

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**

**Especialização em Saúde da Família**

**Modalidade a Distância**

**Turma nº5**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção a Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou  
Diabetes Mellitus na USF Lagoa Do Sítio 1, Macaíba / RN**

**MICHELL EDGAR PINTO PENARANDA**

**Pelotas, 2015**

**MICHELL EDGAR PINTO PENARANDA**

**Melhoria da Atenção a Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou  
Diabetes mellitus na USF Lagoa do Sítio 1, Macaíba / RN**

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

**Orientadora: Tatiana Afonso da Costa**

**Pelotas, 2015**

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

P397m Peñaranda, Michell Edgar Pinto

Melhoria da Atenção a Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na USF Lagoa do Sítio 1, Macaíba/RN / Michell Edgar Pinto Peñaranda; Tatiana Afonso da Costa, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

79 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Costa, Tatiana Afonso da, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

## **Agradecimentos**

Agradeço infinitamente a minha esposa Paola e minha filha pelo apoio incondicional durante esta etapa, pela compreensão da minha ausência e o amor sempre disponível, elas duas me incentivam sempre a buscar novos objetivos e lutar para alcançá-los.

Também quero agradecer ao odontologista da minha equipe pelo acolhimento, desde o início, e o apoio que foi muito importante durante os momentos difíceis da intervenção e por último e não menos importante a minha orientadora Tatiana que teve a paciência para me orientar.

## Resumo

PENARANDA, Michell Edgar Pinto. **Melhoria da Atenção à Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus na USF Lagoa do Sítio 1, Macaíba / RN.** 2015. 75f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) são considerados atualmente sérios problemas para a saúde, lamentavelmente a incidência dessas doenças são cada vez maiores. Para tentar garantir que a população de mais de 20 anos de idade com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) possam ter uma assistência com qualidade, dentro do que é preconizado pelo Ministério da Saúde, elaboramos uma intervenção no programa de saúde dos hipertensos e diabéticos da unidade de saúde da família Lagoa do Sítio 1, no município de Macaíba. Escolhemos a intervenção em hipertensão e diabetes porque nossa prevalência é alta e não tínhamos registros atualizados porém era uma área que precisava mesmo de uma atualização e acompanhamento melhor onde tinha 81 HAS que representava o 16% da cobertura e 27 para DM que representava 18% de cobertura. A intervenção foi realizada por meio de capacitação técnica da equipe, recadastramento da população alvo, monitoramento de indicadores de qualidade da assistência realizada, estímulo a participação popular, facilidade de acesso e prática diária, baseada no Caderno de Atenção Básica do Ministério da saúde de Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão e Diabetes, nº36 e nº37, do ano 2013. Os indicadores quantitativos e qualitativos da intervenção foram coletados durante 12 semanas em planilha fornecida pelo Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), os mesmos permitiram uma atualização e análise dos dados com a finalidade de traçar novas metas e adotar as melhoras que foram implementadas durante a intervenção. Dentro os diversos resultados encontrados, destaca-se a cobertura do programa que chegou a 25,3% para os HAS e um 41,5% para os DM, o que equivale a cerca de 96 hipertensos e 39 diabéticos. A intervenção conseguiu atingir 100% em todas as metas propostas para qualificação da atenção e/ou assistência. A importância da intervenção reflete na melhoria da qualidade de atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos assim como um cadastro atualizado dos mesmos, o serviço ficou mais organizado e com resolutividade às demandas dos usuários. Com a intervenção a equipe está mais unida e preparada para novas ações.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde; Saúde da família; programa de Hipertensão e Diabetes Mellitus

## Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico de indicadores de proporção de cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Lagoa do Sitio 1	48
Figura 2	Gráfico de indicadores de cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Lagoa do Sitio 1	49
Figura 3	Gráfico de indicadores de proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo a protocolo do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Lagoa do Sitio 1	50
Figura 4	Gráfico de indicadores de proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo a protocolo do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Lagoa do Sitio 1	50
Figura 5	Gráfico de indicadores de proporção de hipertenso com exame complementares em dia de acordo a protocolo do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Lagoa do Sitio 1	51
Figura 6	Gráfico de indicadores de proporção de diabéticos com exame complementares em dia de acordo a protocolo do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Lagoa do Sitio 1	52
Figura 7	Gráfico de indicadores de proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Lagoa do Sitio 1	53
Figura 8	Gráfico de indicadores de proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Lagoa do Sitio 1	53
Figura 9	Gráfico de indicadores de proporção de hipertensos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Lagoa do Sitio 1	54
Figura 10	Gráfico de indicador de proporção de diabéticos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Lagoa do Sitio 1	55
Figura 11	Gráfico de indicador de proporção de hipertensos faltosos as consultas com busca ativa do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Lagoa do Sitio 1	56
Figura 12	Gráfico de indicador de proporção de diabéticos faltosos as consultas com busca ativa do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Lagoa do Sitio 1	56
Figura 13	Gráfico de indicador de proporção de hipertenso com registro adequado na ficha de acompanhamento do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Lagoa do Sitio 1	57
Figura 14	Gráfico de indicador de proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento do programa de atenção	58

	ao diabético na unidade de saúde Lagoa do Sitio 1	
Figura 15	Gráfico de indicador de proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Lagoa do Sitio 1	59
Figura 16	Gráfico de indicador de proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Lagoa do Sitio 1	59
Figura 17	Gráfico de indicador de proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Lagoa do Sitio 1	60
Figura 18	Gráfico de indicador de proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Lagoa do Sitio 1	61
Figura 19	Gráfico de indicador de orientação sobre a pratica de atividade física regular do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Lagoa do Sitio 1	62
Figura 20	Gráfico de indicador de orientação sobre a pratica de atividade física regular do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Lagoa do Sitio 1	62
Figura 21	Gráfico de indicador de orientação sobre os riscos de tabagismo do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Lagoa do Sitio 1	63
Figura 22	Gráfico de indicador de orientação sobre os riscos de tabagismo do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Lagoa do Sitio 1	64
Figura 23	Gráfico de indicador de orientação sobre higiene bucal do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Lagoa do Sitio 1	65
Figura 24	Gráfico de indicador de orientação sobre higiene bucal do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Lagoa do Sitio 1	65

## Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
EaD	Educação à Distância
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DM	Diabetes <i>mellitus</i>
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	Exame de Glicemia Capilar
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PN	Pré-Natal
PMM	Programa Mais Médicos
OMS	Organização Mundial de Saúde
RAS	Relatório de Análise Situacional
RN	Rio Grande do Norte
RS	Rio Grande do Sul
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde



## Sumário

1. Análise situacional:.....	11
1.1. Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	11
1.2 Relatório de análise situacional .....	12
1.3 Comparativo entre o texto inicial e a Análise Situacional .....	17
2 Análise Estratégica.....	18
2.1. Justificativa.....	18
2.2 Objetivos e Metas.....	20
2.2.1 Objetivo Geral .....	20
2.2.2 Objetivos Específicos .....	20
2.3 Metodologia.....	22
2.3.1 Detalhamento das ações .....	22
2.3.2. Indicadores.....	31
2.3.3 Logística.....	38
2.3.4. Cronograma: .....	41
3. Relatório da intervenção.....	42
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	42
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	44
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	45
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	45
4. Avaliação da intervenção .....	47
4.1 Resultados .....	47
4.2 Discussão.....	66
5. Relatório de intervenção par aos gestores .....	69
6. Relatório da Intervenção para a Comunidade .....	71
7. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem.....	73
Referências .....	75
Anexos .....	76

## **Apresentação**

O trabalho de conclusão de curso é o resultado do esforço, planejamento, execução e análise da intervenção no programa de atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos na USF Lagoa do Sitio 1 em Macaíba/RN, com a finalidade de cumprir com um dos requisitos para obtenção do título de especialista em saúde da família.

O referido trabalho subdivide-se em sete partes. A primeira parte é a Análise Situacional, com uma explicação detalhada do funcionamento da USF antes da intervenção. Na segunda parte apresentamos a Análise Estratégica, na qual são colocados justificativa, objetivos, metas, metodologia, indicadores e cronograma da intervenção. O Relatório da Intervenção, compõe a terceira parte, na qual há uma apresentação das ações desenvolvidas, detalhamento da viabilidade das ações pactuadas, as dificuldades, as facilidades os obstáculos encontrados durante a concretização da intervenção. Após, na quarta parte do trabalho, há a Avaliação da Intervenção com os relatórios dos dados encontrados, as análises e a discussão das informações coletadas durante a intervenção.

Na continuação, encontram-se dois relatórios (parte seis e sete do trabalho), um para a comunidade e outro para os gestores, ambas detalham o que aconteceu durante o projeto alias contém uma proposta para as partes envolvidas na intervenção. Culminando com uma Reflexão Crítica sobre os aprendizados e os seus significados ao longo da especialização em saúde da família da UFPEL.

## **1. Análise situacional:**

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

Uma das coisas mais importantes para um bom atendimento é a infraestrutura da unidade que tem que ter normas de segurança, respeitando as pessoas com deficiências e idosos. Minha Unidade Básica de Saúde (UBS), é uma construção nova tem só 4 anos de funcionamento, com uma infraestrutura que tem muitas deficiências arquitetônicas que influenciam diretamente no atendimento de os usuários com deficiências e idosos.

O que a UBS não tem:

1. Calçada.
2. Rampas auxiliares.
3. Corrimãos.
4. Puxadores nas portas dos banheiros.
5. Cadeiras de rodas.
6. Sinalização para usuários com deficiências auditivas e visuais.
7. Paredes não são laváveis.
8. Mosquiteiros não têm as janelas.

Todos os problemas que mencionei afetam diretamente a relação da comunicação com a comunidade, mas ainda assim a equipe consegue ter uma atenção dentro das possibilidades. Agora o que afeta o usuário é não ter a autonomia que deveria ter o idoso e as pessoas com deficiência, dificultando mais sua integração e diminuindo um direito que por lei eles têm. O que posso ressaltar é que em minha unidade todas as famílias estão cadastradas e têm área demográfica atualizada o que facilita muito o atendimento e o acolhimento. Esse aspecto também favorece o conhecimento da equipe perante às dificuldades da unidade e das pessoas. Para poder resolver alguns dos problemas que foram ditos anteriormente, a equipe realiza visita domiciliar aos idosos e usuários com deficiências, desse jeito.

Evitamos, também, acidentes e podemos ter controle destes usuários. É importante pedir à secretaria de saúde, para reformar a UBS, de modo que possamos atender ao usuário em um espaço adequado para todos os sujeitos. Além disso, acho que poderíamos fazer palestras de dengue para a população que é uma boa medida de prevenção.

Todas as mudanças levam tempo, mas o principal é ter o conhecimento de como deveria ser uma UBS ideal para os usuários; fazer melhorias por que a comunidade merece. Agora no que se refere a equipamentos, acho que é importante ter, pelo menos, equipamentos básicos, porque não se pode trabalhar sem ter o básico. Porém percebo, na conversa com muitos de meus colegas, que se tem muita boa vontade para poder trabalhar e brindar ao usuário um bom atendimento.

O Ministério da Saúde investe em bons projetos de UBS e faz o desembolso de dinheiro ao município, mas eu acho que os projetos são deficientes, eu penso que os municípios têm que ter mais controle das unidades e brindar mais apoio econômico para lograr unidades de qualidade.

A gente tem um compromisso e aos poucos se consegue.

## **1.2 Relatório de análise situacional**

A população estimada de Macaíba e de 75,000 habitantes segundo (IBGE 2010), a rede de saúde dispõe de 01 Hospital, 02 Policlínicos, 02 Centros de Saúde, 01 Unidade de Pronto Atendimento, 23 Unidade Básica de Saúde, sendo que as três nas quais atuam localizam-se na zona rural.

A Unidade Básica de Saúde da família (UBSF) Lagoa do Sítio 1 localiza-se na zona rural de Macaíba, Rio Grande do Norte e vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), sob gestão municipal e não está vinculada à instituição de ensino. Esta assiste 286 famílias cobertas e 192 famílias descobertas e uma população 2500 pessoas. Pelo preenchimento do Caderno de Ações Programáticas (CAP), estima-se a população com as seguintes características: 827 mulheres em idade fértil (10-49 anos); 629 mulheres entre 25 e 64 anos; 187 Mulheres entre 50 e 69 anos; 37 crianças menores a um ano; 74 crianças menores de cinco anos; 271 idosos; 519 usuários com 20 anos ou mais com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 148 usuários com Diabetes Mellitus (DM).

A UBS Lagoa do sítio 1 conta com uma equipe por enquanto estamos conseguindo atender as demandas da população além de isso começamos a atuar com as ações de promoção a saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças, a equipe está constituída por: um médico generalista, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermeira, um odontólogo, um auxiliar de odontologia, um Agente Comunitário Saúde (ACS), uma auxiliar de limpeza geral. Em relação à estrutura, a

mesma se mostra adequada está formada por sala de recepção, um consultório médico, um consultório de enfermagem, um de odontologia, um ambiente para atenção de usuários para triagem, uma sala para aferir os sinais, uma sala de vacinação, ambiente para material, uma cozinha, uma sala de descanso, 3 banheiros (um para uso masculino, outro feminino, e, também têm banheiro para o pessoal de trabalho). Além disso, o território tem muitas dificuldades como, por exemplo, falta de segurança, alto índice de violência, falta de saneamento básico, acúmulo de lixo nas ruas.

Os dias de atendimentos estão bem organizados; por dia, conforme já apresentado anteriormente, onde a rotina é de dois períodos de manhã e tarde, fazendo um atendimento de dez usuários em ambos os períodos deixando duas vagas de emergência em cada período, mas temos que melhorar a agenda, capacitar mais a equipe para um melhor acolhimento, além de investir na participação da comunidade, para que eles conheçam a realidade, as dificuldades e as vontades da unidade. Também realizamos campanhas de educação e prevenção dentro do cronograma e a equipe faz o que puder pela comunidade, as vezes é difícil lidar com dificuldades de infraestrutura, falta de insumos, materiais, etc.

