

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**  
**Especialização em Saúde da Família**  
**Modalidade à Distância**  
**Turma 8**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes na UBS  
Ernestina, Ernestina / RS**

**Vidaimi Yenicel Dominguez Blanco**

**Pelotas, 2015**

**Vidaimi Yenichel Dominguez Blanc**

**Melhoria da Atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes na UBS  
Ernestina, Ernestina / 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: Mateus Casanova dos Santos

Pelotas, 2015

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

B641m Blanco, Vidaimi Yenichel Dominguez

Melhora de Atenção As Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus na UBS Ernestina. Ernestina/RS / Vidaimi Yenichel Dominguez Blanco; Mateus Casanova Dos Santos, 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. Santos, Mateus Casanova Dos, orient. II. Título

CDD : 362.14

Dedico este trabalho à minha família, minha mãe, meu pai, meus irmãos e meu  
namorado, os quais sempre estão do meu lado, dando forças para continuar

## **Agradecimentos**

Agradeço à Equipe de Saúde da minha unidade que sempre me apoiou e ao meu orientador, Mateus Casanova dos Santos, que sempre acompanhou o meu trabalho ajudando em tudo o que precisei.

## Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Ernestina	51
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Ernestina	52
Figura 3	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	52
Figura 4	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	53
Figura 5	Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo	54
Figura 6	Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo	54
Figura 7	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada	55
Figura 8	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada	56
Figura 9	Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa	57
Figura 10	Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa	57
Figura 11	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento	58
Figura 12	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento	59
Figura 13	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	59
Figura 14	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	60
Figura 15	Proporção de hipertensos como orientação nutricional sobre alimentação saudável	61
Figura 16	Proporção de diabéticos como orientação nutricional sobre alimentação saudável	61
Figura 17	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular	62
Figura 18	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular	63

## Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>APS</b>	Atenção Primária a Saúde
<b>DCNT</b>	Doença Crônica Não-Transmissível
<b>EAD</b>	Educação à Distância
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>HIPERDIA</b>	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>SIAB</b>	Sistema de Informação da Atenção Básica
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UFPel</b>	Universidade Federal de Pelotas
<b>UNASUS</b>	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

## Resumo

BLANCO, Vidaimi Yenichel Dominguez. **Melhoria da Atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes na UBS Ernestina, Ernestina / RS.** 79f. – Trabalho de conclusão de curso Programa de Pós-Graduação em Saúde de Família - Modalidade à Distância. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus são umas das principais doenças crônicas que causam infarto do miocárdio, insuficiência renal crônica e acidentes cerebrovasculares. O estudo apresenta a perspectiva de melhorar a atenção às pessoas portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família do município de Ernestina, Rio Grande do Sul. A partir de uma análise situacional realizada na UBS Ernestina, no município de Ernestina, RS, Brasil, foi constatado baixa cobertura ao Programa de hipertensos e/ou diabéticos. Assim, foi construído um projeto de intervenção com duração de 12 semanas. A intervenção foi desenvolvida no período de 18 de fevereiro a 15 de julho de 2015 com o propósito de atuar de forma estratégica e planejada no grupo programático de hipertensos e/ou diabéticos, por meio de ações nos eixos de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualidade da prática clínica, contemplando a realidade situacional da Unidade Básica no modelo de Atenção Primária em Saúde da Família. A intervenção abordou aspectos relacionados à cobertura, adesão e qualidade da atenção à ação programática, registro e mapeamento de risco da população-alvo desta ação e promoção de saúde relacionada ao Programa, tornando possível alcançar os seguintes resultados: ampliação da cobertura de hipertensos para 73,4% (508) e de diabéticos em 84,3% (167). Houve melhora significativa no que diz respeito ao acolhimento e sistematização do atendimento, assim como na qualidade dos registros e do atendimento em geral. Ações como esta permitem a detecção e tratamento precoce de doenças, bem como a redução de danos. O resultado do trabalho foi positivo para a comunidade, pois foram mudados estilos de vida e aumentou o conhecimento das pessoas sobre sua doença para prevenir futuras complicações. Aumentou a preparação da equipe depois da capacitação e a união do mesmo. O serviço melhorou no que tange ao acolhimento dos usuários, qualidade no atendimento e engajamento público.

**Palavras-chave:** saúde da família; atenção primária à saúde; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão arterial.



