiro mês da intervenção conseguimos cadastrar 77 hipertensos (24,1%) e 13 diabéticos (16,5%). No segundo mês cadastramos um total de 103 hipertensos (32,2%) e 18 diabéticos (22,8%) da área de abrangência. No terceiro mês alcançamos 149 hipertensos (46,7%), 33 diabéticos (41,9%). Por final, no último mês de intervenção, conseguimos atingir uma meta de 62,3% de hipertensos cadastrados, ou seja, 199 hipertensos e 60,9% de diabéticos cadastrados, ou seja, 48 diabéticos. Antes da intervenção tínhamos uma cobertura de 24,1% para os hipertensos e 16,5% para os diabéticos.

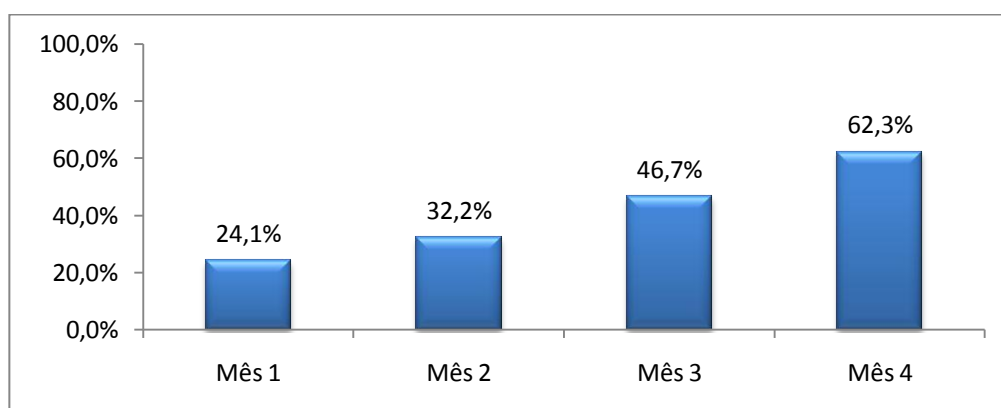


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS de Paripiranga no município de Paripiranga, 2014.

Fonte: Planilha coleta de dados.

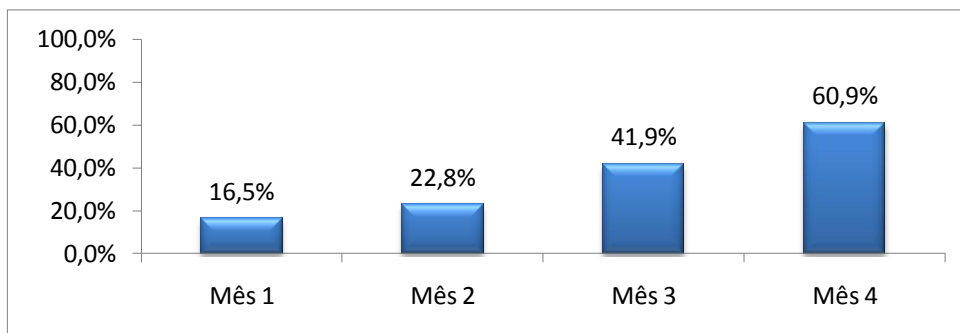


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS de Paripiranga no município de Paripiranga, 2014.

Fonte: Planilha coleta de dados.

Conseguimos esse resultado com muito esforço, trabalhando com um bom acolhimento, melhorando a relação estabelecida entre os profissionais de saúde e os usuários mediante atitudes profissionais humanizadas, através de iniciativas como se apresentar para o usuário, chamar os usuários pelo nome, prestar informações sobre conduta e procedimentos que devam ser realizados, escutar e valorizar o que é dito pelos usuários, incentivar a presença do(a) acompanhante de forma que esse acolhimento mude a relação profissional/usuário e que deva ocorrer em todos os locais e momentos da atenção em saúde.

Trabalhamos para chegar nesse resultado capacitando à equipe tanto no acolhimento quanto na busca precoce dos pacientes com possibilidade de desenvolver problemas de HAS e DM. Colaborou com o resultado a aferição da pressão arterial e a aferição da glicemia capilar associada aos sinais e sintomas relatados pelos pacientes. Para que os pacientes pudessem ser atendidos com presteza algumas vagas foram deixadas disponíveis.

A melhoria da adesão dos hipertensos e diabéticos ao programa também se deu a partir da meta proposta de busca ativa de 100% desta população faltosa às consultas. Com a intervenção conseguimos determinar o número de hipertensos e diabéticos faltosos e buscar 100% destes usuários. Não tínhamos esse dado registrado nos prontuários, portanto não temos como saber como era a cobertura antes da intervenção.

No primeiro mês nenhum hipertenso e diabético faltou nas consultas, não sendo necessário a realização de buscas ativas. No segundo mês 11 hipertensos e 3 diabéticos faltaram as consultadas, sendo que todos receberam busca ativa. No terceiro mês 14 hipertensos e seis diabéticos faltaram sendo realizado 100% de



busca ativa para as duas populações. No quarto mês 18 hipertensos e 8 diabéticos faltaram às consultas sendo realizados a busca ativa de 100%.