Com referência à saúde da criança em minha Unidade Básica de Saúde (UBS), fazemos visita domiciliar antes dos 7 dias de vida da criança. Além disso, acompanhamos à família durante a puericultura da criança, o que em minha opinião é muito importante, porque fortifica o vínculo da equipe com a família do recém-nascido, realizamos consulta agendada respeitando o calendário do ministério da saúde. Preenchemos a caderneta em cada consulta avaliando e controlando os indicadores; como por exemplo, as imunizações, e o teste do pezinho. Ao mesmo tempo, fazemos orientações gerais sobre os cuidados com um recém-nascido e a prevenção de acidentes. Também consideramos na consulta, os dados antropométricos, o rastreamento de displasia de quadril e a oculta cardíaca. Porém, não realizamos a avaliação da visão e da audição.

Desta forma, temos um total 20 crianças menores de um ano e residentes na área, que são acompanhadas na UBS constituindo 54% de cobertura. Já em relação aos indicadores de qualidade, a maioria é cumprida. As consultas estão em dia, de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, correspondendo a 100% das crianças, porém só temos 20% de crianças com atraso na consulta agendadas em mais de sete dias. O teste do pezinho e a consulta de puericultura nos primeiros sete

dias de vida, correspondem a 100% das crianças, com exceção da triagem auditiva que não é realizada em minha unidade.

Com relação ao monitoramento do crescimento e desenvolvimento, atingimos 85% das crianças, como também em relação as imunizações. Todavia, a avaliação de saúde bucal só atingiu 50% das crianças. Para as orientações sobre aleitamento materno exclusivo e prevenção de acidentes, realizamos em 100% das consultas.

Para melhorar os índices de cobertura e qualidade, temos que fazer: grupos de puérperas, atingir um maior número de palestras sobre cuidados com a criança, os sintomas de risco e outros assuntos pertinentes a esse público. Além disso, poderíamos ter um registro específico das crianças com as datas já marcadas de controle, evitando possíveis atrasos.

Em relação ao pré-natal temos na área 10 gestantes, com apenas 27% de cobertura e fora de área temos 3, todas as gestantes na área são acompanhadas na UBS. Todas as gestantes estão fazendo controle pré-natal o número de mulheres que fizeram consulta de puerpério é de 10 usuárias a qualidade de atendimento é boa e as usuárias sentem-se acolhidas e protegidas.

Fazemos os exames de rotina e, a usuária já sai da consulta com a próxima consulta agendada, além disso, temos os números de telefone por si acontece algum imprevisto o si ela não vem ligamos para fazer o agendamento da próxima consulta.

A maioria das usuárias conhece onde vão ter os filhos de elas o problema principal é a distância muitas de elas não tem dinheiro para o transporte a unidade, mas próxima está em reformas. Minha equipe oferta informação as mães sobre alimentação saudável dando conselhos do que devem consumir, temos um registro específico de gestantes, não temos grupos de gestantes, mas fazemos palestras e educação continuada durante a consulta também realizamos visita no domicilio das puérperas antes do mês temos atualmente 10 puérperas.

Com respeito à prevenção de câncer de útero e mama em minha unidade fazemos um atendimento de qualidade, solicitamos mamografia, fazemos exames clinico das mamas na consulta, além disso a enfermeira realiza o preventivo.

Em minha unidade, o registro de prevenção de câncer de colo uterino é insatisfatório, pois só temos registradas 117 mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área, constituindo só 19% de cobertura. Com referência aos indicadores de

qualidade, temos 100 mulheres com exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia, correspondendo a 85%. Já com referência a exame citológico de colo uterino com mais de 6 meses de atraso, exame citopatológico para câncer de colo alterado, avaliação de CA de colo de útero, os registros que têm em minha unidade são incompletos, o que dificulta o cálculo dos indicadores.

A orientação sobre a prevenção de câncer de colo útero e Doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) são realizadas em 100% das consultas de rotina da mulher. Já em relação à coleta de exames com amostras satisfatórias, temos 115 usuários, representando 98% das mulheres.

Já em relação a cobertura de câncer de mama é insatisfatória, pois em minha unidade não temos um registro específico e satisfatório. Temos somente 87 mulheres entre 50 e 69 acompanhadas na UBS, representando 47% de cobertura. Comparando com os denominadores do Caderno de Ações Programáticas, o ideal seria uma cobertura de 187 mulheres os indicadores de qualidade, temos apenas 54% das mulheres com mamografia em dia e 34% do total de mulheres estão com mamografia em atraso. Para a avaliação de risco de câncer de mama, somente foram avaliadas 66% das mulheres, mas com relação às orientações de prevenção do câncer de mama temos 100% de atenção a esse aspecto, pois as orientações são feitas na consulta de rotina. Destaco que os registros em nossa UBS são insatisfatórios.

Com relação às ações de educação em saúde, ressalto que temos grupos, mas pela situação socioeconômica e pela cultura das mulheres na área é muito difícil. Isso dificulta a participação das mesmas nos grupos, pois as mulheres têm muitos filhos e a rotina de cuidado não permite que elas venham às palestras continuamente e resulta em fracasso das ações. Nesse caso, para melhorar a situação, primeiro temos que criar um registro melhor, com vistas a acontecer uma busca ativa das mulheres com exames alterados. Em segundo lugar, precisamos continuar com as atividades de educação e prevenção mamas e realizar educação continuada sobre prevenção de câncer de mama e útero aos membros da equipe de saúde, para poder educar as mulheres durante a visita no domicílio.

Outra ação programática do curso faz referência aos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Temos na área 81 usuários registrados com hipertensão arterial, resultando 16% de cobertura, um índice considerado baixo. Já para os indicadores de qualidade, a realização de estratificação de risco cardiovascular por critério

clínico corresponde a um 86%, o indicador de exames complementares periódicos em dia, temos 86% e para a orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável atingimos os 100%.

No que se refere avaliação de saúde bucal em dia, temos um índice de 74%, pois se faz em outro dia, mas agora estamos fazendo de forma conjunta.

Para melhorar os índices de cobertura e qualidade temos que melhorar o registro das pessoas, além disso, temos que educar à comunidade, de modo a ensinar hábitos alimentares saudáveis, e atividades física regular, formar grupos de hipertensos e aumentar o número de palestras. Já em relação à diabete que atualmente é considerada uma epidemia, temos registrados na área 27 pessoas, constituindo 18% do índice de cobertura. Já para os índices de qualidade fazemos estratificação de risco cardiovascular clínico em 100%, porém temos atraso da consulta agendada em 26%. Cumprimos com 100% de acesso aos exames complementares e 74% dos exames de revisão dos pés, palpação de pulso, medida de sensibilidade e avaliação de saúde bucal. Além disso, a equipe cumpre com 90 a 100% de orientações feitas.

Para melhorar os índices de cobertura e qualidade da diabete, precisamos organizar uma orientação conjunta, auxiliada pelos ACS, na busca por uma educação permanente nas visitas domiciliares. Além disso, é necessário estimular grupos de caminhada, aumentar as palestras e criar grupo de diabético.

Saúde dos Idosos - atualmente, o mundo convive com a realidade de pessoas com maior expectativa de vida, ou seja, é fato que teremos uma população mais longeva é nesse processo, destaco a dificuldade em preencher o Caderno de Ações Programáticas, por que o registro da unidade não é adequado, os dados são desatualizados e não temos o número exato de idosos da área. Dessa forma, os números que temos nos permitem dizer que em nossa UBS temos 70 pessoas idosas na área, o que representa 26% de cobertura, segundo a nossos denominadores deveríamos ter um indicador de cobertura de 271 usuários maiores de 60 anos. Assim nossa cobertura é considerada muito baixa uma vez que, geralmente idosos moram sozinhos, e é mais difícil o acesso deles na UBS. Para isso, a equipe está fazendo visita domiciliar, com foco em melhorar o atendimento. Além disso, o que se refere aos índices de qualidade tem: 14% das pessoas idosas com caderneta de saúde da pessoa idosa: 57% de avaliação multidimensional rápida realizada, 71% de idosos com acompanhamento em dia; 100% de idosos



com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica e 21% com diagnóstico de Diabetes Mellitus; 43% com avaliação de risco para morbimortalidade realizada; 57% de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice; 71% com avaliação para saúde bucal em dia e 86% de idosos orientados sobre alimentação saudável e atividades físicas regulares.

Com vistas a melhorar os aspectos citados acima, precisamos ter um registro atualizado dos usuários maiores de 60 anos, melhorar a atenção no que se refere a visitas domiciliares e promover o uso e a atualização da Caderneta de Saúde do Idoso, pois esse instrumento possui informações relevantes e importantes para o cuidado desses usuários.

Destaco que a equipe busca o cuidado com a prioridade para o atendimento desses usuários e que esse processo merece ter continuidade, além de investir em educação continuada e permanente na área da saúde do idoso, já que temos que aumentar o número de palestras e atividades para eles, pois esse processo é fundamental para toda a equipe e para a população.

### **1.3 Comparativo entre o texto inicial e a Análise Situacional**

O preenchimento do caderno de ações programáticas foi muito útil, conheci melhor minha unidade as dificuldades que têm. Em algumas áreas estamos bem organizados, mas em outras temos que melhorar muito. Fazendo a comparação dos dois textos se pode perceber que a Unidade Situacional propicia um maior conhecimento da UBS, tanto em termos de estrutura, quanto processo e resultado. Além disso, o preenchimento do Caderno de Ações Programáticas é útil porque ajuda a conhecer as deficiências nos diferentes programas do ministério da saúde e mostra onde tem que ser feitas as intervenções.

As melhorias foram mais evidenciadas na organização do trabalho e especificamente na rotina de atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos, antes destas leituras e reflexões, as ações só eram efetuadas com objetivo assistencial, o atendimento clínico estava limitado mais aos sintomas agudos e não tinha um enfoque preventivo e de avaliação de risco. Depois deste aprofundamento, perceber-se os resultados positivos na mudança de postura frente ao usuário.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1. Justificativa**

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) varia entre 22% e 44% em adultos, uma média de 32% no Brasil. Esses dados podem chegar a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (Cadernos de Atenção Básica, nº 37 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica/ Hipertensão Arterial Sistêmica, 2013). Já em relação ao Diabetes mellitus (DM), dados da Organização Mundial de Saúde (2003), nos mostram que o Brasil ocupa a 8ª posição mundial de prevalência dessa doença – 4,6% no ano 2000, com estimativa de um aumento significativo (11,3%) para o ano de 2030, subindo para a 6ª posição. Esse aumento tem relação com fatores de risco ancorados em hábitos alimentares e estilo de vida da população (Cadernos de Atenção Básica, nº 36 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica/Diabetes Mellitus, 2013).

Nesse sentido, pensando a ação para nossa Unidade Básica de Saúde (UBS), destacamos que a estrutura da nossa UBS é boa e a equipe está completa, contudo só tenho um agente de saúde que tem bom conhecimento da comunidade. Assim, decidimos fazer uma intervenção com foco em melhorar os índices da nossa área de abrangência, uma vez que temos 2500 pessoas cadastradas e nossa cobertura de HAS é de 16% totalizando 81 usuários, e de diabéticos é de 18% que corresponde a 27 usuários. A qualidade do atendimento é boa, mas nem sempre conseguimos fazer o atendimento a todas as pessoas. Na UBS não temos ações de promoção em saúde, não existe grupo de HAS e de diabéticos, mas temos uma boa infraestrutura onde podemos fazer mais palestras com o fim de educar a comunidade. Outra limitação importante é que só trabalho na unidade de 2 a 3 dias na semana, porque tenho que fazer atendimento em outras unidades o que prejudica muito as atividades com a comunidade. Na unidade a promoção de saúde é feita, apenas durante a consulta dos usuários, pois não há grupos de educação em saúde para esse público.

Em virtude da baixa cobertura para o programa de atenção a HAS e DM e, por entender a necessidade de investir em uma ação com pouca repercussão na UBS (pela não importância às doenças diagnosticadas, uma vez que essas doenças não causam dor e a magnitude do problema não é percebida), é necessário informar

e orientar as mesmas. Esses dados são corroborados pelo levantamento realizado e demonstram que é preciso investir em visitas domiciliares e atividades de educação em saúde, ampliando o escopo de ações do cuidado para a atenção integral.

Assim, a importância desta intervenção fica evidente quando avaliamos os dados da UBS. Desta maneira, buscamos uma cobertura de 50% para os programas (HAS e DM) e uma qualidade 100% para a intervenção com os dois públicos. Podemos apontar como aspectos que facilitarão a intervenção: a boa infraestrutura da unidade e boa qualidade de atendimento, o que permite que o usuário se sinta bem acolhido, como também, a realização de atividades de promoção e educação. Igualmente, outros três pontos facilitarão a intervenção, são eles: a realização de exames complementares na unidade uma vez por semana, o que facilitará o acesso à coleta dos exames complementares; os atendimentos odontológicos com dia exclusivo para o agendamento de usuários portadores de HAS e DM e o apoio de um nutricionista, que em breve, acompanhará os casos dos usuários e orientará sobre nutrição.

Contudo, alguns aspectos poderão dificultar a ação, são eles: um único dia na semana com disponibilidade de transporte de uso exclusivo para a UBS, o que limita a atenção domiciliar, a busca por faltosos e o cadastro de novos usuários, pois não poderemos chegar a todos os domicílios (já que nossa área é longe); temos apenas um agente comunitário de saúde, o que prejudica na cobertura e o acompanhamento da área; meu atendimento reduzido à UBS, porque uma vez por semana faço um dia de atendimento em outra comunidade e cada 15 dias faço outro atendimento em outra unidade; a não realização de palestras para prevenção contínua e as dificuldades para o agendamento desses usuários; a falta de novos registro de usuários do programa de HAS e DM, como também a desatualização dos registros existentes e, por fim, a falta de recursos materiais na unidade, pois só temos um tensiômetro e faltam fitas de hemoglicoteste (embora o pedido já tenha sido feito, aguardamos uma resposta).