## Sumário

Apresentação .....	10
1 Análise Situacional .....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APSem 13 ago. 2014.....	11
1.2 Relatório da Análise Situacionalem 13 nov. 2014.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	17
2 Análise Estratégica .....	19
2.1 Justificativa .....	19
2.2 Objetivos e metas .....	21
2.2.1 Objetivo geral.....	21
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	21
2.3 Metodologia .....	23
2.3.1 Ações.....	24
2.3.2 Indicadores .....	36
2.3.3 Logística .....	40
2.3.4 Cronograma.....	43
3 Relatório da Intervenção.....	45
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	45
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	47
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	48
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	48
4 Avaliação da intervenção.....	50
4.1 Resultados.....	50
4.2 Discussão .....	64
5 Relatório da intervenção para gestores .....	69
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	72
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	75
Referências .....	76
Anexos.. .....	77

## **Apresentação**

O presente volume apresenta um trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EaD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel) em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS), apresenta o relato da realização de uma intervenção voltado a qualificar a atenção aos Hipertensos e/ou Diabéticos UBS Ernestina, Ernestina / RS.

O texto está organizado em momentos, dentro da seqüência de trabalho proposta pelo Curso em Unidades de Aprendizagem conforme mostrado a seguir: passamos pela a análise situacional produzida na Unidade 1. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica, traduzida no projeto de intervenção elaborado ao longo da Unidade 2. A terceira parte traz o relatório da intervenção realizada durante 16 semanas, correspondente ao processo vivenciado na unidade 3 do curso. Na quarta parte encontra-se o material produzido na 4ª unidade do curso, compreendendo a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde. Ao término, há a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Como elementos referenciais no volume final, há as referências, anexos e os apêndices, ou seja, os instrumentos utilizados durante a realização do trabalho.

## **1. Análise situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 13 ago. 2014**

Eu trabalho no município de Ernestina que fica no Estado de Rio Grande do Sul. No município temos um espaço físico bem estruturado com uma ESF constituída por três clínicos, um médico de saúde da família (eu), quatro enfermeiros, seis técnicos de enfermagem, oito assistentes de saúde, médicos especializados (ginecologista, pediatra, cardiologista, psiquiatra e psicóloga). Temos uma nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudióloga e prestamos serviço de odontologia. Há farmácia dentro da unidade prestando o serviço. O horário de trabalho é todos os dias desde as seis horas até a meia noite.

Além disso, prestamos serviço em uma das comunidades mais longe de nosso município (Três Lagoas) uma vez por semana, levando uma parte da equipe para melhor atendimento e, desta forma, evitar que os usuários sejam transportados à cidade.

O processo de trabalho é típico, temos seis grupos de HIPERDIA em todo município e um grupo de 21 gestantes, onde realizamos atividades de prevenção e promoção com eles. Com a chegada do médico do Programa Mais Médico estas atividades se realizam com mais frequência. Também, fazemos visitas domiciliares aos pacientes mais idosos, pacientes encamados, pacientes com câncer e seus familiares quase sempre trataram de ir em conjunto com as assistentes sociais e as trabalhadoras do PIM (Programa Primeira Infância Melhor) em casos que tenham crianças com alguma doença específica e em alguns casos determinados levamos a psicóloga.

Temos uma boa relação com a comunidade, sendo que a equipe apoia e participa nas atividades que se realizam na comunidade em benefício da saúde dos pacientes e das famílias. Em nosso serviço trabalhamos do jeito integrado com as unidades secundárias que temos perto como os hospitais de Passo Fundo e temos convênio com os diferentes serviços de alta qualidade de atendimento para realizar exames de laboratório.

Eu observo que a ESF em meu município é boa e o mais importante que eu estou olhando é que é uma equipe unida, uma equipe que quer que os pacientes tenham um melhor atendimento, uma equipe que quer melhorar a qualidade de vida da população. Ainda temos que fazer muito mais coisas para conseguir melhorar a qualidade de vida e conseguir fazer mudança no estilo de vida da população, pois temos um grande desafio, sabendo que temos a situação de:

- População de 3190 habitantes aproximadamente;
- 639 pacientes com hipertensão para 20% da população;
- 161 pacientes com diabete mellitus para 5% da população;
- E nossos maiores problemas têm mais de 50% da população consumido medicamentos psicotrópicos e antidepressivos (esse é nosso maior desafio, conseguir ensinar a população que sem esses remédios se pode ter uma melhor vida);
- Temos um alto índice de pessoas com perfil lipídico alto, já que nossa população em sua maioria são agricultores, com costumes muito próprios da região e sua alimentação é a base de carne, gorduras, salada de maionese, pão e muitas mais coisas prejudiciais ao corpo.