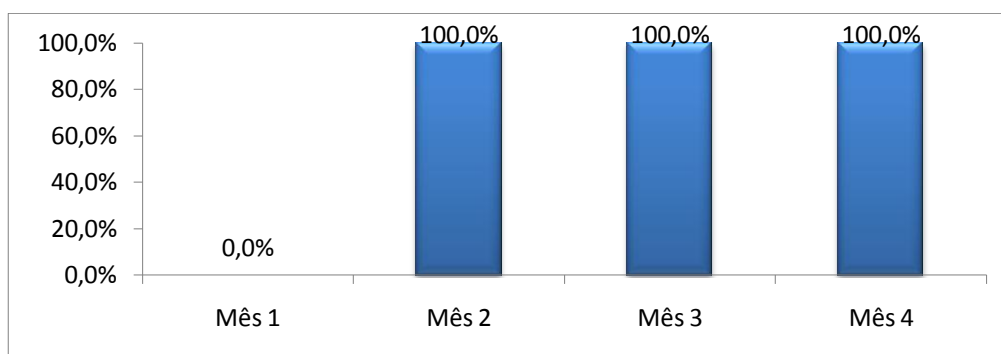


Figura 3: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa no município de Paripiranga, 2014.

Fonte: Planilha coleta de dados.

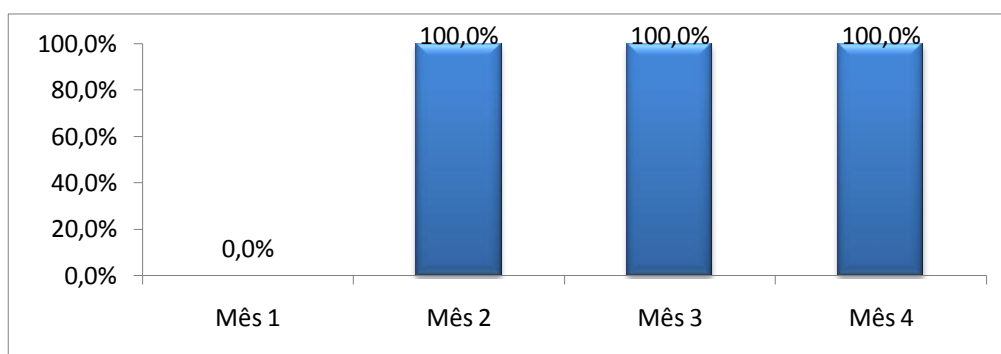


Figura 4: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa no município de Paripiranga, 2014.

Fonte: Planilha coleta de dados.

Realizamos o monitoramento dos dados e a busca ativa de cada hipertenso e diabético, faltosos nos atendimentos, fazendo cumprir a periodicidade das consultas previstas. Com esse intuito contamos com o apoio de toda a equipe e principalmente dos ACS para identificar esses usuários na comunidade.

Outra meta importante para melhorar o atendimento foi a avaliação do exame clínico em dia para 100% dos hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS. No primeiro mês da intervenção conseguimos alcançar a meta estipulada de 100%, realizando o exame clínico nos 77 hipertensos e nos 13 diabéticos cadastrados. Já no segundo mês, dos 103 hipertensos cadastrados, 98 receberam avaliação através do exame clínico, alcançando 95,1% do total. Neste mesmo mês para os diabéticos, 17 receberam o exame clínico de um total de 18 cadastrados, alcançando 94,4% do total. No terceiro mês, realizamos o exame clínico em 140 dos 149 hipertensos cadastrados, representando 94% do total. Para os diabéticos neste mesmo mês, 29 de um total de 33 diabéticos receberam o exame clínico, alcançando uma meta de

87,9% do total de diabéticos cadastrados. No quarto e último mês de intervenção, realizamos o exame clínico em 187 dos 199 hipertensos cadastrados, alcançando uma meta final de 94%. Quanto aos diabéticos, 43 receberam o exame clínico de um total de 48 cadastrados neste mês, atingindo uma meta de 89,6%.

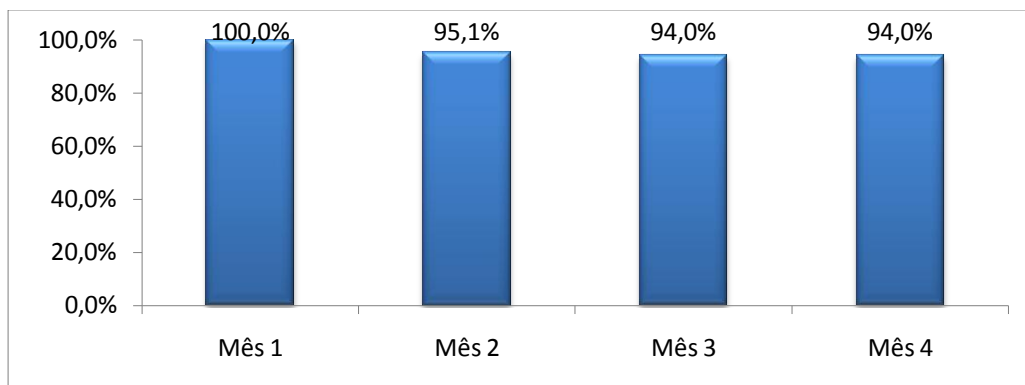


Figura 5: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo no município de Paripiranga, 2014.  
Fonte: Planilha coleta de dados.