## **2.2 Objetivos e Metas**

### **2.2.1 Objetivo Geral**

Melhorar a qualidade da atenção e assistência prestada aos Hipertensos e/ou Diabéticos na Unidade de Saúde da Família Lagoa do Sítio, no município de Macaíba/ RN.

### **2.2.2 Objetivos Específicos**

Relativo ao objetivo 1: Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos em na área de abrangência

Meta 1: Ampliar a cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde para 50%

Meta 2: Ampliar a cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde para 50%

Relativo ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Relativo ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

Relativo ao objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos;

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos;

Meta 23: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos;

Meta 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabético.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Lagoa do Sitio 1 no Município de Macaíba RN. Participarão da intervenção 110 usuários dos mesmos 96 hipertensos e 39 diabéticos de 20 anos o mais. O registro do trabalho está presente no (ANEXO A).

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

#### **Objetivo 1: referente à Cobertura**

##### **Eixo: Monitoramento e avaliação**

**Ação:** cadastrar 50% dos usuários no programa de atenção de hipertensos e diabéticos.

**Detalhamento da Ação:** o cadastro dos usuários acontecerá durante o tempo que dure a intervenção o cadastro será feito pelos agentes de saúde e a enfermeira nas fichas e o caderno de registro de enfermagem o mesmo será realizado em visitas domiciliares e nas consultas na UBS.

**Ação:** Monitorar e acompanhar os hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial (HAS) e à Diabetes Mellitus (DM) da unidade de saúde.

**Detalhamento da ação:** o monitoramento da ação se dará através da Planilha de Coleta de Dados, e também com a ficha espelho (ANEXO C) e do caderno de acompanhamento dos usuários e será realizando semanalmente e durante todo o período da intervenção. O preenchimento da Planilha de Coleta de Dados (ANEXO B) e da ficha espelho será realizado pelo médico da UBS e o caderno será

preenchido pela enfermeira da unidade, sendo ambos acompanhados e analisados pela equipe quinzenalmente durante a reunião de equipe, as quartas feiras. As mesmas aconteceram com vistas a verificar os faltosos e acompanhar a atenção disponibilizada, proporcionando subsídios para o planejamento das ações e da busca ativa. A busca dos usuários faltosos será feita semanalmente a partir do controle dos instrumentos acima e estará sob responsabilidade dos ACS através das visitas domiciliares. A solicitação e monitoramento da chegada do material (Ficha espelho, protocolos de atenção, e etc.) será realizado através de uma carta de solicitação à gestão municipal durante a primeira semana de intervenção sob a responsabilidade do médico da equipe.

**Eixo: organização e gestão do serviço**

**Ação:** Garantir material adequado para a atenção ao usuário do Programa de Hipertensão e Diabetes.

Garantir o registro dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa.

Melhorar o acolhimento para os usuários portadores HAS e/ou Diabetes.

**Detalhamento da ação:** Solicitando ao gestor das Unidade Básica de Saúde lagoa do Sitio 1 o material correspondente para a verificação da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e hemoglicotestes. A solicitação será realizada por escrito durante a primeira semana de intervenção a mesma será responsabilidade do médico.

**Eixo: engajamento público**

**Ação:** Informar, orientar e sensibilizar a comunidade sobre o Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. .

**Detalhamento da ação:** A ação se dará por meio de atividades em sala de espera realizadas durante os quatro meses da intervenção, sendo realizada uma vez por semana sob a responsabilidade de toda equipe. A equipe fará palestras e orientações em um calendário previamente definido com temas e os responsáveis por cada fala os responsáveis das palestras são o médico, odontólogo e a enfermeira. Além disso, serão realizadas ações na comunidade, com vistas a desenvolver espaços de orientação, informação e cuidado na comunidade (aferição

da pressão arterial e glicose), sob a responsabilidade de toda a equipe buscando a participação conjunta da comunidade.

**Ação 2:** monitorar e acompanhar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular

**Detalhamento da ação:** a enfermeira e o médico serão responsáveis do monitoramento da medicação necessária para os hipertensos e diabéticos e o farmacêutico da unidade fará uma lista com os medicamentos da farmácia, ambos serão entregues mensalmente. Além disso, a medicação será solicitada uma vez por mês a partir de uma prévia reunião entre enfermeiro, médico e farmacêutico, tendo o farmacêutico como responsável pela solicitação e a tabela de controle de medicamentos da UBS como meio para tal controle.

**Ação 3:** Manter as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atualizadas.

**Detalhamento de ação:** as informações devem ser armazenadas no caderno do registro e mensalmente atualizadas quanto ao número de atendimentos, procedimentos e quantitativo nos SIAB. A ação estará sob a responsabilidade da enfermeira da unidade e acontecerá durante os 4 meses da intervenção sendo que o sistema será alimentado na UBS necessitando do caderno de registro e a colaboração dos agentes de saúde.

**Eixo: qualificação da prática clínica**

- Capacitar a equipe para o cadastramento e para a intervenção nos programas de hipertensos e diabéticos.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo manuseio adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

**Detalhamento da ação:** Realizaremos educação continuada aos membros da equipe com foco em qualificar usando os manuais oficiais; a atenção por eles prestada detalhando quais as orientações precisam ser repassadas, como se dará o fluxo de atenção da UBS, como utilizar os materiais disponibilizados para o cuidado (manguito e a realização de hemoglicoteste) e esclarecimentos sobre o atendimento



de acordo com o Protocolo do Ministério da Saúde. Essa ação acontecerá nas primeiras semanas da intervenção, no espaço da UBS e será de responsabilidade do médico da equipe.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade do atendimento aos usuários portadores de hipertensão e diabetes.

**Eixo: Monitoramento e avaliação**

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos hipertensos e/ou diabéticos.
- Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

**Eixo: Organização e gestão do serviço**

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Contar, de preferência, com apoio da gestão e da prefeitura pela oferta de cursos, por exemplo.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.
- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.
- Realizar controle de estoque e a validade de medicamentos.
- Manter registros das necessidades de medicamentos.

**Eixo: Engajamento público**

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e/ou diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e qual seria a periodicidade para a realização dos mesmos.

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

#### **Eixo: Qualificação da prática clínica**

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado;
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade para solicitação de exames complementares;
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes;
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

**Detalhamento da ação:** organizar um fluxograma de atenção ao usuário desde sua entrada na UBS até o atendimento prestado. Primeiramente é realizado o preenchimento dos dados do usuário na recepção sob a responsabilidade da recepcionista da UBS. Em seguida uma triagem e um acolhimento serão realizados com o sujeito pela equipe técnica (técnico de enfermagem, enfermeira e médico) dependendo da disponibilidade do profissional, sendo encaminhado para o profissional específico (médico ou enfermeira) se houver necessidade do encaminhamento. O acolhimento poderá ser realizado, também, por outros profissionais não técnicos a depender da demanda da UBS. As consultas realizadas terão como foco assistir o usuário em suas necessidades, buscando a resolutividade, a partir de uma consulta completa realizar o exame clínico dos usuários, com exame de glicemia capilar (HGT), verificação dos sinais vitais, e ter diálogos frequentes e avaliações sobre a forma de medir a pressão arterial; peso, altura e a circunferência abdominal dos usuários, realizados na pré-consulta e na consulta fazer a orientação, incluirão atividade física, alimentação saudável, uso de medicações, etc.; (anamnese, exame físico realizado pelo médico, estratificação de risco e solicitação de exames se o usuário estiver com a carteira do Hipertenso e/ou Diabético, devemos adicionar informações, na ficha, no prontuário médico), devemos cuidar o acesso dos usuários aos medicamentos (acesso) – a cargo da enfermeira, caso não haja medicamentos, devemos anotar isso na ficha encaminhando – se necessário – a médicos especialistas do município.

Em relação à capacitação, e preciso que haja reuniões e diálogos para atualização constante e conversar com o gestor sobre os protocolos Oficiais (estarem impressos na UBS).

**Objetivo 3: Melhorar a adesão dos hipertensos e/ou diabéticos às ações.****Eixo: Monitoramento e avaliação**

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

**Eixo: Organização e gestão do serviço**

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

**Eixo: Engajamento público**

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

**Eixo: Qualificação da prática clínica**

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

**Detalhamento da ação:** Ação será realizada durante os 3 meses da intervenção, sendo os agentes de saúde responsáveis pelo agendamento dos exames de sangue, urina, etc. A coleta será realizada na unidade, duas vezes ao mês - geralmente são marcados 60 usuários das quais 20 vagas serão destinadas aos hipertensos e diabéticos, os quais serão agendados com prioridade no caderno de pedido de exames - o usuário já tem que sair da unidade com a data marcada para a realização de exames, nos usuários faltosos o agente de saúde fará a visita domiciliar com enfermeira para a correspondente solicitação de exames. O acompanhamento dos exames realizados e dos resultados recebidos será feito pelo médico no dia da consulta de hipertensão e diabetes a marcação da consulta e responsabilidade do agente de saúde quem informara ao usuário na visita domiciliar a data da consulta garantindo a presença do usuário na mesma.

**Objetivo 4: Melhorar e organizar os registros dos hipertensos e/ou diabéticos****Eixo: Monitoramento e avaliação**

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

**Eixo: Organização e gestão do serviço**

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

**Eixo: Engajamento público**

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

**Eixo: Qualificação da prática clínica**

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário para o acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

**Detalhamento da Ação** – Todos os atendimentos serão registados no prontuário, na ficha espelho e no Caderno de Registro da enfermagem. Os mesmos serão monitorados constantemente. Informaremos a população sobre seus direitos e o acesso a segunda via dos seus registros, isso será feito durante as visitas domiciliares, as consultas, e nas atividades de Hipertensos e Diabéticos. A equipe tem que se preparar para o preenchimento adequado dos registros, com a finalidade de obter dados atualizados do cuidado realizado na UBS.

**Objetivo 5: Mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular****Eixo: Monitoramento e avaliação**

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

**Eixo: Organização e gestão do serviço**

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

**Eixo: Engajamento público**

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

#### **Eixo: Qualificação da prática clínica**

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

**Detalhamento da Ação** – Para um controle efetivo dos usuários de HAS e DM a equipe será capacitado pelo médico sobre os fatores de risco, segundo o escore de *Framingham*, o mesmo será divulgado amplamente para todos os usuários, junto com medidas saudáveis; que cada um tem que aderir. Os usuários que não tiveram a estratificação deles feita, os ACS será o responsável para a marcação o agendamento da consulta na UBS.

#### **Objetivo 6: Promover à saúde aos hipertensos e/ou diabéticos**

##### **Eixo: Monitoramento e avaliação**

- Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e/ou diabéticos com o dentista.
- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e/ou diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e/ou diabéticos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e/ou diabéticos.

##### **Eixo: Organização e gestão do serviço**

- Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso.
- Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.
- Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários.
- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.
- Demandar ao gestor maiores consultas para grupos de usuários que querem deixar de fumar no Programa antitabaco e compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

**Eixo: Engajamento público**

- Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.
- Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.
- Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

**Eixo: Qualificação da prática clínica**

- Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso / diabético.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

**Detalhamento da ação:** todos os membros da equipe devem fornecer orientações sobre periodicidade das consultas, hábitos alimentares saudáveis, atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal. A ação acontecerá durante todo o período da intervenção, sendo realizadas no momento das consultas, nos espaços de grupos e ações coletivas dentro, das possibilidades, sendo que o médico e a enfermeira deverão orientar sobre os riscos e complicações da hipertensão e diabetes e a importância da realização dos exames complementares em dia, os agentes comunitários de saúde orientarão, sobre os direitos dos usuários e sobre a importância de medir a pressão arterial e de fazer hemoglicoteste, se farão reuniões com os membros da equipe para poder atingir as metas pelo menos cada 15 dias

durante toda a intervenção. Será pedido ao gestor materiais para a realização de atividades. O médico da equipe solicitará uma nutricionista para poder realizar palestras - pelo menos duas vezes por mês - para o grupo de hipertensão e diabetes orientado muito melhor sobre o que podem e o que não podem comer e qual a preparação dos alimentos durante toda a intervenção. Além disso, queremos formar um grupo de caminhada com esses usuários e para isso iremos solicitar ao gestor a participação de um educador físico. Para as ações referentes ao tabagismo, iremos manter um registro dos usuários que consomem tabaco, para fazer orientações e pedido dos fármacos que são precisos para poder deixar o consumo. Já as ações de saúde bucal se darão a partir de uma reunião com a equipe de saúde bucal para determinar o agendamento semanal exclusivo para usuários hipertensos e diabéticos. Em seguida, solicitaremos apoio dos gestores para ter sempre material disponível. Todas as ações serão coletivas e individuais e acontecerão em atividades específicas (pelo menos cada 15 dias com o grupo de hipertensos e diabéticos) e em momentos de visita domiciliar e consultas, para isso serão necessários folhetos informativos fornecidos pela secretaria de saúde, computador, televisão e projetor para a realização de palestras, como também, escovas de dente para realização de campanha de saúde bucal, e realizaremos uma capacitação para a equipe para aumentar o conhecimento.

