

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade à Distância  
Turma 5**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes *mellitus* da UBS/ESF Cohab Fragata, Pelotas/RS**

**Odalís Toledo Luzardo**

**Pelotas, 2015**

**Odalís Toledo Luzardo**

**Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes *mellitus* da UBS/ESF Cohab Fragata, Pelotas/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade à Distância – UnaSUS/UFPel, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Lenice Muniz de Quadros

Pelotas, 2015

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

L979m Luzardo, Odalis Toledo

Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da UBS/ESF Cohab Fragata, Pelotas/RS / Odalis Toledo Luzardo; Lenice Muniz de Quadros, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

63 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. Quadros, Lenice Muniz de, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A Deus, esclareça-me por meio do bem. Aos meus Pais, meu filho, meus amigos e todos aqueles que de uma forma ou outra estão presentes em todos os momentos de minha vida, dando-me seu apoio.

## **Agradecimentos**

Agradeço primeiramente a minha família por confiar em mim e a minha orientadora Lenice Muniz, por sua preocupação constante em me ajudar.

## Resumo

LUZARDO, Odalis Toledo. **Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes *mellitus* da UBS/ESF Cohab Fragata, Pelotas/RS**. 2015. 63f. Trabalho de Conclusão de Curso da Universidade Aberta do SUS- UNASUS da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas 2015.

As doenças crônicas não transmissíveis são um problema de saúde global e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano. A Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus estão entre as principais doenças crônicas e são responsáveis por uma série de agravos e complicações como o Acidente Vascular Encefálico e o Infarto Agudo do Miocárdio. Na Unidade básica Cohab Fragata, Pelotas/RS, foi realizada uma intervenção com objetivo de melhorar a atenção e assistência direcionada aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes *mellitus*. A intervenção desenvolveu ações nos quatro eixos pedagógicos propostos pelo curso: organização e gestão do serviço; qualificação da prática clínica; monitoramento e avaliação e por fim, engajamento público. Devido a falta de registros na Unidade básica não foi possível saber as coberturas pré-intervenção envolvendo os usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes *Mellitus* (DM). Os instrumentos utilizados foram a ficha espelho, a planilha de coleta de dados e os protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde. Além da necessidade de aumento das coberturas, em geral, também havia lacunas referentes à atenção, principalmente, ofertas de orientação e realização de exames condizentes com o preconizado pelo Ministério da Saúde. Após os quatro meses de intervenção (setembro a dezembro), foi possível alcançar coberturas de 138 (22,7%) para usuários com hipertensão e 42 (28%) para usuários com diabetes. Além das coberturas, também podemos mencionar que a qualidade do atendimento também foi positiva, uma vez que as ofertas de orientação começaram a ser realizadas de forma sistemática, ainda que haja necessidade de melhorias e participação de todos da equipe; podemos destacar que foram realizadas capacitações e reuniões com a equipe. A intervenção contou com a participação dos profissionais da saúde, mas só ao final da intervenção tivemos equipe completa com agentes comunitários e os demais profissionais e então foi possível integra-los as atividades. Os resultados mostraram que é necessário continuar ativamente na busca de hipertensos e/ou diabéticos; além disso, propiciar a manutenção da qualificação do serviço, objetivando ofertar um cuidado mais qualitativo, efetivo e resolutivo para a comunidade. Após o final da intervenção a ação programática foi incorporada a rotina da equipe mesmo tendo limitações de infraestrutura e uma grande demanda de usuários.

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

## Lista de Figuras

<b>Figura 01</b>	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde .....	38
<b>Figura 02</b>	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.....	39
<b>Figura 03</b>	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	40
<b>Figura 04</b>	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	41
<b>Figura 05</b>	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	42
<b>Figura 06</b>	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	43
<b>Figura 07</b>	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.....	45
<b>Figura 08</b>	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.....	46
<b>Figura 09</b>	Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.....	47
<b>Figura 10</b>	Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.....	48
<b>Figura 11</b>	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....	49
<b>Figura 12</b>	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....	50

## **Lista de abreviaturas e siglas**

ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAIC	Centro de Atendimento Integral Criança
CEO	Centro Especialidades Odontológicas
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RS	Rio Grande do Sul
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBAI	Unidade Básica de Atendimento Imediato
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS



## Sumário

1 Análise Situacional .....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção.....	15
2.1 justificativa .....	15
2.2 Objetivos e Metas .....	16
2.3 Metodologia .....	19
2.3.1 Ações.....	19
2.3.2 Indicadores .....	23
2.3.3 logística .....	30
2.3.4 Cronograma.....	31
3 Relatório da Intervenção .....	33
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	33
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	35
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	36
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	36
4 Relatório dos Resultados da Intervenção.....	37
4.1 Resultados.....	37
4.2 Discussão .....	53
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	54
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	55
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	57
Referências .....	58
Anexos.....	59

## **Apresentação**

Este volume é o trabalho de conclusão de curso da quinta turma de especialização em Saúde da Família UNASUS UFPel, está dividido em 5 capítulos: 1. Análise Situacional, 2. Análise Estratégica – Projeto de Intervenção, 3. Relatório da Intervenção 4. Relatório dos Resultados da Intervenção e 5. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e implementação da intervenção.

**Unidade Análise Situacional** foi realizado o reconhecimento do território através da estrutura, processo de trabalho e ações programáticas que embasaram a Unidade 2 para fins de definição do foco e da ação programática a ser desenvolvida. De fevereiro até maio de 2014.

**Unidade 2 Análise Estratégica** consistiu-se na construção do projeto de intervenção.

**Unidade 3 Relatório da Intervenção** teve duração de 16 semanas (setembro a dezembro) na qual descreve a intervenção realizada na unidade de saúde.

**Unidade 4 Relatório dos Resultados da Intervenção** possibilitou avaliar resultados, realizar a discussão e dar visibilidade ao gestor e comunidade acerca das potencialidades e fragilidades encontradas durante a intervenção.

**Unidade 5 Reflexão Crítica** sobre o processo de aprendizagem no decorrer do curso e na implementação da intervenção.

Para fechar o volume, estão as referências e anexos usados na realização do trabalho.

## **1 ANÁLISE SITUACIONAL**

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

Pelotas é um município do Rio Grande do Sul, no Brasil. Está localizada a 250 quilômetros de Porto Alegre, a capital do estado ocupando uma área de 1609 km. A população segundo o último censo do IBGE é 328.275 habitantes, cerca de 92% da população total residindo na zona urbana do município. Foi em 1780, que o português José Pinto Martins, que abandonou o Ceará em consequência da seca, fundou às margens do Arroio Pelotas a primeira Charquada. A prosperidade do estabelecimento, favorecida pela localização, estimulou a criação de outras charqueadas e o crescimento da região, dando origem à população que demarcaria o início da cidade de Pelotas. O nome indígena da cidade originou-se das embarcações de varas de corticeira forradas de couro, usadas na época das charqueadas. Todos os anos é realizada a tradicional Fenadoce -Feira Nacional do Doce.

O clima é subtropical úmido ou temperado, os verões são tépidos e com precipitações regulares, enquanto os invernos são frios, com temperaturas mínimas absolutas do ano entre -2 e 0 °C.

A Saúde conta com: 07 Hospitais deles 5 de SUS. Os mais tradicionais da cidade são Santa Casa de Misericórdia e o Hospital Beneficência Portuguesa, 51 Unidades Básicas de Saúde, 38 Estratégia Saúde da Família, 08 CAPS, SAMU, 02 Pronto Atendimentos Municipais, 01 Centro de Especialidades em Saúde, 01 Laboratório Municipal, 01 Hemocentro Regional, 01 UBS com Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), entre outros serviços.

As características demográficas e socioeconômicas do município: densidade demográfica de 205 hab./km quadrados, o PIB Per capita de 10.386,48 (2010), o % da população em extrema pobreza de 3,22 (2010), e o % da população com plano de saúde é de 15,87 (junho/ 2013).

As equipes e coberturas do município Pelotas, possui população para cálculo de PAB -Fixo (Faixa 3- 24,00 per capita), de 329.435 habitantes, corresponde a. RS 566.222.92 de repasse mensal. Apresenta cobertura de Atenção Básica de 70.71% considerando Estratégia de Saúde da Família com cobertura de 37.00%.

A situação da implantação da (s) Equipe de Saúde da Família, Saúde Bucal, Agente Comunitário de Saúde (agosto 2013), são 229 agentes, faltam muitas unidades precisando deles nas equipes de saúde sendo uma necessidade para o trabalho na saúde da família. O município possui 11.098 famílias beneficiadas do Programa BOLSA FAMILIA destas 9.766 são acompanhadas pela Atenção Básica com 88.07% (Pelotas, 2013).