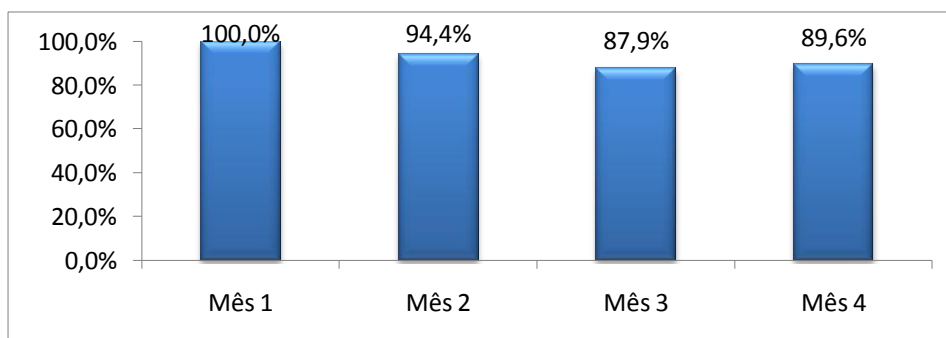


Figura 6: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo no município de Paripiranga, 2014.  
Fonte: Planilha coleta de dados.

Nos quatro meses de intervenção conseguimos ampliar a cobertura em relação a avaliação do exame clínico, tendo uma proporção de 100% no primeiro mês de intervenção, sendo decrescido o valor nos meses seguintes pelo aumento do número de usuários cadastrados na UBS. Alguns não foram avaliados na UBS, mas em consultório particular. Foi realizada a avaliação clínica da grande maioria dos pacientes cadastrados no programa e aproveitamos o momento também para darmos orientações quanto à prática de atividade física regular, alimentação e ingestão hídrica. Conseguimos essa cobertura através da capacitação dos profissionais, pois muitos pacientes não se comprometiam em comparecer para a

avaliação clínica e acompanhamento e também através da motivação que todos os membros da equipe dispensaram aos usuários hipertensos e diabéticos.

Para melhorar a qualidade de atendimento propusemos garantir a meta de 100% dos hipertensos e diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. No primeiro mês conseguimos atingir a meta de 100% estipulada inicialmente tanto para os hipertensos quanto para os diabéticos, tendo todos os 77 hipertensos e os 13 diabéticos cadastrados na área adstrita, com exames complementares em dia. No segundo mês conseguimos uma meta de 93,2%, tendo dos 103 hipertensos cadastrados, 96 com exames complementares em dia. Neste mesmo mês para os diabéticos atingimos uma meta de 94,4%, tendo 17 dos 18 diabéticos cadastrados, com exames complementares em dia. No terceiro mês atingimos uma meta de 93,3% para os pacientes hipertensos, obtendo 139 hipertensos com exames complementares em dia de um total de 149 cadastrados. Para os diabéticos, a meta foi de 87,9% neste mês, sendo que de um total de 33 diabéticos cadastrados, 29 estavam com os exames complementares em dia. No quarto e último mês, alcançamos 93,5% de hipertensos com exames complementares em dia, atingindo 186 hipertensos dos 199 cadastrados. Para os diabéticos neste último mês, a meta atingida foi de 89,6%, tendo 43 diabéticos de um total de 48 cadastrados com exames complementares em dia.

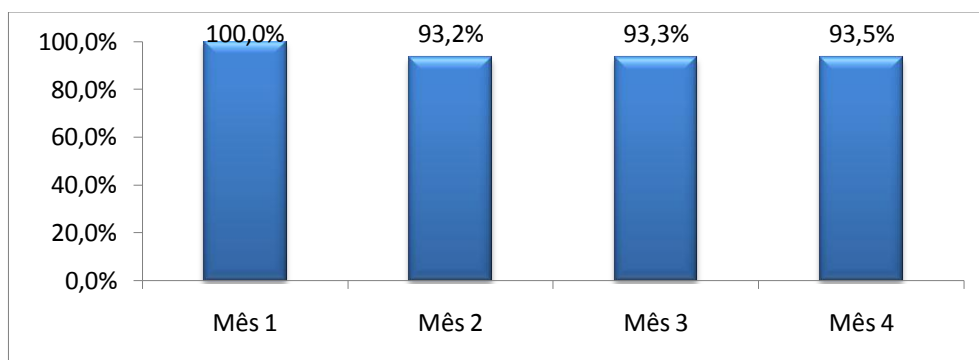


Figura 7: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo no município de Paripiranga, 2014.

Fonte: Planilha coleta de dados.

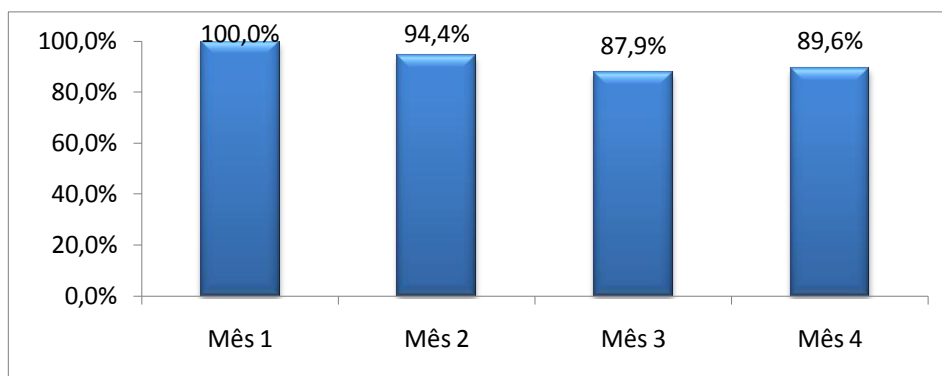


Figura 8: Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo no município de Paripiranga, 2014.  
Fonte: Planilha coleta de dados.