### **2.3.2. Indicadores**

Relativo ao objetivo 1: Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos em na área de abrangência

**Meta 1:** Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência

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

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

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

**Meta 2:** Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência

**Indicador:** 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. Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Relativo ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

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

**Indicador:** Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

**Numerador:** Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

**Numerador:** Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Denominador:** Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Relativo ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

**Indicador:** 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.

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

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

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

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

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

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

**Indicador:** 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.

Relativo ao objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

**Metas 19:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Metas 22:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

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

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

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

**Metas 23:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

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

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

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

**Metas 24:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos

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

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

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

### 2.3.3 Logística

Para a intervenção no programa de hipertensão e diabetes adotaremos o aderno de Atenção Básica – Estratégias para cuidado da pessoa com doença crônica - Hipertensão e Diabetes do Ministério de Saúde de 2013, e para a coleta de dados utilizaremos a ficha espelho (Anexo C) e a planilha de coleta de dados proposta pela Universidade Federal Pelotas (UFPEL), (Anexo B), que serão preenchidos durante a consulta e nas visitas domiciliares pelo médico, enfermeiro e agentes comunitários de saúde, porém as planilhas de coleta não possuem espaços para acompanhamento e monitoramento dos dados referentes à saúde bucal, de modo que o odontólogo da equipe terá uma planilha exclusiva para coleta de dados odontológicos dos usuários com hipertensão e diabetes. Além disso, haverá um dia de atendimento preferencial para diabéticos e hipertensos durante o tempo da intervenção, sendo de responsabilidade exclusiva do odontólogo da equipe.

Estimamos alcançar um índice de cobertura de 50% de hipertensos e diabéticos da área de abrangência, para isso, faremos contato com a gestão municipal para solicitar a quantidade suficiente de fichas espelho e utilizaremos um caderno de dados da enfermeira que permitirá um controle rigoroso dos hipertensos e diabéticos faltosos. Todos os instrumentos serão utilizados durante todo o período de intervenção, tendo como responsáveis do preenchimento todos os integrantes da equipe.

Também será necessário solicitar à gestão municipal o material correspondente para aferir pressão arterial e a glicose na unidade básica de saúde, sendo solicitados no início da intervenção. Priorizaremos um dia na semana para o agendamento dos usuários HAS e DM, com consulta agendada tanto para o médico como para a enfermeira, visando o acompanhamento das complicações destas doenças durante todo o período de intervenção. Já para acolher a demanda de intercorrências agudas dos hipertensos e diabéticos, não haverá necessidade de alterar a organização da agenda, pois estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento (reservamos 3 consultas por semana) durante o período da intervenção, sendo que os atendimentos serão feitos pelo médico e pela enfermeira.

Além das ações focadas no cuidado, realizaremos ações com o objetivo de cumprir com as metas de prevenção de doenças e promoção de saúde, durante toda

a intervenção por, pelo menos, duas vezes ao mês, tais como: uma reunião com a comunidade para orientar sobre a importância do diagnóstico e sobre o rastreamento precoce da hipertensão e diabetes e a formação de um grupo de hipertensos e diabéticos para realização de palestras educativas (direitos dos usuários, alimentação saudável, atividade física regular, tabagismo e etc.). Tais ações serão desenvolvidas na sala de reuniões da unidade as mesmas serão realizadas pelo médico, pela enfermeira, pelo odontólogo e pela nutricionista (que será solicitada à gestão, para ações a serem pelo menos uma vez no mês). Também solicitarei à gestão um educador físico para participar do grupo de caminhada, como também, solicitarei medicação necessária para deixar o tabaco e o apoio de um psicólogo para os usuários dependentes.

Para os objetivos referentes à qualificação da prática clínica, o médico será o responsável pelo preenchimento da planilha de coleta de dados e pela capacitação referente a verificação da pressão arterial e hemoglicoteste de forma criteriosa para os agentes de saúde durante a primeira semana da intervenção, como também, por solicitar à gestão curso de atualização em hipertensão e diabetes para toda a equipe durante os primeiros dias da intervenção. Já o monitoramento e a avaliação do exame clínico apropriado e a solicitação de exames, de acordo com o protocolo, serão feitas pela enfermeira e o médico da unidade durante a consulta agendada dos usuários, o agente de saúde é responsável de agendar e confirmar a consulta com o usuário no dia de hipertensão e diabetes

O médico captará à equipe para orientar os usuários sobre: periodicidade das consultas, hábitos alimentares saudáveis, atividade física, tabagismo, higiene bucal e alternativas para obter acesso a medicação da farmácia popular, pois a equipe tem que ter um conhecimento claro da medicação que temos na unidade para essas doenças, de modo que trabalharemos junto com o responsável pela farmácia para ter sempre a medicação necessária. Além disso, treinará os ACS para a realização de uma boa orientação aos usuários hipertensos e diabéticos e capacitar a equipe para a realização de estratificação de risco, segundo a escore de *Framingham* ao de lesões em órgãos alvo, durante os primeiros dias da intervenção na reunião de equipe. Também organizaremos as visitas no domicílio dos hipertensos e diabéticos faltosos, uma vez por semana durante a intervenção, tendo como responsáveis do agendamento da visita domiciliar, os agentes de saúde, além de realizar ações de atualização das informações do SIAB serão realizadas durante

a intervenção, tendo a equipe responsável pela atualização. Já o mapeamento e o atendimento dos hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular, serão priorizados e agendados durante a intervenção pelo médico e pela enfermeira.





### 3. Relatório da intervenção

Trabalho na unidade Lagoa do Sitio 1, localizada na área rural de Macaíba. A intervenção foi realizada no Programa de Atenção a hipertensão e diabetes, iniciada em no dia 19 de janeiro, uma vez que temos 2500 pessoas cadastradas na nossa UBS e nossa cobertura de HAS é de 16%, e de diabéticos é de 18%. A qualidade do atendimento é boa, mas nem sempre conseguimos fazer o atendimento a todas as pessoas. Além disso, não temos ações de promoção em saúde, nem grupo de HAS e de diabéticos, mas temos uma boa infraestrutura onde podemos fazer mais palestras com o fim de educar a comunidade. A intervenção aconteceu durante 12 semanas em consequência da readequação do calendário do curso de especialização, porém seguimos com as atividades mesmo após o término do período de intervenção.

#### 3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Durante a intervenção algumas ações previstas no projeto foram desenvolvidas durante as 12 semanas de intervenção, são elas:

- **Cadastramento:** O cadastro dos usuários foi realizado durante toda a intervenção, sendo realizado pelos agentes de saúde e pelo médico da equipe, sendo que as fichas espelho e a planilha de coleta de dados foram preenchidas nas visitas domiciliares e nas consultas na UBS. Ao final da intervenção foram cadastrados 107 usuários hipertensos e/o diabéticos.
- **Monitoramento:** o monitoramento e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial (HAS) e à Diabetes Mellitus (DM) da unidade de saúde assim como o monitoramento do material necessário para a intervenção foi realizada quinzenalmente durante a reunião da equipe e a colaboração da Gestão Municipal se deu através da disponibilidade do material necessário para a intervenção, sendo que ainda temos material suficiente para alguns meses.

- **Manter as informações do SIAB atualizadas:** O SIAB foi atualizado pela enfermeira da equipe e pela secretaria de saúde de Macaíba, já que a atualização no sistema é realizada pela gestão municipal com os dados enviados pela equipe de saúde.
- **Melhorar a atenção prestada aos usuários portadores de hipertensão e diabetes:** todos os integrantes da equipe melhoraram muito o acolhimento aos usuários e cumprimos com o fluxograma dentro de nossas possibilidades. As consultas foram realizadas com prioridade, buscando assistir ao usuário em suas necessidades. Atualmente temos mais resolutividade, a partir de uma consulta completa (anamnese, exame físico, estratificação de risco e solicitação de exames), encaminhando – se necessário – a médicos especialistas do município. Além disso, realizamos a orientação das complicações e riscos a todos os usuários durante as consultas e durante as palestras, também falamos continuamente sobre a importância de ter um controle periódico da saúde. Inicialmente os usuários não estavam acostumados a esse tipo de atendimento, mas com o tempo eles gostaram e muito, a equipe constantemente recebe felicitações pela iniciativa, mas no princípio foi muito difícil, tivemos uma única dificuldade, que foi a não realização da visita domiciliar planejada. Temos usuários acamados que não podem chegar à unidade e para que pudessem ser cadastrados precisariam da visita da equipe de saúde da UBS, mas como dependemos do carro da secretaria e das condições de acesso aos domicílios, não foi possível realizar esta meta. Contudo a intervenção vai continuar e intencionamos cadastrar a todos os usuários.
- **Capacitar a equipe para o cadastramento e para a intervenção nos programas de hipertensos e diabético:** A capacitação foi realizada nas primeiras semanas da intervenção sob a responsabilidade equipe, contudo ainda não conseguimos realizar os cursos de atualização que solicitamos ao gestor. Lamentavelmente nem tudo depende somente de nós profissionais.
- **Realizar atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos:** O odontologista da equipe tem muito interesse com o projeto e colabora muito, mas estava em férias durante a intervenção, mas ele continua

fazendo o atendimento dos usuários por meio da agenda que foi implementada.

- **Garantir a solicitação dos exames complementares dos usuários hipertensos e diabéticos e estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados para os usuários hipertenso e diabéticos:** todos os exames estão sendo realizados na unidade de acordo com o cronograma de coleta - quinzenal - tendo prioridade os usuários com risco alto ou moderado.
- **Informar, orientar e sensibilizar a comunidade sobre o Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde:** tivemos reuniões com a comunidade no início da intervenção para falar e debater do projeto. Inicialmente tivemos dificuldades com a aceitação da comunidade, mas com o transcorrer do tempo os usuários estão entendendo os benefícios do mesmo.

### 3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Dentro das ações que lamentavelmente não foram cumpridas temos:

- **Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde:** Lamentavelmente os medicamentos para os usuários hipertensos e diabéticos esgotaram por falta de gestão do município e até agora não recebemos novos estoques, conseqüentemente, não foi possível realizar o controle de estoque. Contudo, estamos receitando os medicamentos da farmácia popular.
- **Solicitações de apoio aos gestores:** realizamos muitas solicitações de apoio ao gestor municipal, mas o único apoio que recebemos foi o material necessário para a intervenção. Já o restante das solicitações como ser apoio de um psicólogo, educador físico e nutricionista nas palestras ainda não foi respondida por que o NASF se encontrava como uma demanda acumulada.
- **Reuniões com o grupo de hipertensão e diabetes quinzenalmente:** A mesma não foi realizada de acordo com o cronograma, mas fizemos mini

palestras durante a consulta; porque tínhamos outras atividades planejadas com outras áreas vulneráveis. Além disso, a falta de comunicação e apoio da enfermeira da equipe foi uma das coisas que mais prejudicou a intervenção, já que o trabalho em equipe era fundamental para conseguir atingir as metas traçadas.

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

Em relação à coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, no início não foi bem compreendida, pois ninguém possuía experiência de como trabalhar com estas planilhas, pois era uma nova abordagem da equipe, para que pudéssemos resolver esta situação fizemos várias práticas com a equipe para demonstrar que o preenchimento das planilhas poderia ser otimizado. Também foram demonstrado as vantagens de ter os prontuários atualizados; em referência à planilha de coleta de dados, a clínica geral foi encarregada do preenchimento desta, e assim confiar nos dados preenchidos.

Durante as 12 semanas foram registradas a situação de cada usuário nas fichas-espelho. Assim como um exame exaustivo de cada nome na planilha para certificar que não tinha nomes repetidos, dar baixa nas pessoas falecidas e completar dados faltantes. Quanto aos indicadores e metas propostas, alcançou-se um bom cadastramento, como relatado no relatório. No geral, hipertensos e diabéticos foram atendidos, aos quais se monitorou suas fichas, medicamentos, exames clínicos, físicos e a estratificação de risco, encaminhamos aos exames complementares, assim como para novos agendamentos e orientações sobre nutrição, atividade física, tabagismo e saúde bucal.

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

Inicialmente foi um pouco complicado que os usuários aceitassem o cronograma de atividades pela falta de conhecimento, além disso reclamaram muito em relação à atenção à demanda espontânea que foi reduzida, porque precisávamos de um dia para os usuários hipertensos e diabéticos, já que eu não

trabalho só na unidade Lagoa do Sitio e atendo nesta UBS em dias reduzidos. Eu tenho dúvidas sobre a continuidade da intervenção, uma vez que o apoio de toda a equipe durante as 12 semanas não aconteceu como o esperado, pois no início nem toda a equipe estava de acordo com a realização da intervenção e durante as 12 semanas nem todos colaboraram o que prejudica a continuidade da mesma.

Contudo, eu continuarei trabalhando, porque acredito na proposta e percebi o reflexo positivo para os moradores da área - eles estão mais informados e se cuidando mais, assim, vou continuar investido e buscando o apoio de toda a equipe, para que compreendam a importância do trabalho. Temos ciência que existem questões a serem melhoradas como o apoio da gestão e da equipe, mas também que há uma demora significativa das respostas de ambos às solicitações realizadas. Também destaco que seria positivo que o médico da UBS Lagoa do Sitio I trabalhasse apenas nessa unidade, pois isso minimizaria tantas dificuldades e possibilitaria uma atenção qualificada aos usuários e um melhor acolhimento.

## 4. Avaliação da intervenção

### 4.1 Resultados

O trabalho teve como propósito qualificar a atenção aos Hipertensos e Diabéticos na Unidade de Saúde da Família Lagoa sítio 1, no município de Macaíba/RN. Mediante ações desenvolvidas junto com a equipe de saúde. A seguir, apresentamos os resultados com avaliação quantitativa e qualitativa de cada um dos indicadores que foram utilizados para mensurar o serviço.

Relativo ao objetivo 1: Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos em na área de abrangência.

**Meta 1:** Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência.

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

A cobertura de hipertensos em nossa área de abrangência foi ampliada ao longo das 12 semanas de intervenção, uma vez que no primeiro mês cadastramos 9,7% totalizando 37 de usuários, no segundo mês atingimos 18,2% com 69 da população alvo e no terceiro mês finalizamos a intervenção com 25,3% com um total de 96 usuários. Embora não tenhamos atingindo a meta de 50% de usuários hipertensos cadastrados e ampliamos nossa cobertura de forma significativa. Essa ampliação se deu porque realizamos uma busca ativa dos hipertensos faltosos a consulta, além disso, o agente de saúde colaborou de forma significativa no cadastro durante a visita no domicilio dos usuários (Figura 1).