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Este relatório corresponde a uma análise situacional do município de Pelotas e da secretaria de saúde. O município possui uma população de 329.435 habitantes, com 51 unidade básica de saúde, destas, 38 com estratégia de saúde da família. Há três serviços hospitalares pertencentes ao SUS, um hospital psiquiátrico e há também oito CAPS, conforme a secretaria de saúde do município há disponibilidade para exames complementares a população, mas não se conseguiu dados suficientes para maiores esclarecimentos.

Eu sou a médica cubana Odalis Toledo Luzardo trabalho na UBS na Cohab Fragata, situada na zona urbana, é um lugar de fácil acesso. O vínculo com o Sistema Único de Saúde (SUS) é de organização: prestamos serviços e recebemos material, medicamentos, instrumentos, equipamentos, o básico necessário para atender a população e também recebemos material para manter o local de trabalho higienizado.

A unidade básica de saúde (UBS) é tradicional - o único vínculo com escolas é o das campanhas para vacinação. A unidade conta com duas equipes de saúde incompletas: temos duas médicas na estratégia de saúde, uma enfermeira, duas técnicas em enfermagem, duas recepcionistas, uma pediatra, duas higienizadoras e uma medica clínica geral. Não temos assistente social, atendimento odontológico, nem agentes comunitários (ACS).

A estrutura física do local não permite que as médicas que irão compor a estratégia de saúde da família trabalhem pela manhã por falta de espaço físico, já que o mesmo é ocupado por médicos brasileiros.

Nossa unidade básica é pequena, tem somente dois consultórios, uma sala - de espera, uma salinha de recepção, um local muito pequeno onde são guardados os medicamentos, uma sala para vacinação, outra para curativos, dois banheiros e uma cozinha. Apesar destas falhas quanto à estrutura física, conseguimos trabalhar junto à população, atendendo a todos que nos procuram.

Os maiores problemas são a falta dos agentes comunitários e espaço para realizar trabalhos e atividades junto a usuários com certas deficiências e tipos de doenças; não há condições necessárias para um cadeirante movimentar sua cadeira, pois faltam acessos, como rampas e corrimão.

Por ser uma unidade tradicional, a UBS onde trabalho não possui dados, registros e agendamento de consultas. A população chega, é atendida vai embora, no próximo mês, são outros.

Acredito que quando tivermos a equipe completa e trabalharmos em conjunto, dentro de uma estrutura física conveniente, com bastante organização (agendamento, registros ...) e profissionais responsáveis possa se desenvolver um trabalho muito melhor do que se desenvolve agora.

A equipe não participa do processo de Territorialização e mapeamento da área, este vínculo equipe - família não existe na UBS na Cohab fragata e seria uma alternativa de grande valor para nós o cumprimento de algumas destas atribuições: visitas, consultas, curativos, atendimentos à domicílio.

São poucos os dados de que se tem conhecimento na UBS da Cohab fragata; só se tem uma estimativa com a tabela populacional de 4000 habitantes para cada uma das equipes o que mais ou menos corresponde a população desta UBS; mas o complicado é não termos registros.

Por esta estimativa populacional minha unidade deve ter mais ou menos: mulheres em idade fértil entre 10-49 anos - 1240, mulheres entre 25-64 anos - 1101, mulheres entre 50-69 anos - 413, gestantes na área - 60, menores de um 1 ano - 48, menores de 5 anos - 96, entre 5 e 14 anos - 593, entre 15 e 59 anos - 2620, com 60 anos e mais - 546, entre 20-59 anos - 2292, com 20 ou mais com Hipertensão - 894, com 20 ou mais com Diabetes Mellitus - 255.

Em relação ao atendimento pré-natal, infelizmente minha unidade não tem este serviço há muito tempo e é importante lembrar a importância que tem o mesmo na comunidade, eu estou desejosa de fazer esta atividade para que nossas grávidas e puérperas possam receber atendimento e atenção muito perto de suas casas.

Com relação à prevenção do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama ainda não temos a realização desta ação programática, sendo que, particularmente, estou solicitando material para fazer exame citopatológico que é de grande importância na prevenção do câncer de colo de útero, bem como sobre a neoplasia mamária em que encaminhamos a ginecologista, pois, em nossa unidade não há médico especialista. A realidade que nós estamos enfrentando é muito difícil, mas estamos tentando dar um atendimento adequado com o mínimo de recursos humanos.

Com relação à saúde da criança contamos com uma pediatra que oferece consultas de puericultura, mas só contamos com prontuários, muitos deles não são de nossa área de abrangência. A qualidade dos registros não é boa, as consultas são programadas e a participação dos membros da equipe de saúde na realização de atividades é muito pouca.

Quando falamos de atendimento aos usuários hipertensos, diabéticos, e idosos temos que refletir sobre a importância que tem o manejo destas patologias sensíveis a atenção básica, posso destacar que os usuários são atendidos da melhor forma possível, mas sem registro e sem agendamento de consultas. Sem visitas e consultas domiciliares é muito difícil o controle das mesmas. Fazemos tudo o que está ao nosso alcance, eu acredito que estamos em um momento próximo da solução pois em seguida vamos ter equipe completa e estrutura adequada para desenvolver nosso trabalho.

Apesar das dificuldades, nosso trabalho utiliza os prontuários (ainda que deficientes), encaminha os usuários, solicita exames de laboratório e orienta a todos de forma individual. O acolhimento do usuário é feito de forma a sentir-se protegido, bem recebido. A cada dia, verifica-se o grupo que necessita consulta, observa-se a idade e aqueles que podem ser atendidos no dia seguinte, quando a demanda é maior, eles são orientados que podem ter atendimento no próximo dia.

Finalizando este relatório, considero que o maior desafio é melhorar a saúde da população brasileira e particularmente de nossa área de abrangência. Onde atuo, temos um grande desafio que é chegar junto a população já que faltam os agentes

comunitários (pessoas que descobririam os doentes e avisariam os médicos, que seriam elo entre o usuário e a equipe). Há problemas já citados como o espaço físico que deve ser melhorado, e também a qualidade do preenchimento das anotações e registros na UBS. Esperamos pela implementação da estratégia de saúde da família!

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

Passados três meses de curso percebo que muitas coisas mudaram na unidade, os usuários já estão acostumados com o meu atendimento e a demanda tem aumentado, alguns problemas permanecem como a falta de estrutura e de uma equipe completa, estamos aguardando a composição da equipe. A demora nos exames e consultas com especialistas continua, o que dificulta as vezes o diagnóstico, ainda temos um longo caminho a percorrer.

A Análise Situacional me proporcionou um maior conhecimento e reconhecimento dos principais problemas da UBS. Constatamos que a falta de registros é um problema grave na UBS pois não conseguimos ter uma ideia concreta de qual a cobertura de cada programa bem como da qualidade do serviço de saúde. Mesmo programas prioritários não tem quase que nenhum registro.

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

### **2.1 justificativa**

Temos que lembrar que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares e é também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular encefálico (AVE) e infarto agudo do miocárdio (IAM), além da doença renal crônica terminal. 35% da população de mais de 40 anos sofre de Hipertensão, está constitui um problema grave de saúde e junto com a Diabetes Mellitus (DM), no ano 2025, alcançará a cifra de 54% da população. (BRASIL, 2010).

O DM apresenta alta morbimortalidade com perda importante na qualidade de vida, é uma das principais causas de mortalidade por insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular (BRASIL, 2010).

A prevalência estimada de HAS na população brasileira adulta é de cerca de 15% a 20%, sendo que, entre a população idosa esta cifra chega a 65%. Entre os Hipertensos, cerca de 30% desconhecem serem portadores da doença (BRASIL, 2010).

O estudo multicêntrico sobre prevalência de DM no Brasil apontou um índice de 7,6% na população brasileira entre 30-69 anos, atingindo cifras próximas a 20% na população acima dos 70 anos. Cerca de 50% dessas pessoas desconhecem o diagnóstico, e 25% da população diabética não fazem nenhum tratamento (BRASIL, 2010).

A prevalência de HAS encontrada em Pelotas no ano 2000 foi de 37,2%, utilizando para o diagnóstico medida da pressão arterial > 140/90 mmHg, ou uso de medicação anti-hipertensiva. Estudo mais recente, realizado neste mesmo município no ano 2007 e utilizando os mesmos critérios para os diagnósticos encontrou prevalência de 29,5%. Segundo dados de prevalências e de utilização do SUS



obtidos a partir dos estudos realizados no município, devem estar cadastrados neste plano de assistência cerca de 10 mil diabéticos e 30 mil hipertensos (BRASIL, 2010).