Espero ser um grão de areia mais nesta construção que é o SUS (Sistema Único de Saúde) e ajudar na medida do possível fazer muitas mais atividades de prevenção e promoção para melhorar o estilo de vida da população e modificar os fatores de risco modificáveis como (obesidade, tabagismo, ingestão desnecessária de medicamentos psicotrópicos, alimentação, consumo de álcool, sedentarismo, drogas, entre outros).

## 1.2 Relatório de Análise Situacional em 13 nov. 2014

Ernestina é um município localizado ao norte do Estado Rio Grande do Sul, com uma população de 3096 habitantes. Nisto, 1582 são homens e 27% são crianças. O restante é população adulta e isso significa que nosso município está envelhecendo, assim como a realidade demográfica brasileira. Temos uma UBS com ESF com disponibilidade de NASF. Assim, se integra com a atenção especializada: ginecologista, psiquiatra, cardiologista, pediatra, clínico, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudióloga e psicóloga. Para ter acesso às demais especialidades o município tem convênio com os hospitais mais próximos, não só para o atendimento com os especialistas, senão também para os usuários que precisam de internação e para a realização de exames, pois em nosso município temos disponibilidade de exames de rotina tais como: (hemograma, glicose, creatinina, uréia, ácido úrico, TGO, TGP, Bilirrubina, PSA, T3, T4, TSH), mas não os específicos de cada especialidade, além de que temos um bom vínculo com o SUS com um grande porcentagem de pacientes com atendimento pelo SUS.

Nossa UBS, conhecida como Posto de Saúde Ernestina, é urbana com uma ESF mista, com uma equipe de saúde o qual está composta por: um médico de família, três enfermeiras, seis técnicos de enfermagem, dois auxiliares de farmácia, um farmacêutico, dois clínicos, dois odontólogos, uma técnica de odontologia, um fisioterapeuta, uma fonoaudióloga, uma nutricionista, uma ginecologista, uma pediatra, um psiquiatra, uma psicóloga, oito agentes de saúde, além das pessoas que trabalham em administração e os motoristas que são em número de cinco. Estamos vinculados com instituições de ensino médico e neste momento temos seis alunos que estão no primeiro ano da formatura de medicina.

A UBS de Ernestina está localizada no centro da cidade, sendo o único centro de atendimento de saúde do município, além de que tem uma ramificação no interior do município em uma localidade chamada Três Lagoas, com um pequeno consultório médico e uma cadeira odontológica onde se fazem atendimento duas vezes a semana só no turno vespertino. Em sua estrutura física consta de área de cobertura na porta de entrada para a chegada de ambulância com pacientes; sala de vacinas; consultório médico

com banheiro; farmácia; consultório de enfermeiras e sala de vigilância sanitária; banheiro de usuários; consultório dentário; vestiário; consultório de fonoaudióloga; nutricionista e fisioterapeuta; sala de procedimentos de enfermagem; consultório médico especializado(duas salas); observação; rouparia; sala de reuniões; cozinha; lavanderia; sala de secretario; sala de motoristas; sala de administração. A maioria das salas é ampla e todas possuem estrutura de paredes lisas, acho um ponto negativo é que a Secretaria de Saúde Municipal está junto com a UBS, separada apenas por uma porta, isso às vezes atrapalha o bom andamento dos atendimentos devido à interferência políticas. A recepção é bem estruturada com bancos estofados, possui um televisor e um bebedouro de água, temos uma bancada para a recepcionista e os arquivos de metais para guardar os prontuários dos pacientes, com pouco espaço e, além disso, forma parte da entrada para a sala de vacina, porem acho que isso é um ponto negativo, pois os pacientes não têm muita privacidade em quanto vão fazer vacina e menos em quanto estão falando com a recepcionista, pois ocupam o mesmo espaço, também temos grandes deficiências em quanto à entrada de usuários com dificuldade de locomoção em nossa UBS, pois não temos barra nem entradas para pessoas deficientes e o transito delas na UBS é difícil.

Depois de dizer a quantidade de população que temos em nosso município e as características de nossa equipe de saúde com cada um dos integrantes posso dizer que vivenciamos uma boa adequação entre o tamanho da equipe e a quantidade de população, só que estamos planejando ainda algumas estratégias para levar à atenção às pessoas que moram no interior, pois as pessoas que moram no interior não procuram o serviço de saúde e chegam a nossa UBS quando já não temos mais nada que fazer. Então, em conjunto com a Secretaria de Saúde e as demais pessoas que tem a responsabilidade na cidade de velar pelo melhoramento do município estão vendo a possibilidade de abrir outro ponto de atendimento no interior e assim abarcar toda a população.