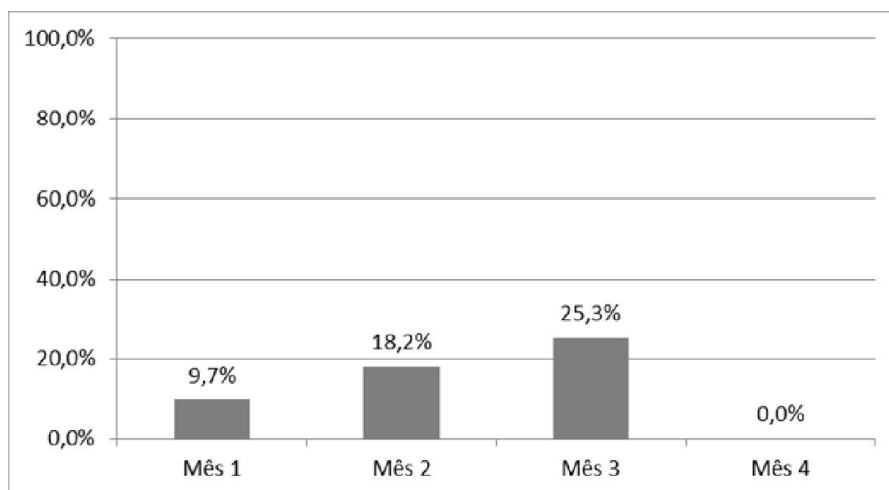


Figura 1: Gráfico de proporção de cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Lagoa do Sítio 1

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

**Meta 2:** Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência.

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

A cobertura de usuários diabéticos também foi ampliada, pois no primeiro mês da intervenção cadastramos 10,6% um total de 10 usuários, 23,4% no segundo com um total de 22 usuários e no último mês foram cadastrados 39 o que constitui um 41,5%, muito embora a meta inicial fosse cadastrar 50% de diabéticos durante a intervenção. Contudo a ampliação é positiva, visto que realizamos a busca ativa dos usuários faltosos a consultas e uma das coisas que ajudou muito com o cadastro de novos usuários foi a verificação da pressão e o hemoglicoteste durante a realização das diferentes palestras que foram feitas na unidade (Figura 2).



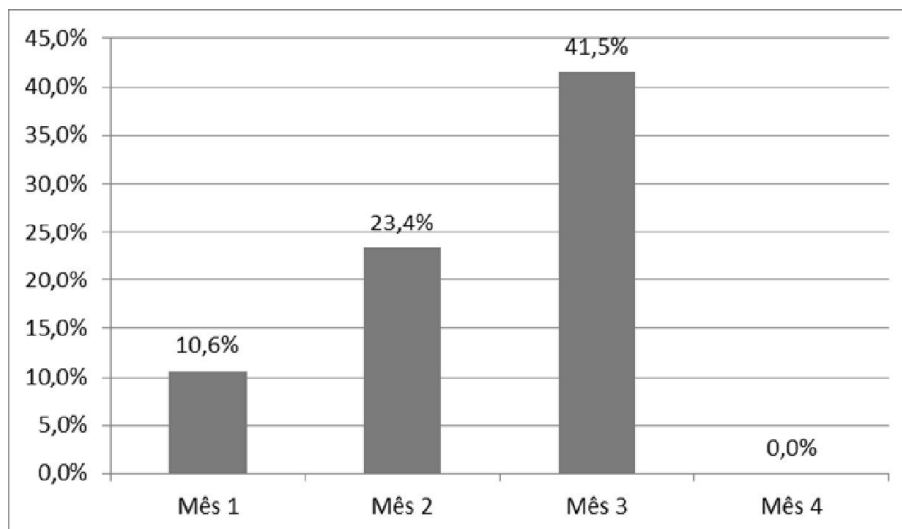


Figura 2: Gráfico de indicadores de cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Lagoa do Sitio 1

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Relativo ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

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

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

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

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

Durante os três meses de intervenção pudemos observar uma evolução favorável nos indicadores realizamos um exame clínico apropriado em todos os usuários hipertensos e diabéticos agendados, chegando a 100% de diabéticos (39 usuários) e hipertensos (96 usuários) (Figura 3 e 4) examinados durante os três meses da intervenção. Embora alguns usuários tenham perdido suas consultas, os exames foram realizados, visto que houve um reagendamento da mesma para que a qualidade da atenção não fosse prejudicada, confirmando, assim, as recomendações dos protocolos do Ministério da Saúde

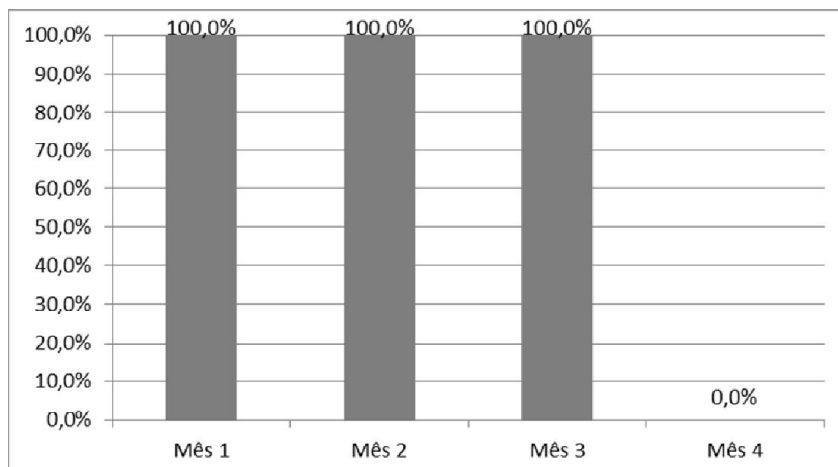


Figura 3: Gráfico de indicadores de proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo a protocolo do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Lagoa do Sitio 1

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

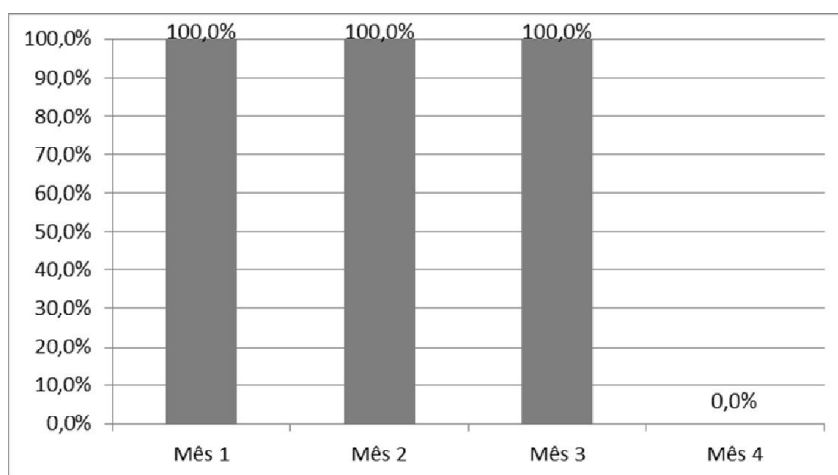


Figura 4: Gráfico de indicadores de proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo a protocolo do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Lagoa do Sitio 1

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

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

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

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

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

Em relação aos exames complementares, assistimos a 100% dos usuários hipertensos (96 usuários) e diabéticos (39 usuários) (Figura 5 e 6 ) conforme protocolos do Ministério da Saúde, considerando também as solicitações de exames pautadas nos fatores de risco avaliados nas consultas clínicas. Para facilitar o acesso dos usuários, a maioria dos exames teve a coleta realizada na unidade de saúde de forma quinzenal, priorizando a coleta de usuários com fatores de risco determinado.

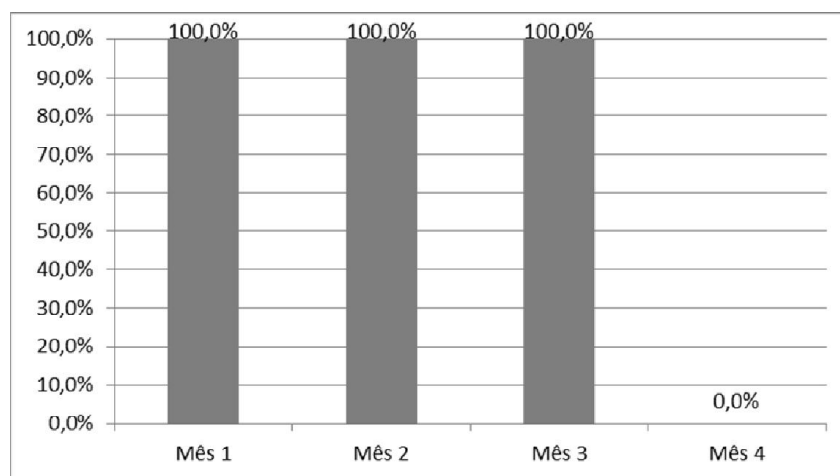


Figura 5: Gráfico de indicadores de proporção de hipertenso com exame complementares em dia de acordo a protocolo do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Lagoa do Sítio 1

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

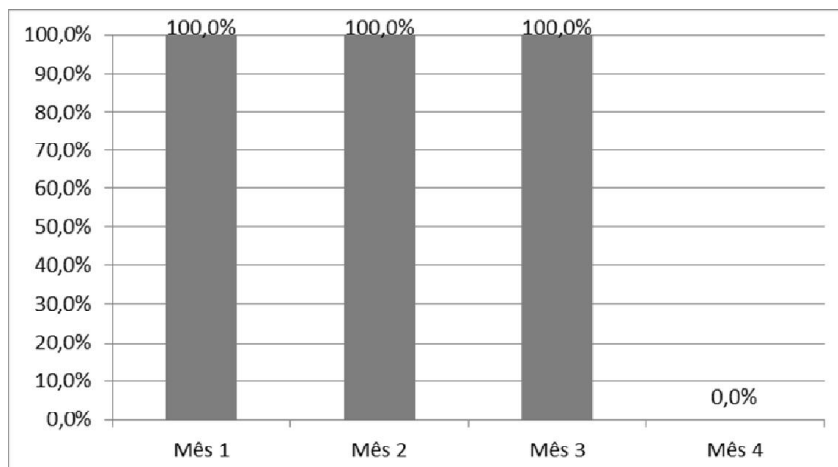


Figura 6: Gráfico de indicadores de proporção de diabéticos com exame complementares em dia de acordo a protocolo do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Lagoa do Sítio 1

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

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

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

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

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

A prescrição de medicamentos da Farmácia Popular sempre foi uma ação realizada pela equipe da UBS, independente da intervenção, desde minha entrada na equipe. Contudo, durante os três meses da intervenção, foram prescritos para 100% de usuários hipertensos (96 usuários) e diabéticos (39 usuários) (Figura 7 e 8) os medicamentos da farmácia popular, porque sempre os medicamentos na farmácia da UBS se esgotavam.

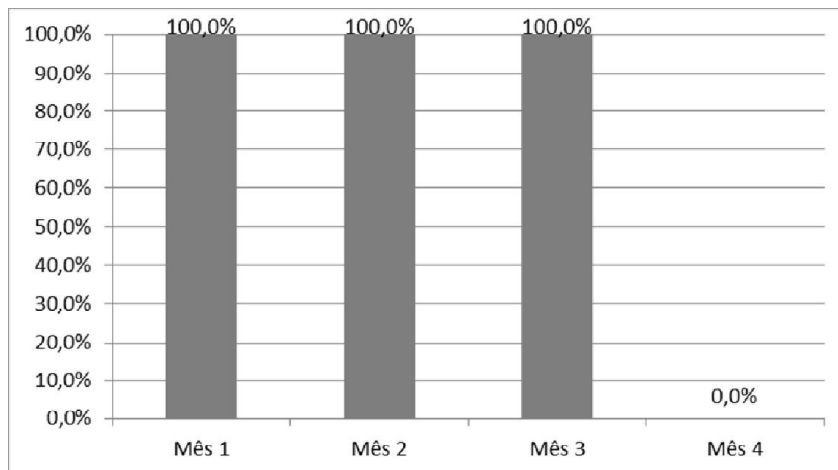


Figura 7: Gráfico de indicadores de proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Lagoa do Sítio 1

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

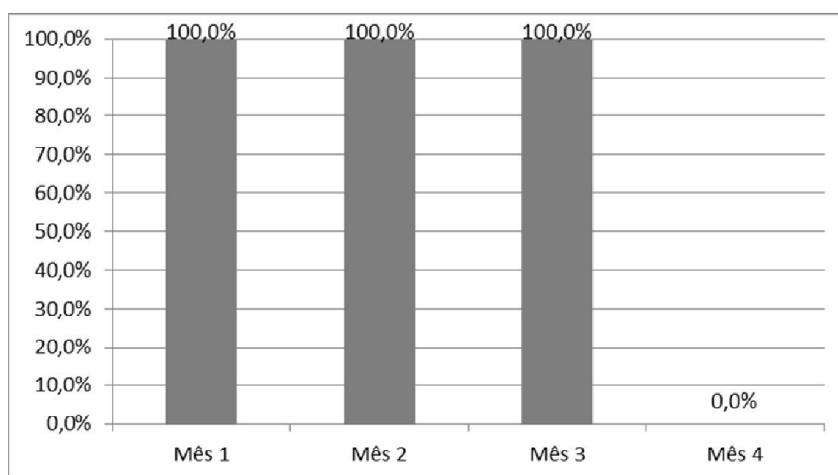


Figura 8: Gráfico de indicadores de proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Lagoa do Sítio 1

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

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

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

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

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

Em relação aos atendimentos odontológicos, assistimos a 100% de usuários hipertensos (96 usuários) e diabéticos (39 usuários) (Figura 9 e 10) uma vez que o odontólogo da equipe apoiou a intervenção, implementamos uma agenda para marcação das consultas odontológicas.