Não conseguimos a meta de 100%, mas a equipe trabalhou de forma comprometida e aderiu à intervenção. Houve reforços quanto ao protocolo para que esse fosse seguido corretamente e houve monitorização periódica em relação à solicitação em dia dos exames, tendo resistência por parte de alguns familiares em levar os pacientes para a realização dos mesmos, sendo orientados a ir ao laboratório solicitar a coleta domiciliar.

Garantimos também a prescrição de medicação de uso contínuo para ser dispensado na farmácia básica municipal ou popular conforme protocolo para 100% dos hipertensos e diabéticos. Durante os quatro meses de intervenção conseguimos que 100% dos hipertensos e diabéticos recebessem a prescrição da medicação para ser dispensada na farmácia básica municipal ou popular. Do primeiro ao quarto mês, obtivemos respectivamente 77, 103, 149 e 199 hipertensos cadastrados que receberam prescrição da medicação da farmácia básica municipal ou popular. Também obtivemos do primeiro ao quarto mês de intervenção respectivamente, 13, 18, 33 e 48 diabéticos cadastrados que receberam esta prescrição.

Ofertamos medicamentos necessários para o acompanhamento do HIPERDIA garantindo o acesso facilitado, orientando quanto à importância do uso correto da medicação e atentando para a prescrição da medicação nas consultas. Conseguimos esse resultado, pois toda a equipe aderiu à intervenção seguindo corretamente os protocolos.

Para poder mapear os hipertensos e diabéticos da área adstrita à UBS, propusemos o registro adequado de 100% desses usuários. Conseguimos atingir a meta estipulada inicialmente em todos os meses de intervenção. Desta forma, do primeiro ao quarto mês, registramos respectivamente 77, 103, 149 e 199 hipertensos

na unidade. Quanto aos diabéticos, atingimos respectivamente 13, 18, 33 e 48 registros durante todos os meses da intervenção. Foi realizado o monitoramento dos registros para todos os hipertensos e diabéticos na ficha de acompanhamento, sendo encaminhados para o serviço especializado quando necessário e anotado relato em registros. Acompanhamos todos estes usuários, garantindo o vínculo com a UBS para atendimento ambulatorial e de urgência, tendo sempre prioridade nos atendimentos. Foi realizada a capacitação da equipe para identificar os hipertensos e diabéticos que podem apresentar intercorrências, ou seja, os que não seguem uma dieta equilibrada e não faz uso correto da medicação.

Para mapear os hipertensos quanto ao risco cardiovascular, propusemos a meta de avaliar o risco em 100% dos hipertensos e diabéticos. Nos quatro meses de intervenção conseguimos alcançar a meta estipulada inicialmente e avaliamos o risco cardiovascular para todos os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no programa. Também realizamos o encaminhamento para o serviço especializado quando necessário e relatamos em registros. Realizamos o acompanhamento, garantindo o vínculo com a UBS para atendimento ambulatorial e de urgência, tendo sempre prioridade nos atendimentos. Foi realizada a capacitação da equipe para identificar os pacientes com sinais de alarme para alto risco.

Para a melhora da qualidade do atendimento uma das metas foi realizar avaliação de saúde bucal em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados e acompanhados na UBS. Essa ação era realizada de forma irregular e não tinha uma cobertura antes da intervenção por não dispor do profissional dentista na equipe. Quando iniciamos a intervenção foi realizada reunião com a gestão expondo a necessidade do acompanhamento de saúde bucal dos pacientes.

Nos quatro meses de intervenção não conseguimos a cobertura desejada, mas estamos trabalhando para que a meta seja alcançada. No primeiro mês dos 77 hipertensos cadastrados apenas 8 fizeram avaliação odontológica (10,7%) . No segundo mês tivemos uma cobertura de 18,4% (com 103 cadastrados e 19 com avaliação odontológica). No terceiro mês foram 149 cadastrados e 48 acompanhados (25,5%) e no quarto mês 30,7% dos 199 acompanhados apenas 61 fizeram avaliação odontológica. Quanto aos diabéticos, no primeiro mês dos 13 cadastrados 12 fizeram avaliação odontológica (92,3%). No segundo mês tivemos uma cobertura de 77,8% (com 18 cadastrados e 14 com avaliação odontológica). No

terceiro mês foram 33 cadastrados e 18 acompanhados (54,5%) e no quarto mês 52,1% dos 48 acompanhados apenas 25 fizeram avaliação odontológica.