A população da UBS COHAB Fragata é estimada em 8.000 usuários, sendo dividida em duas equipes, a estimativa é de 894 Hipertensos e 255 Diabéticos em relação aos 4.000 usuários que serão atendidos pela minha equipe, infelizmente a falta de registros não permite que minha equipe possa ter dados concretos dos indicadores de cobertura e de qualidade do serviço de saúde.

Quando falamos de qualidade da atenção à saúde desta população, posso falar que com a implantação da estratégia será muito melhor, neste momento já estamos fazendo algumas atividades de prevenção e promoção de saúde, estas são orientações de hábitos de alimentação saudável, práticas de exercícios físicos e da importância da adesão ao tratamento, já estamos tentando fazer um melhor registro e realizando o agendamento de consultas destes usuários.

Como falei da importância da escolha de nosso foco de intervenção também posso ressaltar que a minha equipe está comprometida com o trabalho, temos ainda dificuldades/limitações como, por exemplo, a falta de registros, a falta de uma equipe completa, o pouco espaço físico, mas acredito que nos próximos dias tudo mudará e lutaremos por bons resultados. É por isso que, juntamente com a equipe, decidimos realizar esta intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde em usuários com HAS e/ou DM da UBS COHAB Fragata.

## **2.2 Objetivos e Metas**

### **2.2.1 Objetivo Geral**

Melhorar a atenção à saúde de usuários com HAS e/ou DM da UBS/ESF Cohab Fragata, Pelotas/RS

### **2.2.2 Objetivos Específicos**

- 1-Ampliar a cobertura de atendimento a usuários hipertensos e/ou diabéticos;
- 2-Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa;
- 3-Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde;
- 4-Melhorar o registro das informações;

- 5-Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular;
- 6-Realizar promoção da saúde de hipertensos e diabéticos.

### **2.2.3 Metas**

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

**Meta 1.1.** Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

**Meta 1.2.** Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **Objetivo 3 - Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa:**

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

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

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

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

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

**Objetivo 5 - Mapear Hipertensos e/ou Diabéticos de risco para doença cardiovascular:**

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

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

**Objetivo 6 - Promover a saúde de Hipertensos e/ou Diabéticos:**

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

Este trabalho trata de um diagnóstico seguido de intervenção e será realizado em uma unidade básica de saúde do Município de Pelotas – RS, a temática principal abordada é a Hipertensão e a Diabetes. A população desta intervenção é constituída pelos usuários de 20 anos e mais, portadores das doenças Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. A presente intervenção será desenvolvida em quatro etapas, sendo elas, análise situacional (já realizado), planejamento, intervenção e avaliação de resultados, e a intervenção propriamente terá um período de duração de 04 meses.

### **2.3.1 Ações**

#### **Eixo I - Monitoramento e avaliação**

Ação - Monitorar o número de hipertensos e ou diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde;

Detalhamento: este controle será feito pela especializanda através dos registros em prontuário e ficha espelho de todos os acompanhamentos realizados.

Ação - Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: implantar ficha-espelho na UBS e caderneta do hipertenso e do diabético para todos, tarefa a ser realizada pela especializanda.

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

Detalhamento: implantar ficha-espelho na UBS e caderneta do hipertenso a ser realizado pela especializanda.

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

Detalhamento: reavaliar a prescrição de medicamentos priorizando a p[rescrição de

medicamentos da farmácia popular, a ser realizado pela especializanda. Manter receitas atualizadas para retirada destes medicamentos.

## **Eixo II organização e gestão do serviço**

Ação - Definir atribuições de cada membro da equipe no atendimento clínico de usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: apresentar e discutir com os profissionais da UBS o Caderno de Atenção Básica nº 36 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus, 2013, esta apresentação será feita pela especializanda.

Ação - Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Detalhamento: realizar cronograma de atualização de profissionais sobre Hipertensão e Diabetes a ser realizado pela especializanda.

Ação - Dispor de versão atualizada do protocolo impresso do Caderno nº 36 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus, 2013, na unidade de saúde.

Detalhamento: solicitar à Secretaria Municipal de Saúde a impressão do Caderno nº 36 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus, 2013. A ser realizado pela médica.

Ação - Estabelecer sinais de alerta aos exames complementares preconizados.

Detalhamento: implantar ficha-espelho na UBS e caderneta do hipertenso para facilitar o controle e facilitar a sinalização no fichário. A ser realizado pela médica.

Ação - Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: realizar consulta médica e solicitar exames complementares conforme protocolo. A ser realizado pela especializanda.

Ação - Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: realizar reunião com os profissionais da UBS para decidir o

responsável pelo estoque de medicamentos. A ser realizado pela médica a enfermeira.

Ação - Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: implantar planilha de entrada e saída de medicamentos na UBS a ser realizado pela médica e pela enfermeira.

Ação - Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: apresentar e discutir com os profissionais da UBS o Caderno de Atenção Básica nº 37 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica, 2013. A ser realizado pelo médico.

Ação - Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Detalhamento: realizar reunião de equipe para capacitação dos profissionais sobre os protocolos adotados pela unidade de saúde. A ser realizado pela médica.

Ação - Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais em Hipertensão Arterial Sistêmica e diabetes mellitus.

Detalhamento: realizar cronograma de atualização de profissionais sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e diabetes mellitus. A ser realizado pela médica.

Ação - Dispor de versão atualizada do protocolo impresso do Caderno nº 37 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica e diabetes mellitus 2013, na unidade de saúde.

Detalhamento: solicitar à Secretaria Municipal de Saúde a impressão do Caderno nº 37 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica, 2013. A ser realizado pela médica.

### **Eixo III engajamento público**

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

Detalhamento: realizar orientação individual aos usuários durante consulta médica quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão, sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. A ser realizado pela especializanda.

Ação - Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Realizar orientação individual aos usuários durante consulta médica quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. A ser realizado pela médica.

Ação - Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: Realizar orientação individual aos usuários durante consulta médica quanto à necessidade de realização de exames complementares. A ser realizado pela especializanda.

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

Detalhamento: Realizar consulta médica e 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. A ser realizado por todos os membros da equipe.

### **Eixo IV qualificação da prática clínica**

Ação - Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento: capacitar a equipe durante a reunião. A ser realizado pela médica.

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

Detalhamento: realizar reunião com os profissionais da UBS para apresentar e discutir o Caderno nº 37 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica, 2013. A ser realizador pela especializanda.

Ação - Capacitar a equipe para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: realizar reunião com os profissionais da UBS para apresentar e discutir o Caderno nº 37 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica, 2013. A ser realizador pela especializanda.

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

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação com os profissionais da UBS para que todos estejam aptos a orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. A ser realizador pela médica.

### **2.3.2 Indicadores**

**Relativos ao objetivo 1 - Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos:**

**Meta 1.1.** Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

**Meta 1.2.** Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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



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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Relativos ao objetivo 5 - Mapear Hipertensos e/ou Diabéticos de risco para doença cardiovascular:**

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

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

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

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

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

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

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

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

**Relativos ao objetivo 6 - Promover a saúde de Hipertensos e/ou Diabéticos:**

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

**Indicador 18:** Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 logística**

Nessa intervenção com foco em Hipertensão e Diabetes e vamos adotar os protocolos do Ministério da Saúde (2013), sendo que, pretendemos utilizar os prontuários dos usuários hipertensos e diabéticos que temos em nossa unidade de saúde, embora, sejam incipientes (Não temos dados concretos). Os prontuários serão analisados pelos profissionais e principalmente pela enfermeira, já que, não temos agentes comunitários. Estamos planejando começar a trabalhar com 80 prontuários os quais agendaremos os mesmos de forma programada e em caso de não comparecimento realizaremos consulta domiciliar desta forma começará nosso registro específico do programa, será realizado em conjunto, médica, enfermeira e técnica em enfermagem.

Após a construção da ficha-espelho, a mesma será apresentada e discutida em reunião de equipe. Os dados da intervenção serão coletados pelos profissionais da unidade de saúde (médico, enfermeira, técnica de enfermagem). Estima-se alcançar o maior número possível de usuários mesmo com a falta dos ACS para fazerem a busca ativa.

A divulgação das ações se dará através de cartazes e folhetos informativos, desenvolvidos e custeados pela autora, através das reuniões de equipe que se realizam semanalmente, os folhetos ficaram disponíveis na UBS e em estabelecimentos na área de abrangência. A busca aos faltosos será feita através de contato telefônico quando possível.

Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica disponibilizada pelo curso e a ficha espelho. Revisaremos os prontuários após as consultas e faremos o registro de solicitação de exames clínicos e de laboratório, orientações dadas sobre importância de hábitos dietéticos saudáveis, importância da prática de exercícios físicos para eliminar o sedentarismo, cumprimento do tratamento e se agendara a próxima consulta para verificar a adesão ao tratamento.

Serão atualizados pela equipe de forma mensal os indicadores relativos à cobertura e à qualidade do serviço de saúde. O registro específico da intervenção será realizado juntamente com a equipe de enfermagem. Procuraremos cadastrar todos os hipertensos e diabéticos que correspondam a nossa área de abrangência, a equipe será capacitada e sensibilizada sobre a importância do acolhimento dos usuários portadores destas doenças.







### **3 Relatório da Intervenção**

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

As ações previstas no projeto em sua maioria foram desenvolvidas de forma integral. Encontrei muitas dificuldades ao longo dos meses da intervenção, entendo que a intervenção teria resultados melhores se tivesse começado após a equipe estar completa, os agentes comunitários de saúde fizeram muita falta em diversos momentos, além dos agentes a falta de técnico de enfermagem e muitas vezes até de recepcionista. A falta de cadastramento dos usuários tornou o trabalho mais difícil, como identificar os hipertensos e diabéticos da minha área sem ter o registro de todos os usuários que estão em minha área? A falta de estrutura da unidade prejudicou a realização dos grupos e atividades coletivas, estas poderiam ter sido realizadas com uma qualidade maior, ainda a falta de apoio para a realização dos exames complementares por parte da gestão, já que a demora para a marcação e para os resultados é muito grande, ainda não temos dentista na unidade o que impede uma atenção mais integral aos usuários como um todo, não somente hipertensos e diabéticos, ainda temos a demora para a avaliação de especialistas quando um usuário tem complicações que fogem aos recursos disponíveis na unidade.

As ações previstas relacionadas a monitoramento e avaliação e engajamento público foram realizadas integralmente, bem como algumas atividades de gestão e organização do serviço, são estas as ações desenvolvidas integralmente:

- Monitorar o número de Hipertensos e Diabéticos cadastrados no programa de atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde semanalmente.
- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

- Monitorar a realização de orientação nutricional de hipertensos e diabéticos
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos
- Monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos
- Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e Diabetes.
- Garantir Material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde e para realização do hemoglicoteste.
- Implantar planilha/ registro específico de acompanhamento.
- Informar a comunidade sobre a existência do programa de atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para Diabetes Mellitus em adultos com pressão Arterial sustentada maior de 135/80mmHg
- Orientar a comunidade sobre os fatores de riscos para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.
- Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.
- Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável
- Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular

Algumas ações em sua maioria as que envolviam equipe foram realizadas de forma parcial, já que tive minha equipe completa somente agora ao final da intervenção são elas:

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar a equipe de saúde para cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.
- 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 promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe da unidade sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Pactuar com a equipe o registro das informações
- Definir responsável pelo monitoramento registros
- Organizar um sistema de registros 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.

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

Tanto pela falta de tempo como pela falta de estrutura da unidade e de uma equipe para me apoiar algumas atividades não foram desenvolvidas, creio que em um outro momento com maior organização as atividades poderão ser realizadas.

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividades físicas.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.
- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo

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

Tive grande dificuldade para compreender a planilha de coleta de dados no início, bem como alguns erros na planilha que demandavam uma nova inserção de dados. O tempo que levava para os registros também dificultou um pouco.

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

Agora ao final da intervenção que tive minha equipe completa com agentes comunitários e os demais profissionais foi possível integra-los as minhas atividades. Percebo que eles estão bem abertos a possibilidade de darmos continuidade nas atividades que venho desenvolvendo, estamos no momento realizando o cadastramento dos usuários de minha área e após vamos realizar um diagnóstico fidedigno da situação desta população e assim conseguiremos planejar nossas ações de acordo com as necessidades destes usuários, acho muito valido o uso dos instrumentos disponibilizados durante o curso e pretendo incorporar eles a rotina.

## **4 Avaliação da Intervenção**

### **4.1 Resultados**

**Relativos ao objetivo 1 - Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos:**

**Meta 1.1.**Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

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

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

A minha intervenção tinha como um dos objetivos centrais o aumento de cobertura de atendimento a hipertensos. Na área de minha equipe estimasse (Estimativa da PCD) que temos 608 hipertensos com 20 anos ou mais. Ao final do primeiro mês de intervenção cadastrei um total de 73 usuários (12%), no segundo mês o número era de 107 (17,6%) usuários cadastrados, já no terceiro mês de intervenção o número alcançado era de 128 (21,1%) hipertensos e ao final do quarto mês um total de 138 hipertensos cadastrados o que equivale a 22,7% da estimativa de hipertensos em nossa área conforme mostrado na figura 1.

Ao final dos quatro meses de intervenção não consegui atingir a minha meta de cobertura a hipertensos que era de 50%, creio que isso se deve ao fato de não ter equipe completa o que dificultou o cadastramento de novos usuários, a falta de estrutura da unidade também contribuiu para a meta não ser atingida, creio que

agora que estou com a equipe completa será possível mudar este panorama de baixa cobertura de hipertensos.

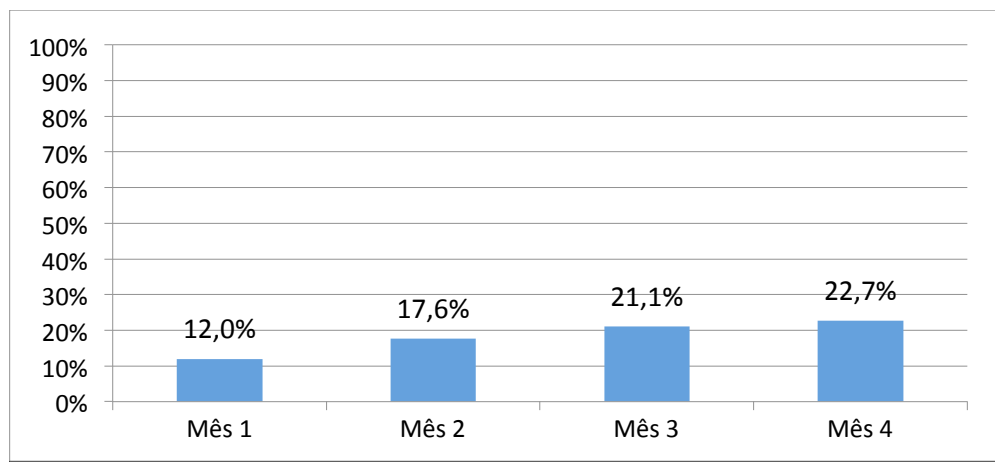


Figura 1 Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. UBS COHAB Fragata / Pelotas – RS 2014. Fonte: Planilha de coleta de dados

**Meta 1.2.** Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

A estimativa é que em nosso território tenhamos um total de 150 diabéticos com 20 anos ou mais (Estimativa da PCD), no primeiro mês de intervenção cadastrei um total de 21 diabéticos (14%), ao final do segundo mês o número foi de 28 usuários (18,7%), no terceiro mês cadastrei 33 usuários (22%) e ao final do quarto mês de intervenção finalizei com um total de 42 diabéticos que equivale a 28% da estimativa total de diabéticos com 20 anos ou mais que residem em minha área adstrita.

Com relação a cobertura de atenção aos diabéticos ao longo dos quatro meses de intervenção atingi um total de 28%, acabei por não atingir minha meta de 50% de cobertura, uma das dificuldades que tive foi a falta dos agentes

comunitários, se o território já estivesse mapeado acredito que a cobertura seria maior e provavelmente teria atingido a minha meta.

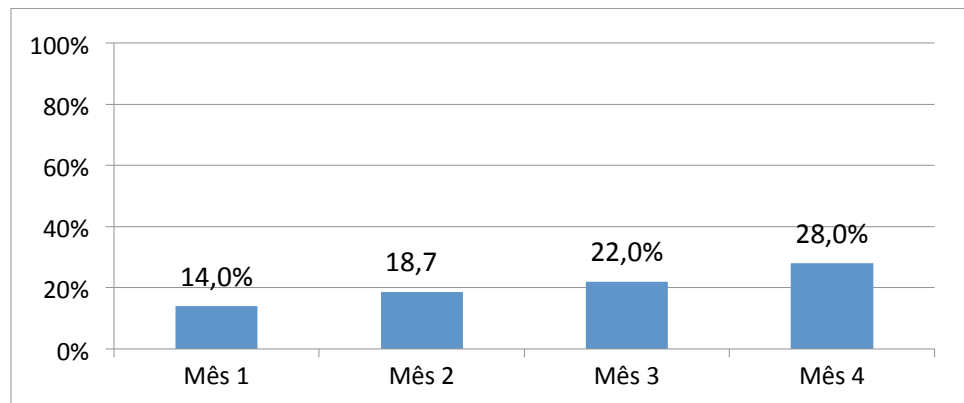


Figura 2 Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. UBS COHAB Fragata / Pelotas – RS 2014. Fonte: Planilha de coleta de dados

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

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

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

Ao longo dos quatro meses consegui realizar o exame clínico apropriado em todos os usuários hipertensos com 20 anos ou mais que foram acompanhados atingindo em 100% minha meta, sendo que no primeiro mês acompanhei um total de 73, no segundo o número foi de 107, já no terceiro mês foram 128 cadastrados e finalizei o quarto mês com um total de 138 hipertensos acompanhados.