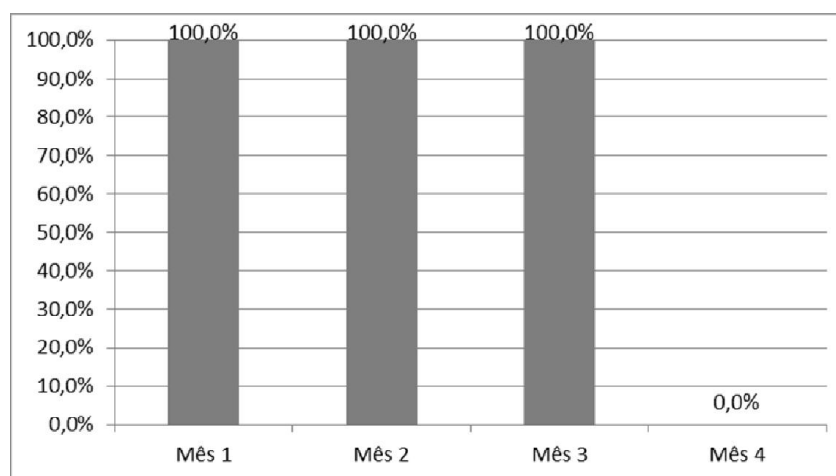


Figura 9: Gráfico de indicadores de proporção de hipertensos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Lagoa do Sitio 1

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

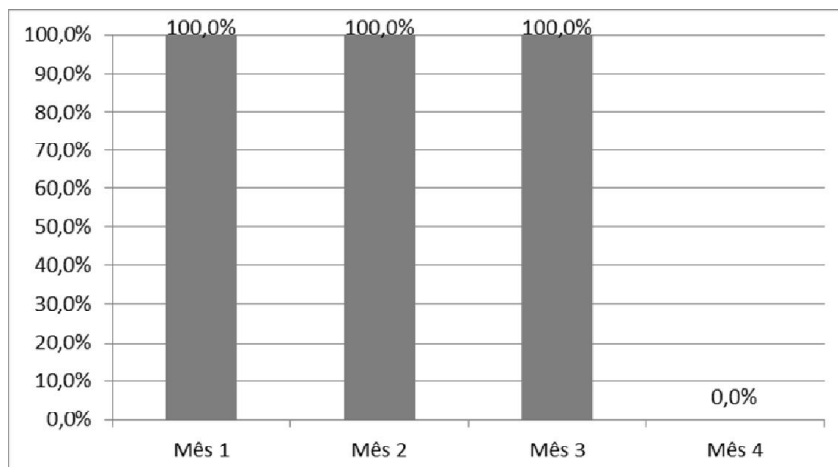


Figura 10: Gráfico de indicador de proporção de diabéticos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Lagoa do Sitio 1

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Relativo ao objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

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

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

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

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

Durante a intervenção tivemos poucos usuários hipertensos e diabéticos faltosos, porém para que a busca ativa acontecesse, a cada dia de ações focadas para esses usuários, verificávamos a agenda para avaliar se havia algum usuário ausente, para programar a busca ativa junto aos ACS, Além disso, durante a reunião da equipe, combinamos de ligar um dia antes para os usuários agendados, com vistas a lembrá-los da consulta, isso funcionou muito bem e diminuiu significativamente no terceiro mês de intervenção os usuários faltosos. Durante o primeiro mês faltaram a consulta 36 hipertensos e 6 diabéticos no segundo mês 11

hipertensos e 5 diabéticos e no último mês faltaram 4 hipertensos e 3 diabéticos, porém a busca ativa foi realizada em 100% dos casos para usuários diabéticos (39 usuários) e hipertensos (96 usuários).(Figura 11 e 12)

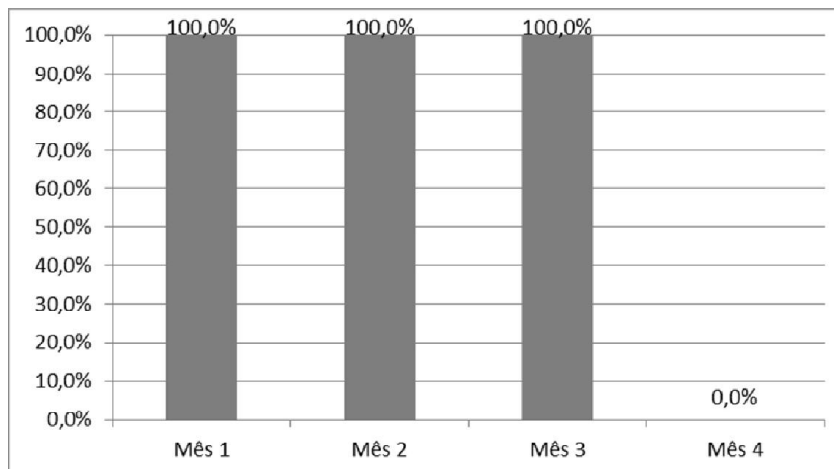


Figura 11: Gráfico de indicador de proporção de hipertensos faltosos as consultas com busca ativa do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Lagoa do Sitio 1

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

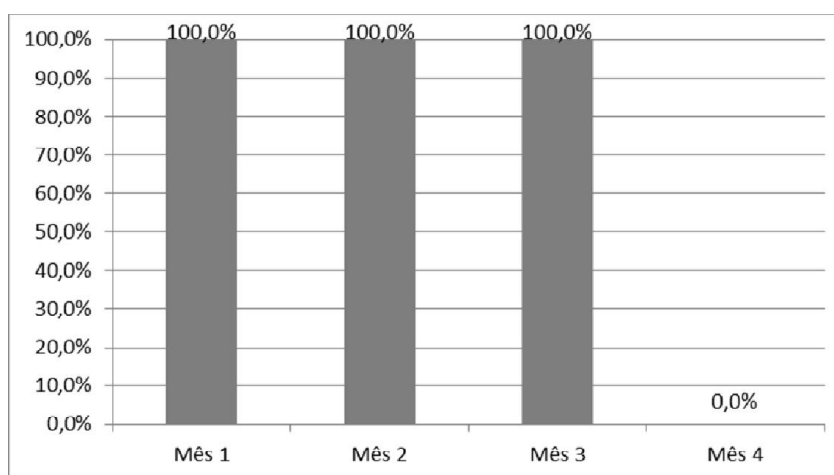


Figura 12: Gráfico de indicador de proporção de diabéticos faltosos as consultas com busca ativa do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Lagoa do Sitio 1

Fonte: Planilha de Coleta de Dados



Relativo ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

O registro específico dos hipertensos e diabéticos ao longo da intervenção foi de 100% em todos os meses da intervenção - 37 usuários hipertensos no primeiro mês, 69 no segundo mês e 96 no terceiro mês e 10 diabéticos 10 no primeiro mês, 22 no segundo e 39 (Figura 13 e 14) no terceiro mês o registro foi realizado nos prontuários dos usuários através da ficha-espelho permitindo, também, identificar os usuários hipertensos e diabéticos, como também os usuários que tem alguma pendência no atendimento.

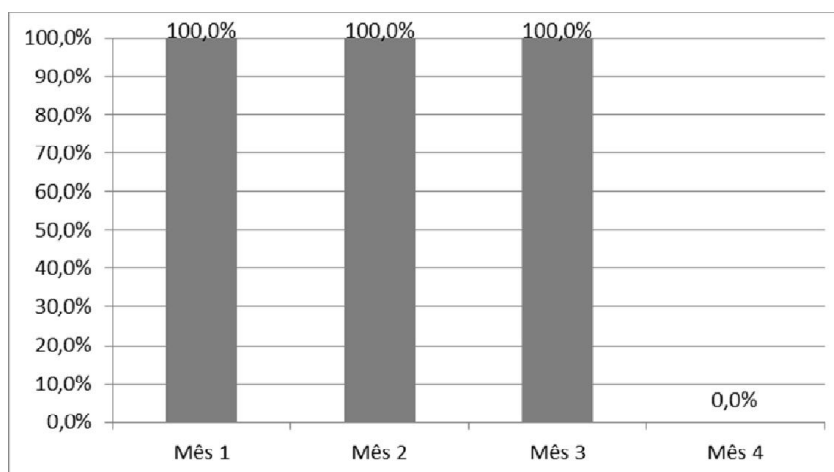


Figura 13: Gráfico de indicador de proporção de hipertenso com registro adequado na ficha de acompanhamento do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Lagoa do Sitio 1

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

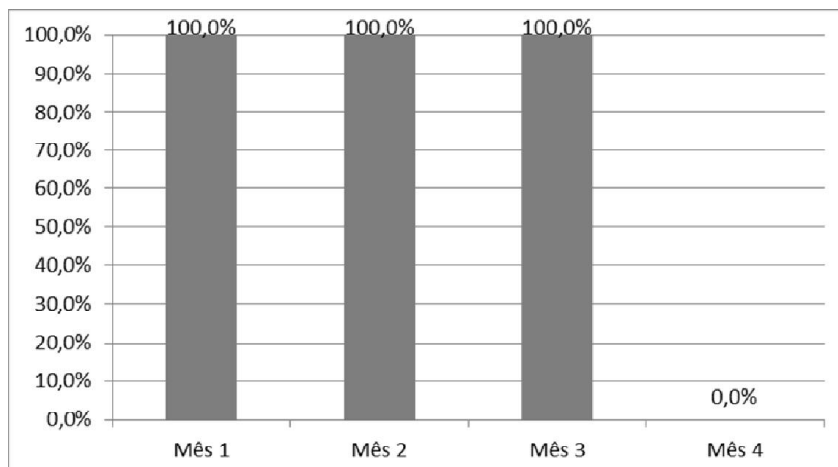


Figura 14: Gráfico de indicador de proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Lagoa do Sitio 1

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Relativo ao objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

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

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

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

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

Em relação à avaliação do risco cardiovascular, foi realizada a estratificação de risco cardiovascular e lesões de órgãos alvos de cada indivíduo através do escore de Framingham por exame clínico em dia em 100% dos usuários hipertensos e diabéticos, sendo 37 usuários hipertensos avaliados no primeiro mês, 69 no segundo mês e 96 no terceiro mês. Já os usuários diabéticos avaliados totalizaram 100% durante o primeiro mês, 22 no segundo mês e 39 no terceiro mês.(figura 15 e 16)

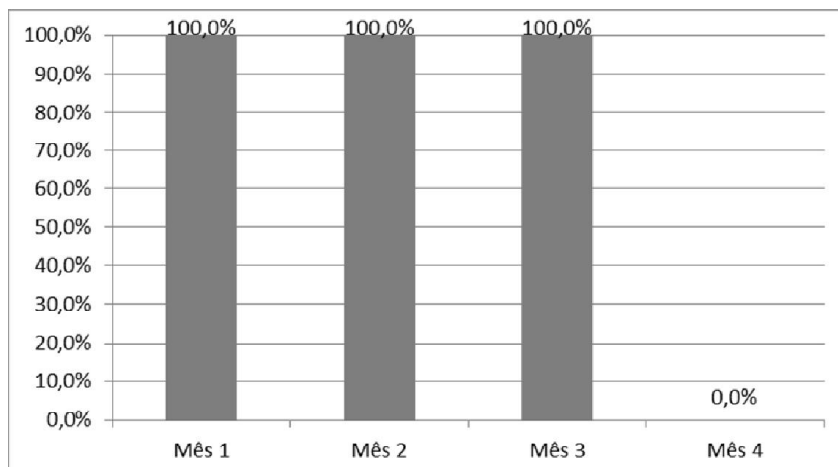


Figura 15: Gráfico de indicador de proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Lagoa do Sítio 1

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

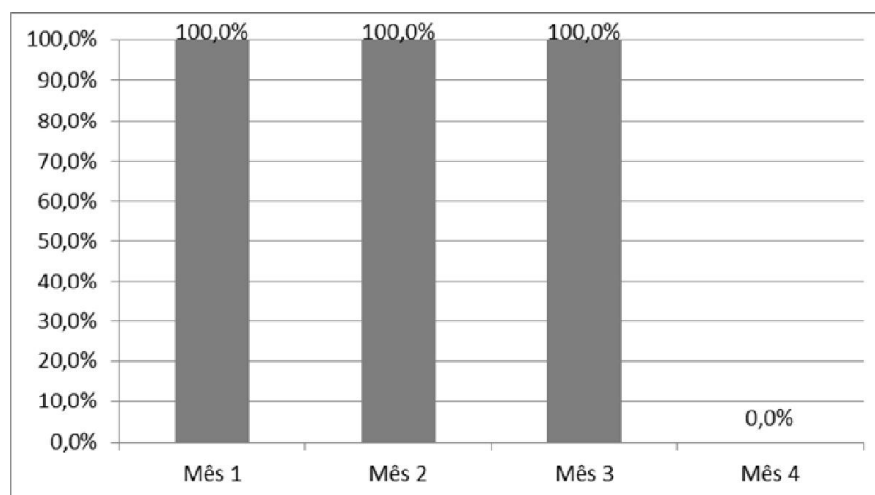


Figura 16: Gráfico de indicador de proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Lagoa do Sítio 1

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

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

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

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

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

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

A orientação nutricional foi realizada durante o atendimento clínico na Unidade, nos grupos e nas visitas domiciliares para 100% dos usuários diabéticos e hipertensos cadastrados. (Figura 17 e 18)