O tema de demanda espontânea em nossa UBS não tem muitos problemas porque, como desenvolvi antes, nós temos uma boa adequação entre equipe de saúde e população e percebo que o melhor trabalho que nós fazemos no posto de saúde é a demanda espontânea, pois o trabalho com os

programas não este bem feito. A equipe a trabalhado mais em prestar uma boa demanda espontânea à população e esqueceu a prevenção e promoção de saúde. Por exemplo, na saúde das crianças, na faixa etária de 0-72 meses, tem atendimento e só os profissionais de saúde se preocupam por as crianças de 0-12meses, depois deixam o atendimento e seguimento a vontade da mãe. Isto é, se ela acha que a criança precisa, então, a pediatra atende eles. Se os pais levam à consulta é só quando tem algum problema agudo. Percebo que neste ponto temos que trabalhar um pouco mais a ampliar o atendimento e seguimento das crianças até 72 meses com agendamento e não só deixar a critério dos pais, pois muitas vezes eles acham que a criança está bem e quando procura o médico já a doença esta avançada. Também temos dois dias de atendimento pediátrico e só num turno. Dentro das estratégias que se devem tomar, observo que seria ampliar o horário de atendimento para mais dias e também deixar a pediatra só para fazer a puericultura. Segundo o Caderno de Ações Programáticas (CAP) da Unidade 1 do curso, ferramenta utilizada para análise situacional, há a estimativa de 37 crianças menores de um ano a serem atendidas na área. Nós estamos acompanhando 37(100%) de crianças, sendo que nenhuma fez triagem auditiva e avaliação de saúde bucal. Os pacientes com doenças crônicas o médico clinico pode atender e se ele acha que a criança precisa de atendimento pelo pediatra, então, desenvolvem a interconsulta e assim damos mais cobertura para as puericulturas das crianças de 0-72 meses. Partindo que não temos um protocolo de atendimento e não se faz um planejamento das consultas, as ações que se fazem são feitas pelo médico da família e a enfermagem e a pediatra só realizam as consultas como demanda espontânea. Então, aí temos uma grande dificuldade para que o programa seja feito com boa qualidade, pois o que mais se faz por parte da pediatra é atendimento de demanda espontânea e poucas ações para prevenção de doenças e promoção de saúde.

Quanto à atenção pré-natal a situação está um pouco melhor, pois temos atendimento e planejamento da quantidade de mulheres grávidas que temos no município com consultas agendadas e seguimento de todas suas atividades, tendo, assim, uma vez por mês uma atividade feita pela enfermagem e a médica da família e participação de alguns outros profissionais da saúde com temas que envolvem a gravidez. A ginecologista também se

envolve nas atividades feitas para as grávidas fora da consulta, dando palestra. A população tem uma boa adesão com as ações feitas, a qualidade dos registros e o planejamento das ações e controle da consulta é bom. Percebe-se que as gestantes se sentem seguras nas mãos de nossos profissionais. Pelo CAP, há a estimativa de 46 gestantes na área de abrangência do serviço. Nós acompanhamos 24 (52%) das grávidas, sendo que 18 (75%) têm o pré-natal iniciado no primeiro trimestre gestacional. Há 27 (73%) usuárias em acompanhamento puerperal, sendo que 18 (67%) consultaram antes dos 42 dias do pós-parto.

Outro programa que tem bom seguimento é a Atenção aos hipertensos e aos diabéticos. Esses usuários têm um grupo operativo de Hiperdia, que tem uma pequena equipe que faz planejamento de suas atividades e das ações feitas. Temos seis grupos por todo o município e todas as terças-feiras se realizam essa atividade, além de que tem consultas planejadas a cada seis meses para avaliar seus estados de saúde e controles das tensões arteriais, assim como realização de exames de rotina para prevenção de complicações. Há registro de cada uma das atividades. Ainda temos algumas dificuldades relacionadas com as ações feitas para eles, mas estamos trabalhando juntos para um melhor resultado. Por exemplo, não se tem um registro do atendimento a os pacientes hipertensos e diabéticos para avaliação como se propõe nos protocolos de atendimento, ao igual que o resto das populações eles só vão ao médico se acontece alguma situação aguda, esta se tentando realizar uma adequada promoção e prevenção das complicações dessas doenças crônicas só que não temos uma estrutura para lograr esse objetivo, acho que para diminuir a incidência de complicações e internações por descontrole da pressão ou da glicemia deveríamos ter uma melhor organização. A população se sente muito confortáveis com o trabalho que se está fazendo nos grupos e cada dia se consegue uma maior participação deles, acho que deveríamos aproveitar essa boa vontade e trabalhar um pouco mais com essa população alvo, já que quase um 30% da população geral padece de hipertensão e diabete.