O exame clínico apropriado é uma rotina nas consultas e permite identificar possíveis complicações, apesar de requerer um maior tempo de consulta é de extrema importância.



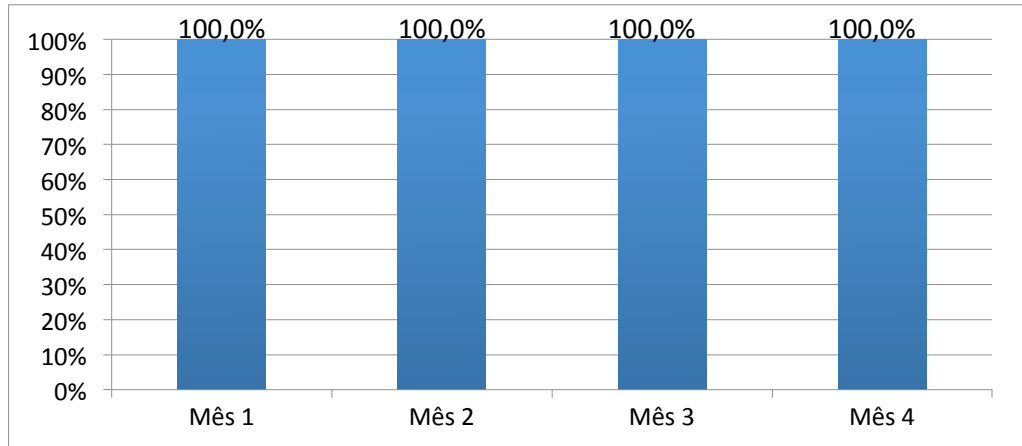


Figura 3 Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. UBS COHAB Fragata / Pelotas – RS 2014. Fonte: Planilha de coleta de dados

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

No que se refere à meta de realizar o exame clínico apropriado em diabéticos com 20 anos ou mais eu consegui ao longo dos quatro meses atingir em 100% tendo atendido no primeiro mês 21 usuários, no segundo 28, no terceiro 33 e ao final do quarto mês um total de 42 diabéticos com 20 anos ou mais.

No caso dos diabéticos o exame clínico apropriado pode identificar possíveis complicações decorrentes da doença, a avaliação das extremidades e da sensibilidade do usuário são indispensáveis, o exame clínico apropriado acaba por levar mais tempo durante a consulta, mas se faz necessário.

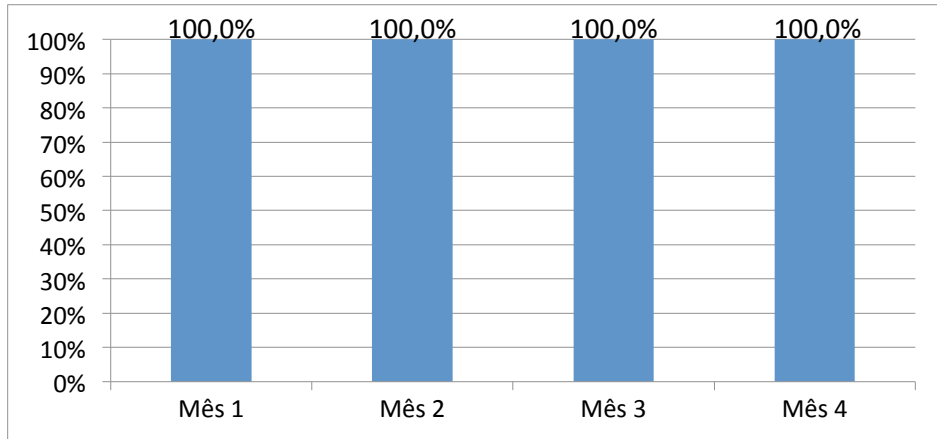


Figura 4 Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. UBS COHAB Fragata / Pelotas – RS 2014. Fonte: Planilha de coleta de dados

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

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

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

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

No decorrer do primeiro mês dos 73 usuários cadastrados 60 (82,2%) estavam com os exames complementares em dia, ao final do segundo mês dos 107 atendidos 88 (82,2%) encontravam-se com os exames complementares em dia, ao final do terceiro mês dos 128 hipertensos 103 (80,5%) possuíam os exames complementares em dia, no quarto mês de intervenção dos 138 usuários 124 (89,9%) estavam com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo adotado.

Ao longo dos meses de intervenção enfrentei dificuldade de conseguir os exames complementares para meus usuários, a demora em marcar e para a entrega dos resultados foram fatores limitantes para o alcance da meta.

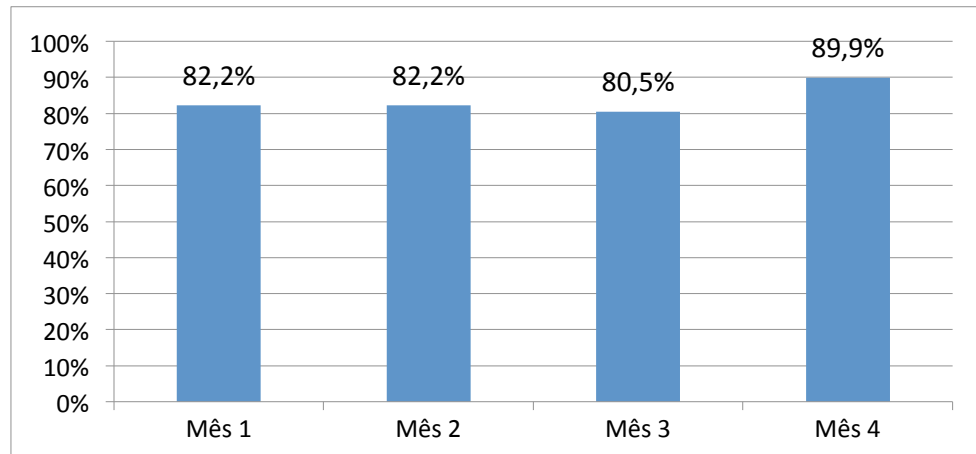


Figura 5 Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS COHAB Fragata / Pelotas – RS 2014. Fonte: Planilha de coleta de dados

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

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

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

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

No primeiro mês de intervenção dos 21 diabéticos cadastrados um total de 19 (90,5%) estavam com os exames complementares em dia, no segundo mês dos 28 diabéticos atendidos 25 (89,3%) tinham os exames complementares em dia, já no terceiro mês dos 33 usuários acompanhados 28 (84,8%) possuíam os exames complementares em dia, no quarto mês fechamos com um total de 42 diabéticos atendidos sendo que 39 (92,9%) estavam com os exames complementares em dia.

A demora para marcação dos exames foi o que impediu que eu atingisse a meta de exames complementares em dia, creio que é algo que necessita ser mais agilizado.

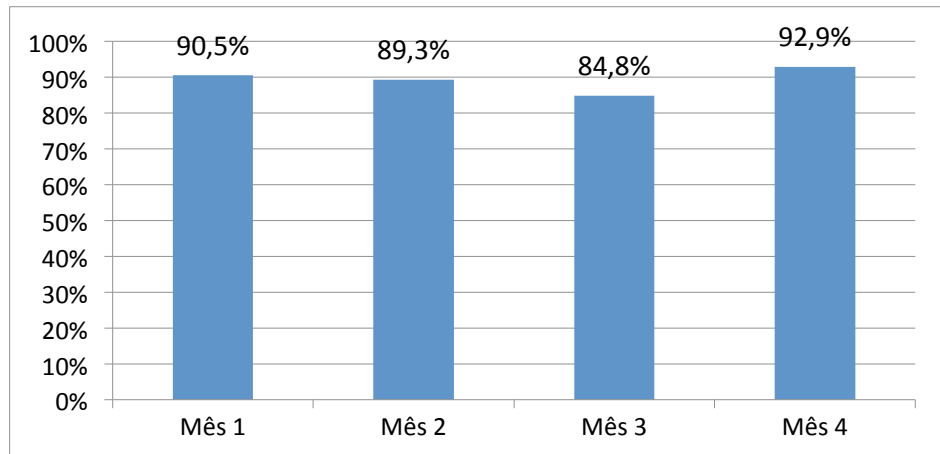


Figura 6 Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS COHAB Fragata / Pelotas – RS 2014. Fonte: Planilha de coleta de dados

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

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

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

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

Todos os Hipertensos com 20 anos ou mais que são acompanhados na unidade possuem prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, uma proporção de 100%.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Ao longo dos quatro meses todos os Diabéticos cadastrados possuíam prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, atingindo a meta em 100% em todos os meses.