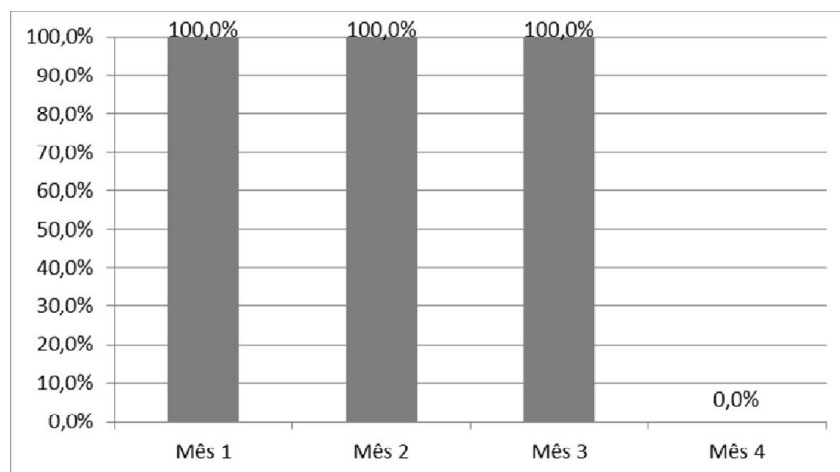


Figura 17: Gráfico de indicador de proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Lagoa do Sitio 1

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

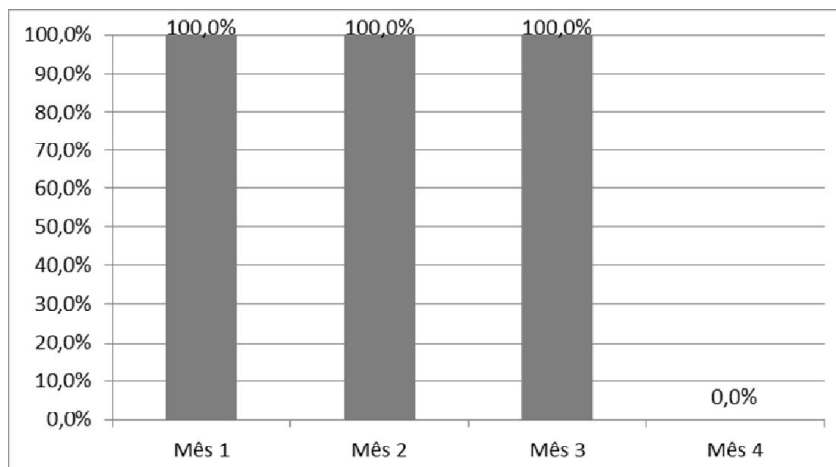


Figura 18: Gráfico de indicador de proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Lagoa do Sitio 1

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

**Metas 19:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

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

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

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

Tivemos 100% de usuários orientados em relação à realização de atividade física regular, uma vez que a atividade física diminui os fatores de risco.(Figura 19 e 20)

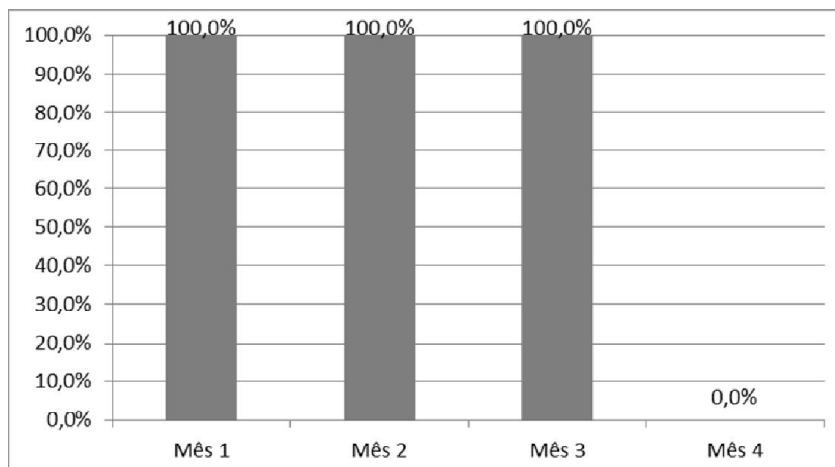


Figura 19: Gráfico de indicador de orientação sobre a prática de atividade física regular do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Lagoa do Sítio 1

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

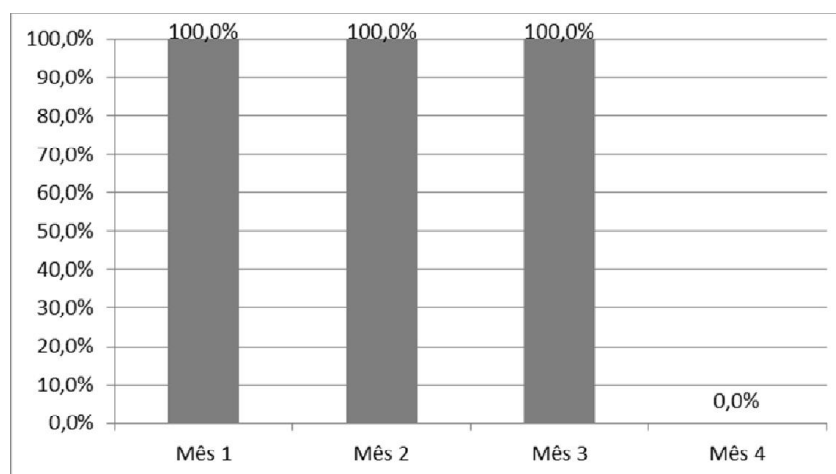


Figura 20: Gráfico de indicador de orientação sobre a prática de atividade física regular do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Lagoa do Sítio 1

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

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

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

**Metas 22:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

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

Durante toda a intervenção orientamos 100% dos usuários diabéticos e hipertensos (Figura 21 e 22) em relação aos riscos do tabagismo, durante as consultas, grupos e visitas domiciliares. Porém, nossas orientações seriam mais bem aproveitadas com o apoio de um psicólogo, visto a dificuldade que o usuário tem de deixar de fumar, de modo um acompanhamento multidisciplinar para que o tratamento fosse importante.

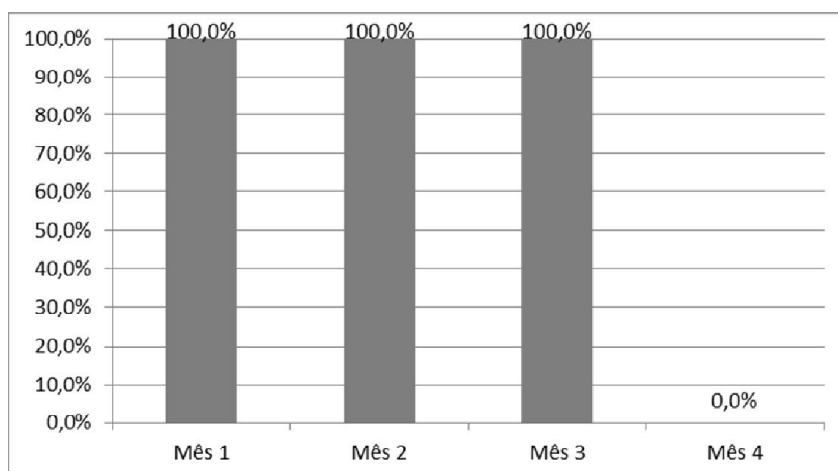


Figura 21: Gráfico de indicador de orientação sobre os riscos de tabagismo do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Lagoa do Sitio 1

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

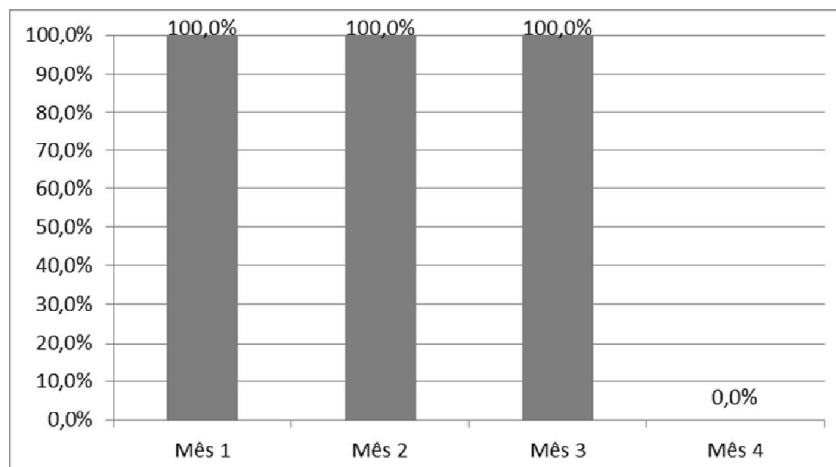


Figura 22: Gráfico de indicador de orientação sobre os riscos de tabagismo do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Lagoa do Sítio 1

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

**Metas 23:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

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

**Metas 24:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

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

Durante o período de intervenção a equipe realizou as orientações necessárias sobre higiene bucal atingindo 100% 37 usuários dos usuários hipertensos no primeiro mês, 78,3% (54 usuários) no segundo mês e 96 usuários 100%, no terceiro mês. Já em relação aos usuários diabéticos, orientamos 100% (10 usuários) no primeiro mês, 72,7% (16 usuários) no segundo mês e 39 usuários no terceiro mês o que equivale a um 100%.(Figura 23 e 24) As palestras auxiliaram no bom índice de orientações, mas as férias da odontóloga no segundo mês de intervenção diminuíram a porcentagem



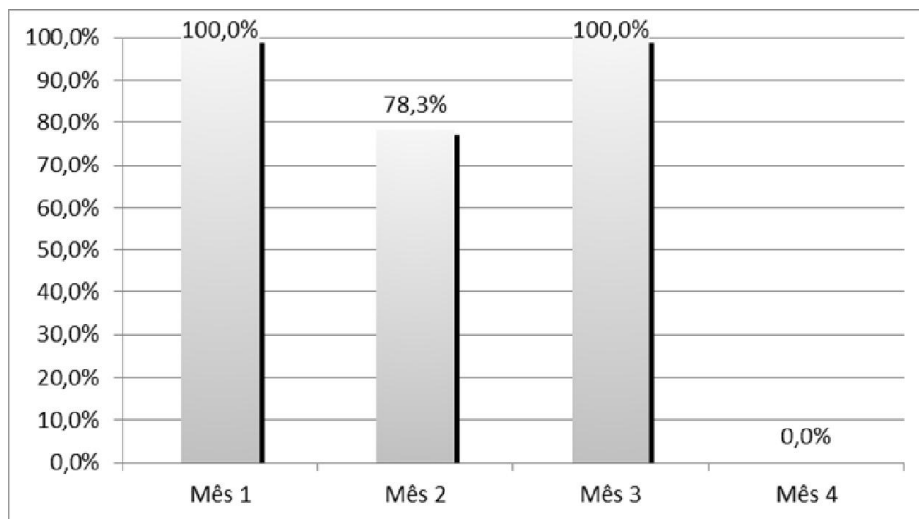


Figura 23: Gráfico de indicador de orientação sobre higiene bucal do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Lagoa do Sítio 1

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

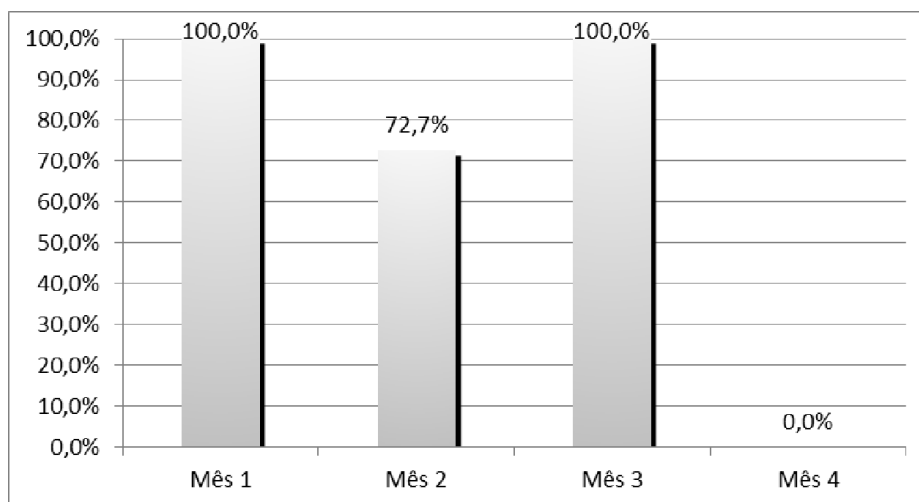


Figura 24: Gráfico de indicador de orientação sobre higiene bucal do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Lagoa do Sítio 1

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

## 4.2 Discussão

A intervenção foi realizada no programa de atenção aos usuários com hipertensão (HAS) e diabetes (DM) na unidade de saúde da família UBS Lagoa Sítio 1. O projeto deste trabalho foi organizado para a intervenção ser realizada em 16 semanas, no entanto, a intervenção foi realizada em 12 semanas, por orientação da Coordenação do Curso, com o objetivo de se adequar e ajustar ao Calendário da Turma 5.

A intervenção proporcionou a melhoria da qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos, já que utilizamos os protocolos do Ministério da Saúde como referência para as ações realizadas e para as capacitações da equipe. Além disso, o esforço coletivo da equipe assistiu aos usuários na busca ativa aos faltosos, sendo que no último mês de intervenção, não tivemos nenhum usuário ausente. Esses processos e ações coletivas permitiram a atualização dos registros e informações dos usuários, através do preenchimento da ficha-espelho, qualificando a atenção e formalizando os registros.

A qualificação da atenção se deu através da estratificação de risco segundo o escore de *Framingham*, favorecendo o agendamento posterior das consultas; através das orientações dadas sobre alimentação saudável, pratica regular de atividade física, riscos do tabagismo e saúde bucal, pois todas as ações de promoção de saúde foram realizadas, como também, foi priorizado o atendimento de saúde bucal aos usuários.

A intervenção qualificou a o trabalho da equipe através da capacitação pautada nos protocolos e recomendações do Ministério de Saúde - relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento, e monitoramento da hipertensão e diabetes, como também influenciou na integração entre os membros da equipe – que inicialmente não era muito positiva, mas que foi melhorando ao longo do processo, por consequência da importância das ações para a comunidade. Também foram definidas as atribuições e responsabilidades de cada membro da equipe, o que resultou em um trabalho mais articulado, coeso e otimizado.