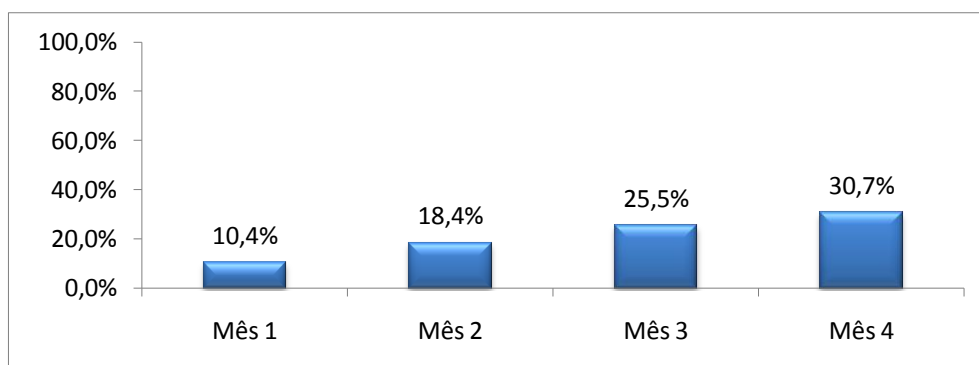


Figura 9: Proporção de hipertensos com avaliação odontológica município de Paripiranga, 2014.

Fonte: Planilha coleta de dados.

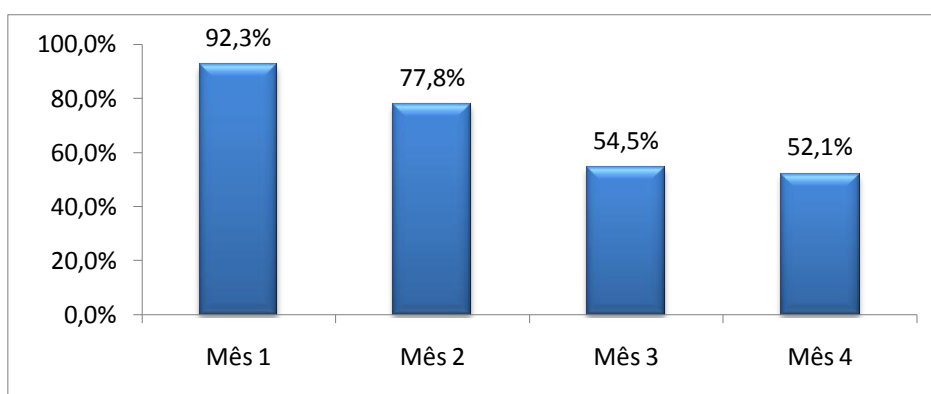


Figura 10: Proporção de diabéticos com avaliação odontológica município de Paripiranga, 2014.

Fonte: Planilha coleta de dados.

Encontramos algumas dificuldades no início, como falta de recursos humanos, do profissional odontólogo. Porém conseguimos contornar essa dificuldade antes que terminasse a intervenção e com muita força de vontade das equipes de saúde bucal que reorganizaram sua agenda dando uma maior atenção aos hipertensos e diabéticos. Com isso, conseguiram dar resposta à demanda, porém ainda temos que vencer mais um desafio que é a conscientização da população para a realização dessa avaliação, mas vamos trabalhar para ampliar o acesso aos usuários e aumentar essa cobertura. Outra meta proposta foi promover orientações: nutricional, sobre prática de atividade física regular e sobre os riscos do tabagismo para 100% dos hipertensos e diabéticos adstritos à UBS. Conseguimos captar os usuários,

sendo as orientações realizadas através de ações educativas de acordo com o que era disponibilizado para cada paciente.

Nos quatro meses de intervenção conseguimos a cobertura desejada, sendo que todos os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados receberam as devidas orientações. Realizamos várias práticas educativas com os hipertensos, seus familiares e comunidade quanto aos variados assuntos englobando alimentação adequada, prática de atividade física, uso correto da medicação, riscos do tabagismo e higiene bucal entre outros. Aproveitamos para orientar os pacientes nas salas de espera, consultas e visitas domiciliares. Capacitamos toda a equipe para orientar em todos os momentos oportunos, levando à população uma educação de qualidade para que promovemos a saúde para uma população comprometida e consciente de seus direitos e deveres.

#### **4.2 Discussão**

A intervenção na Unidade Básica de Saúde propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos adscritos à UBS, com melhoria no acolhimento aos pacientes, captação dos mesmos, cadastramento e encaminhamento dos hipertensos e diabéticos para o programa, prescrição de medicação de uso contínuo, solicitação de exames, vacinação, avaliação da saúde bucal e conclusão do tratamento dentário. Preenchimento do cadastro do HIPERDIA e ficha espelho, busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos, classificação do risco cardiovascular e orientações diversas quanto aos hábitos e estilo de vida.

A intervenção exigiu que a equipe tivesse capacitação para seguir as recomendações do Ministério da Saúde para que assim pudessem oferecer condições básicas para assistência a esses pacientes, mediante a utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos disponíveis. Essa capacitação acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço, como por exemplo, a realização de um bom acolhimento, melhorou o atendimento geral na unidade de saúde onde essa ação muda a relação profissional/usuário e contribuiu para a promoção da cultura da solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde.

Antes da intervenção as atividades realizadas em relação aos hipertensos e diabéticos eram concentradas no enfermeiro e no médico e às vezes algum outro membro da equipe contribuía para a realização de alguma ação que era solicitada. A

intervenção veio para rever e direcionar as atribuições de todos os membros da equipe no que diz respeito à territorialização, realização do cuidado em saúde no âmbito da unidade, no domicílio e espaços comunitários; melhora dos registros das ações realizadas, aperfeiçoamento do acolhimento; participação dos profissionais nas atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe; participação da comunidade; classificação do risco cardiovascular com critérios. Enfim veio para organizar a atenção aos hipertensos e diabéticos em todos os aspectos. A determinação das atribuições de cada profissional promoveu um trabalho integrado.