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

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

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

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

Ao final do primeiro mês de intervenção dos 73 usuários hipertensos acompanhados 13 (17,8%) tiveram avaliação odontológica, no segundo mês dos 107 hipertensos 38 (35,5%) passaram por avaliação odontológica, ao final do terceiro mês de um total de 128 cadastrados 56 (43,8%) tiveram avaliação odontológica, ao final da intervenção dos 138 hipertensos cadastrados um total de 77 (55,8%) passou por avaliação odontológica.

O que dificultou que a meta de avaliação da necessidade de atendimento odontológico fosse atingida foi a falta de um dentista na unidade, o registro que possui são de usuários que buscavam atendimento odontológico em outras unidades e relatavam durante a consulta. Cabe salientar que 100% dos usuários foram avaliados quanto a este quesito durante as consultas médica e de enfermagem, os dados apresentados são referentes a avaliação com odontólogo.

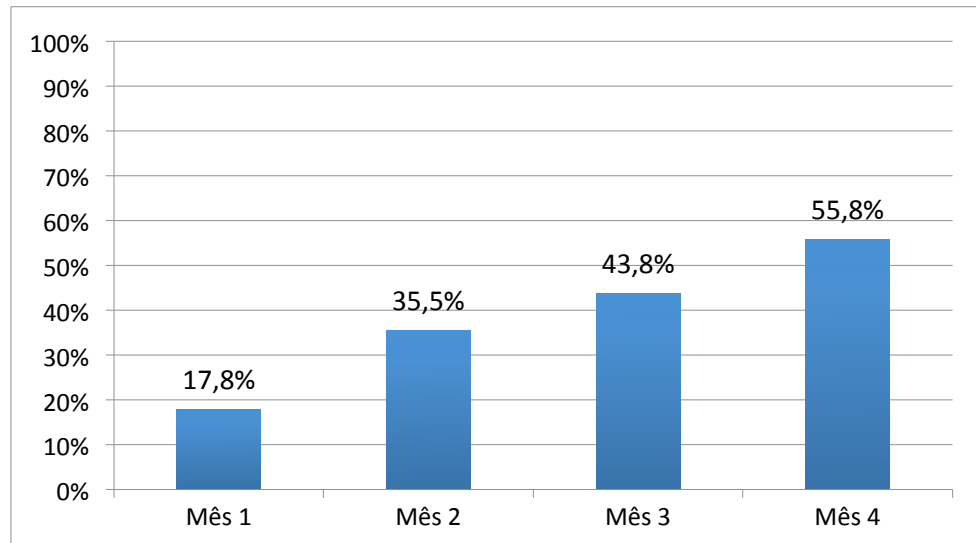


Figura 7 Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS COHAB Fragata / Pelotas – RS 2014. Fonte: Planilha de coleta de dados

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

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

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

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

Dos 21 usuários diabéticos acompanhados no primeiro mês um total de 6 (28,6%) teve avaliação odontológica, no segundo mês dos 28 usuários 13 (46,4%) passaram por avaliação odontológica, já no terceiro mês de um total de 33 usuários acompanhados 15 (45,5%) tiveram avaliação odontológica, no quarto mês dos 42 diabéticos acompanhados um total de 21 (50%) passou por avaliação odontológica.

Na minha unidade não possuímos dentista, os dados apresentados têm como base o relato de usuários atendidos em outras unidades de saúde. Cabe salientar que 100% dos usuários foram avaliados quanto a este quesito durante as consultas médica e de enfermagem, os dados apresentados são referentes a avaliação com odontólogo.

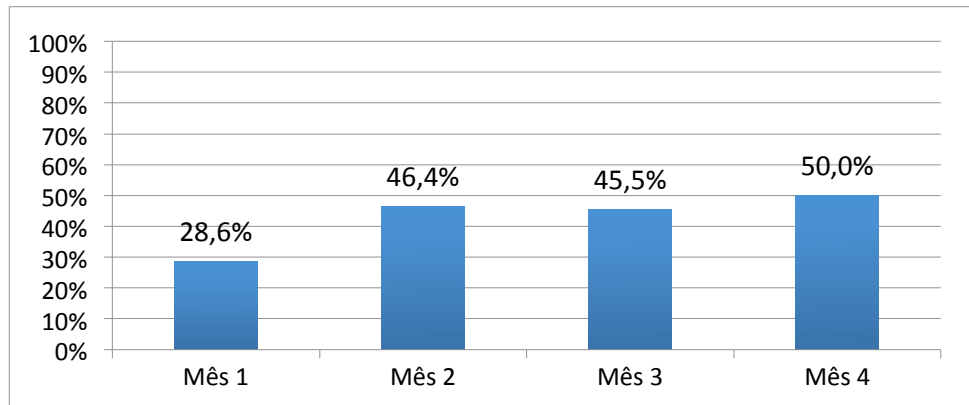


Figura 7 Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS COHAB Fragata / Pelotas – RS 2014. Fonte: Planilha de coleta de dados

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

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

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

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

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

Ao longo do primeiro mês da intervenção um total de 39 usuários hipertensos faltaram a consulta, consegui realizar a busca de 02 (5,1%), no segundo mês o número de faltosos foi de 22 usuários e foi realizada a busca de 3 (13,6%), ao final do terceiro mês dos 11 faltosos buscamos 5 (45,5%), no quarto mês dos 10 faltosos foi realizado a busca para 6 (60%).

A busca ativa foi uma grande dificuldade enfrentada, a falta de agentes comunitários e de apoio dos demais profissionais da unidade restringiram as buscas apenas a usuários em maior risco nos dias de visita domiciliar.

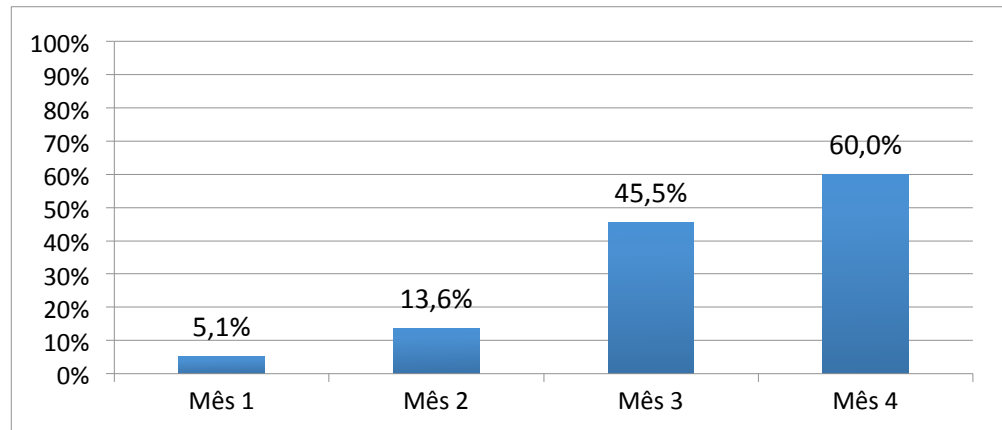


Figura 09 Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa. UBS COHAB Fragata / Pelotas – RS 2014. Fonte: Planilha de coleta de dados

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

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

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

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

Durante o primeiro mês de intervenção 16 diabéticos faltaram a consulta, 5 no mês dois e 2 no mês três, nos três primeiros meses não foi feita busca ativa a diabéticos e no mês quatro tivemos 6 usuários faltosos e para um (16,7%) foi realizado busca ativa.

A grande dificuldade da busca ativa foi a falta de agentes comunitários e a falta de apoio dos demais membros da equipe, creio que agora que estamos com a equipe completa será possível mudar esta realidade.