O programa de câncer de colo de útero e controle do câncer de mama também tem alguns problemas, pois na UBS se realizam ações para prevenir essas doenças, mas só isso não tem seguimento para as mulheres. Observa-



se só naquelas que o preventivo foi positivo. A realização de preventivo (citopatológico) é a vontade das mulheres e elas fazem se quiser e quando elas querem. Os profissionais não têm registros do tempo que se fazem cada preventivo. Isso é, no caso dos preventivos que se fazem, no caso dos exames de mama, se deixam para que as pacientes façam em casa e uma vez por ano se realizam as mamografias. Com isto, a cobertura para realizar pelo SUS é pouca e a maioria das mulheres do município não tem condições financeiras necessárias para fazer. Então, percebo que se deveria trabalhar para ampliar ainda mais a cobertura de atendimento pelo SUS. Também, nossa equipe vai conseguir fazer um grupo onde se possam realizar mais ações com as mulheres e assim ter mais contato com elas, envolvendo, inclusive, mais profissionais da equipe.

No caso da atenção aos idosos, não temos um grupo só para eles. Além de que no município desenvolvem atividades e ações para a terceira idade, mas a saúde não tem um programa para eles, onde se desenvolvam atividades específicas. A atenção nas consultas não é planejada e só acontece se o usuário precisa. A atenção domiciliar é só para os idosos acamados e que não podem caminhar. Então, o trabalho de prevenção é fraco, depois de realizar o questionário sobre esse tema a equipe tomou uma decisão de criar um grupo de idosos e realizar ações e envolver mais a saúde para assim melhorar a qualidade de vida deles. Quero dizer que nossos idosos recebiam atenção só que não se planejava e, então, muito ficavam sem a atenção adequada.

Finalizando, considero que o maior desafio em minha UBS vai ser conseguir que os profissionais da saúde façam o registro de todas as atividades que eles fazem. Também pude perceber isso no preenchimento do Caderno das Ações Programáticas, pois muito dos indicadores que tinha eu não consegui preencher por falta de informação e porque todos os serviços prestados na unidade não tinham esses registros. Sei que muitos aspectos mudaram e que vamos conseguir muitas coisas no melhoramento da saúde e a prevenção dos pacientes com ajuda dos questionários e que o atendimento cada dia vai aumentar a qualidade.

### **1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório de Análise Situacional**

Comparando o texto da situação da ESF/APS em meu serviço da segunda semana de ambientação com o relatório da análise situacional, considero que o relatório elaborado tem melhor qualidade e aprofundamento. O relatório descreve de forma mais detalhada a estrutura física da unidade com base em temas aprendidos de como deve ser a estrutura e o funcionamento da unidade.

O primeiro comentário que se faz necessário é: o texto inicial já é capaz de detectar certas deficiências da Unidade, entretanto essa detecção acontece mais a partir de sensações empíricas, e não baseadas em comparações a padrões mínimos aceitáveis.

Depois de preencher os questionários disponibilizados pelo curso foi possível refletir com mais profundidade sobre os déficits de recursos materiais e humanos e sobre as atribuições dos profissionais. A metodologia do curso permitiu que a aprendizagem pessoal fosse maior e que fosse identificada uma série de problemas que inicialmente não apareceram, para que assim, pudesse traçar metas para resolvê-los ou pelo menos trabalhar em conjunto para minimizá-los.

Assim, posso inferir que a aprendizagem foi possível, pois muitos dos profissionais inseridos na UBS não sabiam sobre as atribuições de cada membro da equipe e faltavam ações por realizar. Como de forma geral a estrutura física é boa, não conhecíamos os requisitos que faltavam e com a análise situacional, foram identificados para gerar uma mobilização na equipe, a fim de melhorar a qualidade do atendimento a todos os usuários. No relatório foi detalhado o funcionamento dos diferentes grupos e foi decisivo para escolher o grupo programático de hipertensão e diabetes para fazer a intervenção.

A partir deste projeto nossa equipe de saúde encontra-se mais preparada e com base e fundamentos para futuras intervenções que abarquem todos os grupos e usuários de nossa área de abrangência.

## **2. Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A hipertensão arterial é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25 e 40% da etiologia multifuncional de cardiopatia isquêmica e dos acidentes cerebrais (2013a). Essa multiplicidade de conseqüências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos. Em geral, a HAS e DM são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e hospitalizações no SUS e mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com IRC submetidas à diálise (BRASIL, 2013b). No Brasil as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas desconhecidas e no Rio Grande do Sul tem uma prevalência de 1,28 a 27,1%. Em Ernestina um 22,3% da população é hipertensa e um 6,3% é diabético, com um aumento da incidência todos os dias (Base de dados no município).