Antes do processo de intervenção a Unidade não tinha uma organização dos registros e agendamento dos usuários, mas atualmente os registros, as ações coletivas, a integração da equipe, a qualificação da atenção e o monitoramento resultaram em um atendimento qualificado ao usuário, trabalho articulado (equipe, usuários e gestão) e melhoraram os processos de trabalho. Além disso, a

intervenção trouxe ganhos para o grupo de hipertensos e diabéticos com a criação do grupo – no qual eram realizadas palestras, prevenção e educação em saúde; com a classificação de risco - cruciais para determinar a prioridade dos atendimentos e exames clínicos; a implementação regular e direcionada das reuniões de equipe e monitoramento das dificuldades encontradas ao longo do processo e após o término da intervenção. Contudo, vale ressaltar que a intervenção segue após as 12 semanas, o que possibilitará qualificar ainda mais a atenção prestada a essa população.

A intervenção foi relevante para a comunidade, pois qualificou a atenção; priorizou o atendimento através das classificações de risco, melhorou as orientações e ampliou a cobertura. Além disso, promoveu a saúde da população através de orientações em palestras e consultas e garantiu o registro das informações de cada usuário em seus prontuários, mas ainda necessitamos ampliar a cobertura e seguir trabalhando em prol da qualidade da atenção.

A intervenção poderia ter sido facilitada se, desde a análise situacional, a gestão estivesse presente na reunião relacionada à construção do projeto de intervenção (mesmo que mensalmente), pois isso poderia ter facilitado muito a intervenção. Também teria sido mais produtivo, se houvesse uma melhor articulação com a comunidade para explicar critérios e prioridades do processo. Além disso, a atuação do médico da equipe em outras unidades de saúde impossibilitou que a intervenção fosse realizada com mais qualidade.

Gostaríamos muito que a intervenção fosse incorporada na rotina do serviço, mas para isso vou fazer uma reunião com a equipe para apresentar as conquistas que a população teve com as ações e como isso reflete – positivamente – na rotina da UBS e da equipe. Também gostaríamos de ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção de hipertensão e diabéticos em especial aos grupos de alto risco. Contudo, a relação com a equipe ainda não é a ideal e isso, dificulta a continuidade da ação, mas seguiremos aplicando esforços para que as melhorias conseguidas sejam perpetuadas após a conclusão da intervenção.

Nesse sentido, o término das 12 semanas não define a finalização das atividades, assim, continuaremos com o cadastro dos usuários, com o preenchimento da ficha-espelho - dessa forma aumentaremos os indicadores de cobertura e de qualidade, realizaremos a reunião com o gestor municipal para

solicitar um veículo para que possamos realizar as visitas domiciliares e pretendemos nos dedicar no trabalho multidisciplinar, já que continuaremos buscando o apoio de outros profissionais – como educador físico, nutricionista e psicólogo - para colaborar com as palestras e atividades na unidade.

Também queremos seguir investindo nas ações de promoção de saúde e prevenção de doenças através da criação de grupos – tais como o de tabagismo; qualificar e fomentar as ações que informam sobre os cuidados referentes à realização do hemoglicoteste, da aferição da pressão arterial; apresentar alimentos e receitas de comida saudável para os usuários hipertensos e diabéticos respeitando a condição econômicas e ter apoio, de um educador físico para ensinar a eles as atividades físicas que possam realizar em casa.

## 5. Relatório de intervenção par aos gestores

A/C da Secretaria de Saúde de Macaíba

O presente relatório tem como objetivo apresentar os resultados obtidos após as 12 semanas de intervenção no programa de atenção aos hipertensos e diabéticos assistidos pela equipe da Unidade de Saúde Lagoa do Sitio 1 no período de 19 de janeiro de 2015 a 20 de abril de 2015. A escolha dessa ação programática se deu pelas amplas condições de melhoria de saúde e prevenção de agravos com intervenções e ações direcionadas à essa população.

A intervenção proporcionou a articulação da equipe e da população, com o apoio da gestão, melhorando a atenção e a assistência. Isso resultou na ampliação do cadastro e da cobertura de usuários, sendo que a cobertura de hipertensos ampliou de 16% para 25,3% e a de diabéticos ampliou de 18% para 41,5% ao final da intervenção. Além disso, capacitamos a equipe (médico, ACS, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem e equipe de odontologia) em relação ao protocolo de atendimento e acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos; incentivamos à realização das reuniões da equipe; facilitamos o acesso, através da abertura do agendamento prioritário de acordo com o risco cardiovascular do usuário; priorizamos as consultas pautados nos protocolos do Ministério da Saúde (para os profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos) e realizamos prevenção e promoção de saúde através de informes verbais na sala de espera sobre o que é hipertensão e diabetes e sobre a importância de um diagnóstico precoce, bem como debates nos grupos de convivência acerca de temas que tenham relação com essas doenças baseadas principalmente em prevenção e educação.

Também, foram realizadas a busca ativa dos usuários faltosos às consultas de rotina pelo agente de saúde; foram monitorados os exames complementares e a medicação dos usuários, com os encaminhamentos pertinentes e necessários; a atenção foi qualificada com a aferição da pressão arterial e realização do hemoglicoteste, como também com as orientações sobre alimentação saudável, atividade física regular, importância de controles regulares e avaliação de peso, higiene bucal, avaliação de situações de risco e estratificação cardiovascular, tabagismo, entre outras.

Tenho certeza que a intervenção melhorou muito a qualidade da atenção prestada aos usuários hipertensos e diabéticos e que facilitamos o acesso, criamos registros adequados e qualificamos a equipe. Essas melhoras foram amparadas pela gestão municipal, quando foram disponibilizados material impresso (fichas-espelho), o que possibilitou o cuidado integral e uniforme dos usuários hipertensos e diabéticos. Por fim, acreditamos que com o tempo haverá uma melhor cobertura e adesão da população para o cuidado integral do usuário, sendo que, para isso, esperamos contar com o apoio da gestão, qualificando a atenção através da ampliação da equipe, passando a contar com educador físico, psicólogo e nutricionista.

ATT Michell Edgar Penaranda Pinto, médico da ESF Lagoa do Sítio 1.

Macaíba, 24 de maio de 2015.

## 6. Relatório da Intervenção para a Comunidade

À comunidade assistida pela unidade de Saúde Lagoa do Sitio 1

Vimos por meio deste apresentar os resultados da intervenção realizada com a população da área adstrita durante 12 semanas, tendo como objetivo melhorar a atenção dos usuários hipertensos e diabéticos da área seguindo os protocolos de atenção básica (cadernos 36 e 37) dos usuários hipertensos e diabéticos do Ministério da Saúde. A escolha da do foco da intervenção se deu pela necessidade de atender à população com essas enfermidades e reduzir possíveis complicações que poderiam ser evitadas com atendimento qualificado e preventivo. Para isso, iniciamos com a busca das informações sobre a comunidade e a cobertura do programa em nossa unidade, para então planejar as ações e as metas a serem cumpridas.

Tivemos bons resultados com a intervenção, embora ainda haja questões importantes a serem melhoradas. Destacamos que o cadastro dos usuários foi realizado, totalizando uma cobertura de 107 sujeitos (hipertensos e/ou diabéticos) da área adstrita – sendo que a cobertura de hipertensos ampliou de 16% para 25,3% e a de diabéticos ampliou de 18% para 41,5%. Além disso, melhoramos a atenção à saúde desses usuários através de ações sistematizadas: aferição de pressão arterial, solicitação de exames complementares, prescrição de exames clínicos em dia, etc. Desta maneira, ações possibilitaram que os profissionais entendessem melhor sobre a saúde dos usuários, como também facilitou a busca dos usuários faltosos através de registros que foram construídos para a intervenção.

Com foco em promover saúde e prevenir doenças, foram realizadas palestras e rodas de conversa contemplando assuntos importantes para o dia dos usuários: alimentação saudável, atividade física regular e higiene bucal, sendo esses momentos articulados ao cuidado dos usuários e atenção da equipe. Também foram agendadas as consultas dos usuários hipertensos e diabéticos de acordo com o risco cardiovascular, uma vez que todos foram estratificados segundo a escala de *Framingham*; esses processos evitaram filas, stress, etc. A partir disso, pretendemos continuar com as ações realizadas na rotina de serviço, como também com os registros dos usuários, articulados com os Agente Comunitário de Saúde (ACS) para a realização da busca ativa dos faltosos.

Considerando que as metas de qualidade foram alcançadas na totalidade e que as de cobertura precisam de melhoras, acreditamos que a intervenção trouxe melhorias significativas para os usuários da comunidade, mas com o transcurso do tempo ampliaremos a atenção prestada e manteremos a qualidade das ações. Por fim, queremos agradecer a todas as pessoas da comunidade pelo apoio e compreensão durante toda a intervenção; como também destacar que os esforços estão rendendo frutos à comunidade, de modo que todos estaremos buscando melhorar o serviço da UBS ampliando as ações.



## **7. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem**

Como todo processo de mudança é difícil, na primeira etapa das tarefas, as situações foram complicadas, porque as vezes dava impressão de que eu não ia conseguir melhorar nada. Porém, durante o processo da intervenção, o desenvolvimento da mesma e a redação do trabalho de conclusão do curso, percebi que todas as tarefas que realizei no curso realmente colaboraram muito com minha integração com os membros da equipe de Lagoa do Sitio 1.

Também me surpreendi muito com o apoio da equipe na realização da intervenção, mas também tive dificuldades, já que – inicialmente - nem todos os integrantes da equipe aceitaram o processo de intervenção dificultando muito as ações durante as primeiras semanas. Contudo, no transcorrer do tempo, a intervenção mostrou seus frutos, conquistando o apoio de todos os membros da equipe, uma vez que agora eles descobriram a importância do trabalho em equipe e sabem que nenhum de nós é tão bom só, quanto todos nós juntos. A implementação da intervenção está sendo muito mais fácil e com certeza vai ficar na unidade ao longo do tempo, sendo que uma das coisas mais importantes; e que foi mais satisfatória para mim; foi a melhoria da saúde e da conscientização dos usuários hipertensos e diabéticos, como também a qualidade da atenção prestada, pois agora sentimos que estamos preparados para desenvolver outras intervenções em outros programas de saúde.

O curso me ensinou a importância de ter registros adequados e ordenados para poder avaliar a qualidade da assistência que vem sendo prestada e dessa forma, identifiquei os pontos que necessitavam melhorar, priorizando sempre o cuidado integral da população. Também reforcei meus conhecimentos sobre hipertensão e diabetes, compreendi a importância do trabalho em grupo para o adequado funcionamento da Estratégia de Saúde da Família e compreendi melhor o funcionamento das USF e os princípios do SUS. Esses aspectos são maravilhosos e - se todos fossem cumpridos - a saúde no Brasil seria um exemplo para o mundo todo. Com tudo isso, agora sou capaz de analisar criticamente a infraestrutura, funcionamento das UBS, etc.

Refletindo sobre as demais atividades da Universidade os casos clínicos são muito importantes para nós que estudamos no exterior, isso me ajudou a conhecer um pouco mais os protocolos de atendimento do Brasil, além disso colaborou com minha atualização continua com as tarefas de Estudos de Prática Clínica. Com referência aos orientadores penso que são pessoas preparadas, e dedicadas ao trabalho deles e os fóruns me orientaram melhor em algumas atividades e foi importante saber as opiniões de meus colegas e perceber que todos estamos passando pelas mesmas dificuldades e juntos encontrar soluções a nossas limitações.

## Referências

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

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

## **Anexos**

**Anexo A - Documento do comitê de ética**



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª

Profª Ana Cláudia Gastal Fassa

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

Prezada Pesquisadora;

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

Patrícia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

## Anexo B - Planilha de coleta de dados

Planilha de coleta de dados (HAS e DM).xls [Modo de compatibilidade]

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1																
Idade em Dias	Número de pacientes	Nome do paciente	Idade de paciente	Opaciano 6 hipertensal	Opaciano 6 diabético	Opaciano 6 hipertensal e diabético	Opaciano 6 hipertensal com tratamento medicamentoso em dia de controle em protocolo	Opaciano 6 hipertensal com tratamento medicamentoso	Opaciano 6 hipertensal com tratamento medicamentoso	Taxa de medicação em % de 0 a 100 de hipertensal diabético	Opaciano 6 hipertensal diabético	Opaciano 6 hipertensal diabético com controle em protocolo	Opaciano 6 hipertensal diabético com controle em protocolo	Opaciano 6 hipertensal diabético com controle em protocolo	Opaciano 6 hipertensal diabético com controle em protocolo	Opaciano 6 hipertensal diabético com controle em protocolo
Opaciano 6 hipertensal	Opaciano 6 hipertensal	Nome	Em anos	0 - Mês 1 - Sem	4 - Mês 1 - Sem	0 - Mês 1 - Sem	4 - Mês 1 - Sem	0 - Mês 1 - Sem	4 - Mês 1 - Sem	0 - Mês 1 - Sem	4 - Mês 1 - Sem	0 - Mês 1 - Sem	4 - Mês 1 - Sem	0 - Mês 1 - Sem	4 - Mês 1 - Sem	0 - Mês 1 - Sem
1	2															
3	4															
5	6															
7	8															
9	10															
11	12															
13	14															
15	16															
17	18															
19	20															
21	22															
23	24															
25	26															
27	28															
29	30															
31	32															
33	34															
35	36															
37	38															
39	40															
41	42															
43	44															
45	46															
47	48															
49	50															
51	52															
53	54															
55	56															
57	58															
59	60															
61	62															
63	64															
65	66															
67	68															
69	70															
71	72															
73	74															
75	76															
77	78															
79	80															
81	82															
83	84															
85	86															
87	88															
89	90															
91	92															
93	94															
95	96															
97	98															
99	100															

14 4 M Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