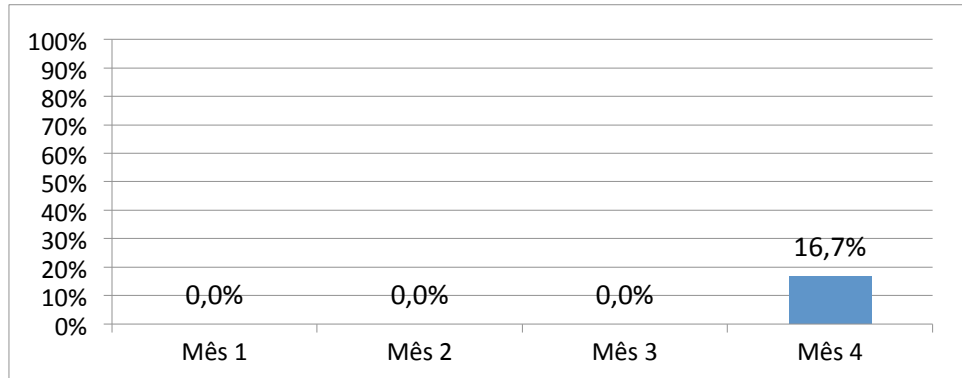


Figura 8 Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa. UBS COHAB Fragata / Pelotas – RS 2014. Fonte: Planilha de coleta de dados

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

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

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

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

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

Ao longo dos quatro meses 100% dos hipertensos com 20 anos ou mais que foram atendidos tiveram o registro adequado. Isto tem feito parte da rotina da consulta, apesar de requerer um maior tempo durante a consulta entendo como importante o registro adequado.

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

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

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

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

Durante os quatro meses de intervenção o registro adequado na ficha de acompanhamento foi realizado em 100%, apesar de requerer maior tempo durante a consulta foi realizado de forma integral.

**Relativos ao objetivo 5 - Mapear Hipertensos e/ou Diabéticos de risco para doença cardiovascular:**

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

**Indicador 5.1:** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.  
Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

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

No primeiro mês de intervenção acompanhei um total de 73 hipertensos destes 40 (54,8%) foi realizado a estratificação do risco cardiovascular, no segundo mês dos 107 foi realizado em 90 (84,1%), já no terceiro mês dos 128 cadastrados 110 (85,9%) possuíam a estratificação do risco cardiovascular, ao final da intervenção todos os 138 (100%) possuíam a estratificação do risco cardiovascular, sendo que, possivelmente resultados de exames solicitados previamente à intervenção auxiliaram na confecção do escore.

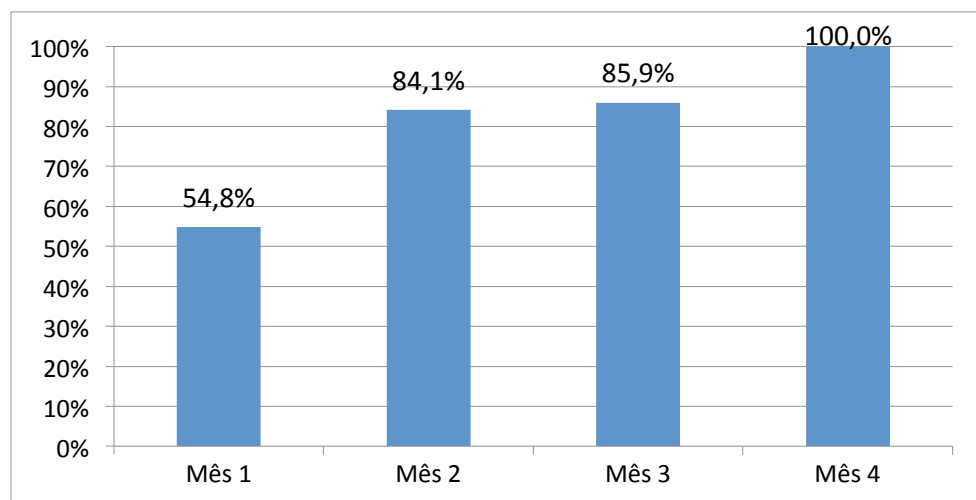


Figura 9 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. UBS COHAB Fragata / Pelotas – RS 2014. Fonte: Planilha de coleta de dados

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

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

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

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

No final do primeiro mês de intervenção dos 21 diabéticos acompanhados 14 (66,7%) possuíam a estratificação de risco cardiovascular, no segundo mês dos 28 um total de 25 (89,3%), no final do terceiro mês dos 33 acompanhados 29 (87,9%), no quarto mês todos os 42 (100%) diabéticos acompanhados possuíam a estratificação de risco cardiovascular.

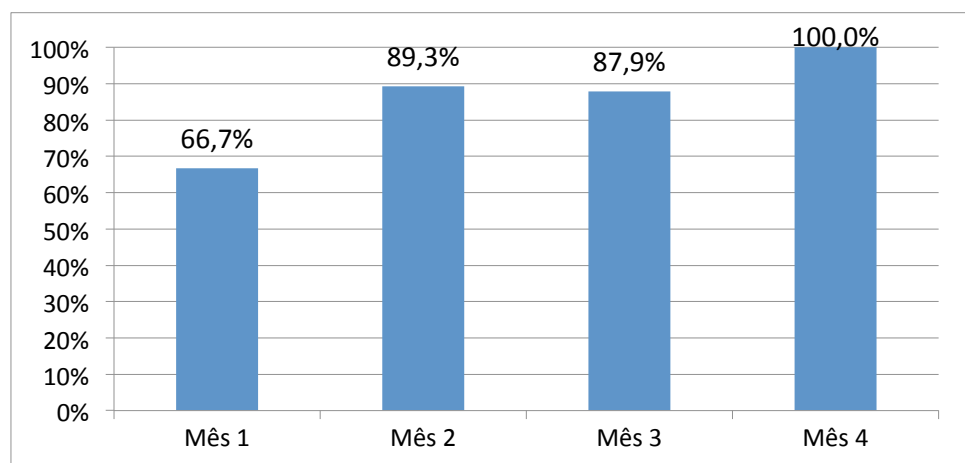


Figura 10 Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. UBS COHAB Fragata / Pelotas – RS 2014. Fonte: Planilha de coleta de dados

### **Relativos ao objetivo 6 - Promover a saúde de Hipertensos e/ou Diabéticos:**

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Nos quatro meses de intervenção a orientação nutricional sobre alimentação saudável foi parte da rotina das consultas, culminando com o alcance da meta de 100%.

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

**Indicador 18:** 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.

Ao longo de minha intervenção fiz das orientações, em específico as que se referem à alimentação saudável uma rotina durante as consultas, permitindo, assim, o alcance da meta de 100%.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Todos os hipertensos e diabéticos foram orientados em minhas consultas sobre a importância da prática de atividade física regular, esta foi uma meta atingida em 100% nos quatro meses de minha intervenção.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Hoje em dia o tabagismo é um problema de saúde pública, ele é responsável pelo agravamento de diversas doenças. A orientação sobre os seus riscos deve ser constante, tendo isto em mente todos os usuários receberam orientações durante as consultas, me levando a atingir minha meta em uma proporção de 100% em todos os quatro meses de intervenção.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Os riscos do tabagismo para os diabéticos são os mais variados, destacando-se como fator de risco para amputações em extremidades, sendo, assim, de grande importância que recebam orientações. Assim, mediante uma reorganização das consultas, atingimos 100% dos usuários atendidos nos quatro meses de intervenção.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Apesar de não ter dentista na unidade, orientações de higiene bucal podem ser fornecidas por todo e qualquer profissional da APS como agentes

multiplicadores, sendo assim, em toda consulta, houve orientações, permitindo, assim, o alcance da meta de 100% em cada mês da intervenção.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Quanto à proporção de diabéticos que foram orientados sobre a importância da higiene bucal atingimos 100%, considerando-se a importância de que todo profissional de saúde, ainda que não dentista, com instruções, pode socializar orientações de higiene bucal.

## 4.2 Discussão

Com a intervenção em minha unidade básica de saúde foi possível começar a realizar o levantamento de hipertensos e diabéticos da minha área. Até então não existia estratégia de saúde da família no território e, portanto, não havia registro fidedigno. Foi possível ainda, identificar as maiores dificuldades do território e as dúvidas dos usuários com relação à hipertensão e diabetes, melhorar consideravelmente a qualidade dos registros bem como estimular junto à equipe a adoção de instrumentos que podem ajudar na reorganização da unidade de saúde.

A intervenção teve um grande impacto na equipe, serviu para mostrar a importância do cadastramento dos usuários e do planejamento das atividades, como não havia estratégia na unidade a equipe teve que aprender como trabalhar na lógica da ESF, apesar de muitas dificuldades e resistência por parte de alguns membros da equipe no início estamos avançando para a implantação da lógica da ESF de forma integral.