A UBS Ernestina é um local adaptado, mas tem a maioria das estruturas que deve ter uma UBS. Há uma recepção pequena com a documentação necessária para prestar o atendimento, com sala de espera, cinco consultórios médicos, que são usados pelos diferentes profissionais, à exceção da sala de ginecologia. Há uma sala de enfermagem, uma sala de procedimentos de enfermagem, um consultório de odontologia, dois banheiros (um para pacientes

e outro para trabalhadores) e uma cozinha. Na área de administração temos três salas, sendo uma sala de reuniões. Caracteriza-se como um local adaptado e tem boa estrutura para realizar um bom atendimento, ainda quando temos algumas deficiências. Na realização do posto novo isto está sendo levado em conta. A equipe está constituída por três médicos de atenção primária, um pediatra, uma ginecologista, um psiquiatra, um cardiologista, uma nutricionista, uma psicóloga, uma fisioterapeuta, uma fonoaudióloga, duas dentistas, uma auxiliar de odontologia, seis técnicas de enfermagem, quatro enfermeiras, oito agentes de saúde, uma recepcionista, um farmacêutico, dois auxiliares de farmácia, dois auxiliares de limpeza e quatro administrativos, além da secretária de saúde. Com uma população adstrita de 3096 usuários, deles 1570 são homens, a diferença de gêneros é muito pouca.

A população-alvo na área adstrita é de 890 usuários que faz 28,7% da população total. Dessa população só temos cobertura de atendimento para os pacientes que estão descompensados. Desde a chegada do médico do Programa Mais Médico está se realizando uma série de atividades para ampliar a cobertura de atendimento ainda quando os pacientes não estejam descompensados. Até agora com as novas ações realizadas temos um 42% da população alvo atendida na UBS e a qualidade da atenção à saúde desta população a melhorado, sabendo que tem muitas coisas que melhorar, pois inicialmente a equipe, por falta de tempo e de profissionais da saúde, só tinha todos seus esforços ao atendimento de urgências e emergências desta população. Mas agora, faz três meses que a qualidade a melhorado grandemente, pois se realizam uma série de atividades de promoção com o objetivo de prevenir complicações futuras e melhorar a qualidade de vida destes pacientes. Dentro das ações já desenvolvidas temos palestras educativas sobre alimentação, importância da realização de exercícios não só para emagrecer se não também para melhorar as cifras elevadas de colesterol e triglicérides que tanto incide nesta população, atividades de interação entre essa população e o profissional de educação física, onde se ensina como e quando se deve realizar a atividade física, falas sobre a importância de levar um tratamento medicamentoso adequado nos casos que precisem e a importância da realização de exames de laboratórios cada semestralmente

para prevenir complicações. Ainda faltam muitas mais ações e só estamos iniciando neste trabalho.

Eu escolhi esse tema primeiro porque essas doenças são muito freqüentes em nosso meio e na vivência que tenho acompanhado e cada dia aumenta a incidência dela no mundo e em meu município. Percebe-se que se realizarmos uma boa intervenção conseguirá diminuir os fatores de risco destes usuários, tendo um melhor controle deles e aumentando sua qualidade de vida. A equipe com apresentação desta intervenção mostra um alto nível de interesse e nas primeiras ações que se estão realizando tem uma participação ativa. Acredito que minhas principais limitações e dificuldades são os pacientes, pois tem um estilo de vida bem complicado onde pela necessidade de médico no município se acostumaram a só assistir a consulta em casos agudos e acham que enquanto tudo está bem, não precisam realizar as ações para melhorar seu estilo de vida, além de que os gaúchos tem uma costume muito forte( diga-se alimentos a base de farinhas, gordurosos, em fim bem ricos em carboidratos, além do uso de refrigerante que a maioria tomam em substituição da água) em seus hábitos alimentícios, sabendo que a população que acompanho é maioria de descendência alemã. Mas, em pouco tempo, e sem uma intervenção bem determinada se há realizado mudanças em uma pequena mostra desta população alvo. E é por isso que pensamos que uma intervenção objetivada e desenvolvida com planejamento consiga as mudanças que estamos precisando para essa população.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e dos diabéticos na UBS Ernestina, município de Ernestina, Rio Grande do Sul, Brasil.