A intervenção foi incorporada na unidade e o que foi modificado no atendimento continua a ser seguido após os resultados, pois como foi exposto nos resultados houve uma melhora significativa na procura pelo serviço de saúde.

Sabemos que toda mudança gera inquietação, contamos com profissionais dedicados e que aderem a mudanças, mas por outro lado tem outros que apresentam resistência. No entanto, com a continuação das atividades, vamos trabalhando com a importância do atendimento humanizado e qualificado para uma melhor assistência à população.

#### **4.3- Relatório para os Gestores Municipais**

No período de outubro de 2013 a janeiro de 2014 foi realizada uma intervenção na UBS de Paripiranga-BA, com o objetivo de melhorar a atenção a saúde dos hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da equipe de saúde da família.

Conforme as ações previstas para a intervenção foram realizadas atividades como a capacitação com os profissionais onde houve uma boa adesão aos encontros e foi muito proveitosa. Nos encontros colocamos que nosso principal objetivo é melhorar a atenção aos hipertensos e diabéticos do nosso município e que para isso tínhamos alguns pontos a serem discutidos e algumas mudanças urgentes a fazer no atendimento prestado à comunidade. Assim, discutimos sobre o protocolo, acolhimento aos pacientes, cadastramento e encaminhamento dos pacientes para o programa, solicitação de exames, avaliação do risco cardiovascular, importância da prática de atividade física regular, importância da saúde bucal e conclusão do tratamento dentário, preenchimento do cadastro no HIPERDIA e ficha espelho, busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos.



Inicialmente propomos ampliar a cobertura dos hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde que freqüentam o programa na unidade de saúde para 100%. Conseguimos atingir uma meta de 62,3% de hipertensos cadastrados, ou seja, 199 hipertensos e 60,9% de diabéticos cadastrados, ou seja, 48 diabéticos. Antes da intervenção tínhamos uma cobertura de 24,1% para os hipertensos e 16,5% para os diabéticos. Conseguimos também atingir a meta de 100% de busca ativa para os hipertensos e diabéticos faltosos às consultas. Realizamos avaliação do exame clínico em 94% dos hipertensos e em 89,6% dos diabéticos. Obtivemos também 93,5% de hipertensos e 89,6% de diabéticos com exames complementares em dia.

Garantimos a prescrição de medicação de uso contínuo para ser dispensado na farmácia básica municipal ou popular conforme protocolo para 100% dos hipertensos e diabéticos. Avaliamos o risco cardiovascular para todos os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no programa. Também realizamos o encaminhamento para o serviço especializado quando necessário e relatamos em registros. Realizamos o acompanhamento, garantindo o vínculo com a UBS para atendimento ambulatorial e de urgência, tendo sempre prioridade nos atendimentos. Aproveitamos também para orientar os pacientes nas salas de espera, consultas e visitas domiciliares. Capacitamos toda a equipe para orientar em todos os momentos oportunos, levando à população uma educação de qualidade para que promovam a saúde para uma população comprometida e consciente de seus direitos e deveres.

No atendimento clínico a equipe hoje se comporta de forma diferente colocando em prática muitos pontos que foram discutidos durante as reuniões e capacitações. Com muito comprometimento e união da equipe é notória a melhoria do serviço prestado. O acolhimento aos pacientes pelos profissionais melhorou, desde a recepção até o atendimento clínico, permitindo que eles expressem dúvidas e angústias e com isso tem melhorado muito o vínculo equipe/comunidade.

A classificação do risco cardiovascular está sendo realizada com muita agilidade e de forma permanente em todas as consultas, como foi discutido e esclarecido no treinamento. A história de saúde atual e prévia dos pacientes está sendo bem investigada e isso vem contribuindo de forma significativa para uma boa avaliação do risco e para um melhor atendimento através da escuta qualificada.

Realizamos alguns encontros com as lideranças da comunidade, onde apresentamos nosso projeto esclarecendo como se daria a intervenção e todos

demonstraram interesse e se ofereceram a ajudar no que fosse preciso. Houve interação conosco e algumas idéias foram pensadas para conseguir melhor engajamento, como encontros mensais com os pacientes para orientação, convite para participar das feiras de saúde, atendimento oftalmológico.

Foi realizada a revisão dos registros onde conquistamos um grande salto na qualidade dos mesmos, porém ainda tem que melhorar, pois apesar de todas as orientações e o pedido para serem criteriosos nos registros das informações, ainda encontramos várias falhas e alguns campos sem ser preenchido. Talvez fosse necessário informatizar as informações, pois com isso poderíamos qualificar ainda mais a atenção.

Conseguimos nos reunir com a equipe de saúde bucal onde foi realizado treinamento da equipe para o diagnóstico das principais doenças bucais do idoso como a cárie, e as doenças periodontais e também conseguimos organizar a agenda de saúde bucal para o atendimento clínico dos pacientes bem como para eles participarem das atividades coletivas. Tivemos algumas dificuldades para realizarmos as ações de saúde bucal previstas no projeto onde logo nas primeiras semanas não conseguimos cumprir as atividades propostas em razão de não termos na equipe, no início da intervenção, o profissional odontólogo. Temos somente duas equipes de saúde bucal para prestar atendimento a todo o município e com isso vêm à necessidade de termos no município mais equipes de saúde bucal para responder às necessidades da população e como mudança para que a intervenção fique completamente inserida na rotina da unidade com resultados cada vez mais gratificantes.