O serviço foi muito beneficiado como um todo, o fato de se ter um planejamento, de consultas serem agendadas e não atendermos apenas a demanda espontânea já foi um avanço para o serviço, além da organização dos registros através da ficha espelho e da melhor divisão das atribuições dos profissionais da equipe.

A comunidade já percebeu a diferença do serviço prestado na lógica da ESF, creio que a intervenção contribuiu para iniciar essa mudança na forma como o serviço é prestado beneficiando assim a população. Ainda as atividades de grupo deixam evidente a comunidade à importância de trabalhos como esse, a cobertura ainda é pequena, mas a tendência agora que a equipe está completa é ampliar cada vez mais.

Se fosse realizar a intervenção neste momento eu iria distribuir melhor as atividades na equipe, já que, somente agora tenho equipe completa e também conseguiria discutir mais os objetivos da intervenção. Também se alguns membros da equipe tivessem chegado no começo da intervenção como os ACS, talvez o aumento da cobertura fosse mais impactante e ainda haveria a facilitação na identificação de líderes comunitários.

A intenção da equipe é dar continuidade às ações, pois, temos consciência de que há necessidade de uma qualificação constante na atenção a esses usuários bem como frente às demais ações programáticas que demandam nova organização. Mais, os ACS já estão cadastrando os usuários de cada micro área, atualizando os registros, e a expectativa é que até o final do próximo mês tenhamos um panorama mais fidedigno da situação de nosso território, o que permitirá maior conhecimento sobre a realidade.

### **4.3 Relatório da intervenção para gestores**

Com a ideia de buscar um aumento na cobertura e uma melhoria na qualidade do atendimento a hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais, foi realizada na unidade COHAB Fragata uma intervenção com duração de 16 semanas. As atividades foram realizadas com os usuários da área adstrita da minha equipe, sendo que, a intervenção foi embasada em uma análise situacional realizada para identificar as fragilidades no serviço e na atenção a população. Esta intervenção foi alicerçada nos quatro eixos pedagógicos do curso, avaliação e monitoramento, engajamento público, organização e gestão do serviço e qualificação da prática clínica.

Ao longo da intervenção foi possível atingir uma cobertura de atendimento de 138 (22,7%) hipertensos e de 42 (28%) para diabéticos. Atingimos no final das 16

semanas 100% de usuários com exame clínico realizado de forma apropriada e com prescrição de medicamentos da farmácia popular, na realização de exames complementares não atingimos 100% mas a estratificação de risco cardiovascular foi realizada em 100% dos usuários, ainda realizei orientações para 100% dos usuários atendidos com relação à importância de diversos cuidados como alimentação saudável, riscos do tabagismo, importância da higiene bucal, entre outros, como forma para evitar complicações e agravos. Ademais, na UBS quanto à gestão do serviço e ao processo de trabalho implantamos a ficha espelho para o monitoramento dos usuários.

Entretanto, durante a intervenção, tivemos muitas dificuldades, como a demora na realização dos exames complementares, a falta de equipe completa e a demora na disponibilização das fichas espelho; nesse sentido, se possível, gostaríamos de solicitar que os gestores nos dessem maior suporte a fim de que o processo de reorganização desta ação programática se consolide bem como se propague para as demais ações. Ademais, acreditamos que uma equipe de Saúde Bucal será importante para uma atenção integral e multidisciplinar.

Ademais, acreditamos que com uma equipe completa e com base nas atribuições profissionais, a tendência é que a qualidade da atenção à saúde melhore para usuários e familiares sob os prismas da promoção e prevenção.

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

Tendo como objetivo a melhoria da cobertura e da qualidade da atenção a hipertensos (pressão alta) e diabéticos (excesso de açúcar no sangue) dos usuários da UBS COHAB FRAGATA foi realizada uma intervenção ao longo de 16 semanas. Esta intervenção foi alicerçada em quatro eixos, avaliação e monitoramento, engajamento público, organização e gestão do serviço e qualificação da prática clínica.

Optamos por trabalhar com o tema da hipertensão e do diabetes depois de uma análise de nossa unidade e do nosso território adstrito, ou seja, notamos que havia uma necessidade da comunidade. Dentre as atividades mais importantes citamos as orientações individuais e coletivas realizadas durante as consultas e



grupos, além do exame clínico qualificado de acordo com o protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Nas 16 semanas foi possível atingir uma cobertura de atendimento de 138 (22,7%) hipertensos e de 42 (28%) para diabéticos bem como passamos a realizar na UBS exame clínico realizado de forma apropriada e com prescrição de medicamentos da farmácia popular, solicitação de exames complementares e realização da estratificação de risco cardiovascular.

Chegamos ao final da intervenção com resultados promissores que podem melhorar, assim, a sua participação é fundamental nas atividades da UBS em um processo de empoderamento coletivo. Nesse sentido, nós devemos como profissionais, cada vez mais fomentar a participação de vocês nas atividades bem como estimular o controle social, e vocês usuários, espero que cada vez mais participem da UBS ajudando a qualificar o trabalho para que a equipe possa prestar uma atenção em saúde atendendo às necessidades da comunidade.

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

No início eu possuía muita expectativa em relação ao curso. Eu esperava um curso voltado mais para prática clínica e conduta médica na Estratégia de Saúde da Família, mas, me deparei com um método de estímulo ao auto-aprendizado baseado em uma série de atividades que demandavam leitura e interação constante com a orientadora. E mais, vi que o curso se pautava na prática da Atenção Primária, contextualizando as atividades com a realidade com suas belezas e agruras.

Assim, creio que o curso serviu para qualificar a forma de gestão das minhas atividades dentro da unidade, ou seja, me ajudou a reorganizar a minha percepção sobre a Atenção Primária, tornando-a mais sistematizada. Também me ajudou a entender melhor os protocolos adotados no Brasil, permitindo, assim, que se aprofundasse o conhecimento do território adstrito e sua população.

Ademais, o estudo de prática clínica e os casos clínicos interativos foram as partes que mais acrescentaram em minha formação como um todo, pois, foi possível revisar temáticas importantes presentes no dia-a-dia que impactam diretamente na qualidade da atenção à saúde da comunidade.

## Referências

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A Educação Permanente entra na roda: polos de Educação Permanente em saúde**: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília, 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de **Atenção Básica. Diabetes Mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos) .

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Linhas de cuidado: **hipertensão arterial e diabetes**. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 232 p.: il. ISBN 978-85-79

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Atenção Básica da Hipertensão Arterial, n.37. Brasília, DF, 2013.


BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Atenção Básica Diabetes Méllitos, n.36. Brasília, DF, 2013.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Atenção Básica Obesidade, n.38. Brasília, DF, 2012.


ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Linhas de cuidado: **hipertensão arterial e diabetes**. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pa n-Americana da Saúde, 2010. 232 p.: il. ISBN 978-85-79

## **ANEXOS**

## ANEXO A- Ficha Espelho



Universidade Federal de Pelotas



Especialização em  
Saúde da Família

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

FICHA ESPELHO

Data do ingresso no programa \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Número do Prontuário: \_\_\_\_\_ Cartão SUS \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Necessita de cuidador? ( ) Sim ( ) Não

Nome do cuidador \_\_\_\_\_ Telefones de contato: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_


Tem HAS? ( ) Sim ( ) Não    Tem DM? ( ) Sim ( ) Não    Tem HAS e DM? ( ) Sim ( ) Não    Está cadastrado no HIPERDIA? ( ) Sim ( ) Não

Há quanto tempo tem: HAS? \_\_\_\_\_ DM? \_\_\_\_\_ HAS e DM? \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ cm    Perímetro Braquial: \_\_\_\_\_ cm

Medicações de uso contínuo						FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS					
Data						Data					
	Apresentação					Glicemia de Jejum					
Hidroclorotiazida 25mg						HGT					
Captopril 25mg						Hemoglobina glicosilada					
Propranolol 40 mg						Coolesterol total					
Enalapril 10 mg						HDL					
Atenolol 25 mg						LDL					
Metformina 500 mg						Triglicerídeos					
Metformina 850 mg						Creatinina Sérica					
Glibenclamida 5mg						Potássio sérico					
Insulina NPH						Triglicerídeos					
						EQU					
						Infecção urinária					
						Proteinúria					
						Corpos cetônicos					
						Sedimento					
						Microalbuminúria					
						Proteinúria de 24h					
						TSH					
						ECG					
						Hemograma					
						Hematócrito					
						Hemoglobina					
						VCM					



**Anexo C – Carta do comitê de ética**

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

---

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2013.

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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