A intervenção esta muito bem inserida na rotina da unidade e algumas mudanças me surpreenderam. Pode ser observada a procura de hipertensos e diabéticos para receber atendimento na unidade de saúde, que até então tinha um pouco de resistência em serem atendidos pelo SUS, pois na consulta relataram que foram informados pelos profissionais e por algumas pessoas da comunidade quanto à qualidade da assistência na UBS, sobre a prioridade no atendimento e as facilidades oferecidas para a realização da consulta de HIPERDIA.

Os profissionais têm comentado que apesar de ter aumentado um pouco o serviço deles, o atendimento está muito mais organizado e que eles vem ouvindo vários elogios da comunidade no momento dos atendimentos e das visitas domiciliares.

Essa mudança é fruto da intervenção das atividades realizadas com a comunidade e com os funcionários resultando em um atendimento mais humanizado e com uma melhor qualidade mudando a forma de pensar e agir da população.

Neste momento percebemos o quanto o atendimento melhorou, e temos muito a agradecer a gestão que apoiou a intervenção, atendeu prontamente em tudo que foi solicitado, resultando em maior qualidade e humanização no atendimento. Conseguimos organizar as rotinas com procedimentos benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias, estabelecemos relações baseadas em princípios éticos garantindo privacidade e autonomia, compartilhando com os pacientes e sua família as decisões sobre as condutas a serem tomadas.

Também conseguimos melhorar as condições de trabalho e de atendimento, assim como a identificação das necessidades sociais de saúde e satisfação dessa população. Assim sendo, convidamos a gestão para continuar nos apoiando, pois vamos dar continuidade a intervenção e esperamos poder realizar melhoras em outras ações programáticas.

#### **4.4- Relatório para a comunidade**

Durante os meses de outubro, novembro, dezembro de 2013 e janeiro de 2014, foi realizado um trabalho no posto de saúde visando melhorar a atenção dos hipertensos e diabéticos que freqüentam este serviço. Um atendimento de qualidade e humanizado é fundamental para que toda a população tenha boas condições de saúde. Para a humanização e qualificação do atendimento em saúde, é necessário construir um novo olhar, que compreenda a pessoa em sua totalidade corpo/mente, considerando o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive.

No nosso município há várias necessidades urgentes que precisam do esforço coletivo dos profissionais de saúde, usuários e gestores para a melhoria da qualidade da atenção aos hipertensos, diabéticos, familiares e cuidadores. Partindo dessas necessidades, trabalhou-se nesses quatro meses para melhorar a adesão destes pacientes na área; a captação precoce dos pacientes na comunidade para a realização de consultas; a garantia de recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários; o aumento das atividades educativas com linguagem clara e compreensível; a melhora na cobertura de visitas domiciliares; a melhoria nos arquivos com registros de todos os dados com relação a cada paciente; o aumento da avaliação de saúde bucal; a capacitação de toda a equipe para o atendimento ao

hipertenso e diabético. Buscamos também solucionar problemas quanto ao agendamento e realização dos exames solicitados com resultados em tempo oportuno; a organização para busca de faltosos às consultas e o maior envolvimento da equipe na implementação dessa ação programática.

Realizamos alguns encontros com as lideranças da comunidade, onde apresentamos nosso projeto esclarecendo como se daria a realização deste trabalho e pedimos apoio. O acolhimento dos pacientes pelos profissionais melhorou desde a recepção até o atendimento clínico, pois os profissionais estão ouvindo melhor os pacientes, permitindo que eles expressem dúvidas e angústias. Com isso tem melhorado muito também o vínculo equipe/comunidade. Há conscientização do dever dos serviços e profissionais de saúde de acolher com dignidade e humanização todos os usuários e isso vem contribuindo significativamente para a melhoria da qualidade da assistência.

Conseguimos estreitar a relação e mantermos uma escuta aberta o que permitiu a melhora no atendimento oferecido. Muitos pacientes se sentiram mais a vontade e livres para expressar suas dúvidas. Esse trabalho estimulou a sensibilidade da equipe promovendo-se melhora na relação profissional/usuário com fortalecimento do vínculo de confiança.

Foram realizadas quatro atividades coletivas com os hipertensos e diabéticos, diversos temas foram abordados como a importância do programa HIPERDIA, alimentação adequada, o protagonismo do idoso, a importância da avaliação dos exames laboratoriais, a importância do cuidado continuado. A participação dos pacientes foi fundamental e houve aprendizagem e trocas valiosas de experiências.

Houve uma grande contribuição da comunidade para conseguirmos os resultados que estamos apresentando, pois receberam as ações de braços abertos, participaram, envolveram as famílias e aceitaram as mudanças estabelecidas. No entanto, percebemos que são poucos os que opinam e querem participar das conversas e mobilizações. Por isso gostaríamos que a comunidade tivesse uma maior participação para nos apoiar nas orientações em saúde, traçar estratégias, demandar junto aos gestores benefícios para os usuários, contribuindo junto a equipe para a melhoria da qualidade das ações dispensadas.

O sucesso deste trabalho também se deu graças ao apoio da comunidade, ao empenho de toda a equipe e dos gestores que contribuíram de forma gigantesca para a organização da atenção dispensada aos mesmos. Há maior envolvimento da

equipe multiprofissional na atenção, melhora nas ações de promoção e prevenção da saúde, mudança na relação profissional/usuário melhora do acolhimento e da humanização do atendimento, e como resultado temos a ampliação na cobertura melhor qualidade de atendimento em saúde e melhor relação com a população.

Queremos expressar o nosso agradecimento e dizer que a partir de agora, este trabalho faz parte da rotina de nosso serviço de saúde e outras ações irão sendo melhoradas. Para isso contamos com a ajuda e o apoio da comunidade para continuar melhorando a atenção aos hipertensos e diabéticos e de outros programas desenvolvidos no serviço de saúde.

## **5. Reflexão Crítica sobre Processo Pessoal de Aprendizado**

No desenvolvimento do meu trabalho posso dizer que o processo de aprendizagem superou minhas expectativas onde consegui adquirir conhecimentos, reconhecer capacidades, tomar atitudes devidas e mudar formas de comportamentos. Através da análise, listagem dos problemas e prioridades, pôde-se desenvolver habilidades para planejar e implantar ações realmente úteis e produtivas para solução de problemáticas.

Conseguimos, através do curso e de todas as orientações valiosas que foram dispensadas, aprendizados relevantes, pois conseguimos mudar a realidade da assistência à saúde dispensada aos pacientes hipertensos e diabéticos. O serviço foi organizado de forma a atender às reais necessidades dos pacientes, mediante a utilização dos conhecimentos técnico-científicos, dos meios e recursos disponíveis, num contexto de humanização da assistência.

Com o curso pude aprimorar meus conhecimentos, adquirir qualificação da prática profissional, e hoje me sinto mais preparada para traçar intervenções no serviço e colocá-las em prática. Isso será de grande importância para ampliar assim a qualidade no atendimento à saúde da população e, conseqüentemente, a melhoria do serviço de saúde do município.

Na qualificação da prática profissional foi de grande valia os casos clínicos onde revisamos e discutimos sobre problemas comuns na atenção primária à saúde. Os conteúdos didáticos sobre saúde coletiva e insumos técnicos científicos foi de grande importância para a construção da habilidade para pensar e organizar projetos de intervenção.

## **Referências Bibliográficas**

BRASIL. Ministério da Saúde. Diabetes mellitus: **Guia básico para diagnóstico e tratamento**. 2.ed, Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Análise da Estratégia Global para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde**. Brasília, abril de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília; 2006. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica15.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf)>.

## **Anexos**



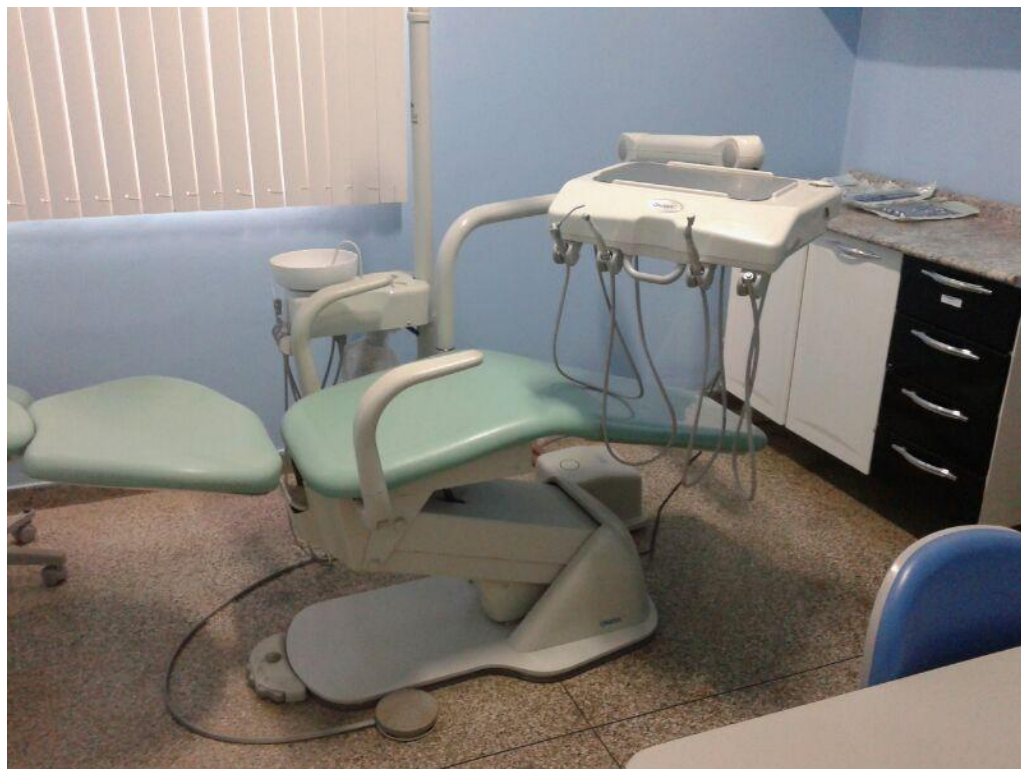




### Anexo 3: Fotografias da Unidade de Saúde da Família









**Anexo 4: Carta de Aceite 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  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