## **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

Objetivo1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos:

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

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

Objetivo2: Melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e/ou diabéticos:

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa:

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

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

Objetivo4: Melhorar registros das informações:

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

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

Objetivo5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular:

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

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

Objetivo6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos:

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

O projeto de intervenção aos hipertensos e aos diabéticos envolverá a utilização dos protocolos do Ministério da Saúde referenciados, particularmente

tendo a intensa colaboração dos Cadernos de Atenção Básica relacionados a HAS e a DM. São característicos protocolos organizados pelo Brasil que colaboram para uma prática em Atenção Primária à Saúde (APS) mais segura e baseada em evidências. A construção do projeto se deu a partir da Análise Situacional do curso, em que se pode conhecer melhor a realidade do serviço UBS Ernestina, em Ernestina, RS, Brasil. e, assim, elencar prioridades e definir o foco da intervenção nesta interface em APS.

Utilizando como critério de seleção os hipertensos e os diabéticos pertencentes à área adstrita da UBS, realizamos reuniões o grupo de trabalho da equipe, fomentando a apropriação do conhecimento sobre as metas. Também, procuramos desenvolver planejamentos das ações e distribuição das atribuições dos diversos profissionais. É uma intervenção que está envolvendo duas enfermidades crônicas não-transmissíveis, que muitas vezes são juntas. Isto repercute no envolvimento da equipe para transpor as dificuldades e as exigências das metas aqui estipuladas.

As visitas domiciliares serão realizadas e registradas por meio das fichas-espelho individuais (Anexo “A”), de forma a serem anexadas aos respectivos prontuários na UBS Ernestina e/ou armazenadas em local específico durante a intervenção e analisarmos com a Equipe o melhor local para o acesso aos registros.

Conforme o decorrer dos atendimentos, as informações obtidas serão desenvolvidas na planilha de monitoramento do curso, em formato *Microsoft Excel*. Ela permite a organização de um registro mensal, com fomentação dos dados semanalmente, totalizando 16 semanas de intervenção junto ao curso, sempre com a perspectiva da continuidade da intervenção junto ao serviço. Ela é uma planilha automatizada e os registros são repetidos automaticamente a cada mês. Dessa forma, os dados já cadastrados, permitem uma efetiva análise e monitoramento da intervenção e da ação programática como um todo.

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na UBS Ernestina no Município de Ernestina, RS, Brasil. Participarão da intervenção os 692 usuários hipertensos e 198 diabéticos registrados na área de abrangência.



### 2.3.1 Ações

As ações são apresentadas para cada meta seguindo a disposição dos quatro eixos temáticos do curso, que contemplam monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica e engajamento público.

#### Objetivo #1: Cobertura

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

#### *Monitoramento e avaliação*

Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Realizaremos uma base de dados com todos os pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados, onde serão atualizadas a cada 7 dias por um responsável que formará parte da equipe.

#### *Organização e gestão do serviço*

Garantir os registros dos hipertensos e os diabéticos cadastrados no programa. Iremos utilizar as planilhas e as fichas-espelhos do curso da UFPel para adequar os registros especiais para os hipertensos e os diabéticos. A Secretaria de Saúde vai garantir a existência e a disponibilidade dessas planilhas em nosso Serviço para os bons registros desses pacientes. A enfermeira e a médica irão monitorar os registros semanalmente, assim como ajudar a equipe neste sentido.

Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Criaremos uma consulta para atenção dos pacientes portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus, onde eles receberão um acolhimento diferente tendo em conta o protocolo de atendimento utilizado pelo MS.

Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial e para a realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. Vai-se

disponibilizar uma parte da equipe para a tomada da medida da pressão arterial e para a realização do hemoglicoteste só para essa consulta com o objetivo de garantir que sempre estejam em bom estado e para uma melhor supervisão.

#### *Engajamento público*

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, da unidade de saúde; informar sobre a importância de medir a PA a partir dos 18 anos ao menos anualmente; Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento da DM em adultos com pressão arterial sustentada maior de 135/80mmhg; Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus. Todas as ações antes faladas formam parte do eixo de engajamento público e essas ações vão ser realizadas toda do mesmo jeito, criando-se grupos de hipertensos e diabéticos, em que se realizarão palestras sobre os temas de importâncias das doenças antes faladas. Realizar-se-á atividades com as pessoas da população-alvo para educação e também para os familiares dessas pessoas.

#### *Qualificação da prática clínica*

Capacitar os ACS para o cadastramento de Hipertensos e Diabéticos de toda a área de abrangência da unidade da saúde. Realizaremos uma capacitação para os ACS de nossa unidade, primeiro lhes orientando sobre o protocolo de atendimento da Hipertensão e Diabetes Mellitus e ensinando alguns pontos importantes a ter em conta no processo de cadastramento dentro do próprio Serviço.

Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para a realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada o maior que 135/80mmhg. Iremos fazer uma capacitação com a equipe que vai trabalhar diretamente com as pessoas da população-alvo sobre o uso adequado para verificação da pressão e realização do hemoglicoteste, realizando palestras educativas baseando-nos no protocolo de atendimento.

#### Objetivo #2: Qualidade

Metas: Realizar exame físico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos. Garantir a 100% dos hipertensos e dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

#### *Monitoramento e avaliação*

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos. O monitoramento da realização do exame clínico apropriado desses pacientes se fará no próprio prontuário e ficha-espelho do usuário, tendo em conta que irá se utilizar uma ficha espelho para coleta específica das informações para esses pacientes, que ficará junto com os prontuários. Iremos monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes diabéticos

Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo de atendimentos adotados pela unidade de saúde e com a periodicidade recomendada. Iremos realizar esse monitoramento mediante as consultas planejadas para os pacientes hipertensos e diabéticos, onde se vai controlar quando foi a última vez que o paciente realizou os exames laboratoriais, seus resultados e a periodicidade e como vai ser mediante consulta agendada, nós vamos conhecer quando um paciente está atrasado na realização desses exames.

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/ HIPERDIA. Os pacientes terão acesso aos medicamentos mediante o uso de uma carteirinha de medicamentos que, a cada seis meses, o paciente tem que assistir a consulta planejada para a renovação dessa carteirinha e a avaliação correspondente. Deste jeito, vamos ter um monitoramento mais específico e melhor enquanto ao uso dos remédios e a compensação das doenças das pessoas da população-alvo.

#### *Organização e gestão do serviço*

Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde e estabelecer periodicidade para atualização

dos profissionais. Vamos ter sempre impresso o protocolo de atendimento que a unidade vai usar atualizado e uma vez ao mês vamos realizar uma revisão bibliográfica com o objetivo de ter a equipe atualizada e vamos realizar palestras educativas.

Iremos garantir a solicitação dos exames complementares dos hipertensos e os diabéticos, garantirem com o gestor municipal a agilidade da realização dos exames definidos no protocolo e procurar e estabelecer sistemas de alerta dos exames complementares preconizados. Nestas ações, precisamos muito da prestação do gestor municipal, mas nossa gestora, como parte desse trabalho e parte de nossa equipe, vai garantir que os exames complementares dos usuários cadastrados hipertensos e diabéticos se realizem com a agilidade definida no protocolo, além da solicitação que a responsabilidade de sua realização será do médico.

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Iremos realizar um controle mensal sob a responsabilidade da enfermeira que vai trabalhar junto neste projeto. Assim, ela vai analisar sistematicamente a validade dos medicamentos, se tem algum próximo a acabar para fazer a solicitação em tempo e conseguir sempre ter os medicamentos dos pacientes cadastrados, além de que ela também vai levar o registro das necessidades dos hipertensos e diabéticos para assim ter um melhor controle dos medicamentos.

#### *Engajamento público*

Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes a da hipertensão e da diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulso e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de exames complementares: orientar os pacientes e a comunidade em quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. Para fazer cumprir essas ações a equipe conformada realizar esse trabalho, vai realizar atividades educativas envolvendo a todos os profissionais mediante palestras como o objetivo de ensinar aos pacientes sobre as doenças seus riscos, a importância de assistir as consultar periodicamente, a importância de realizar exames complementários

periodicamente, seus tratamentos medicamentosos e não medicamentosos e como prevenir complicações, a importância de voltar à consulta depois de realizar os exames.

Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter esse acesso. Existem grupos Hiperdia criados em nossa unidade onde se trabalham vários temas educativos. Então, vamos aproveitar esses encontros para explicar para a população alvo como ter acesso aos medicamentos da Farmácia popular/Hiperdia e as alternativas que existem.

#### *Qualificação da prática clínica*

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado. Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementários. Realizar atualização dos profissionais do tratamento da hipertensão e da diabetes. Capacitar a equipe para orientar aos usuários sobre as alternativas para obter os medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Vamos realizar uma capacitação com toda a equipe no início da intervenção e depois a cada 3 meses vamos realizar a atualização das mesmas, sempre seguindo o protocolo adotado na nossa unidade, tanto para a realização do exame clínico como para a solicitação dos exames e, assim, mantemos a toda a equipe envolvida na intervenção. Mesmo assim, vamos fazer com a atualização da equipe no tratamento da hipertensão e a diabetes trimestralmente e como deve ser a informação à população quanto às opções que tem para acessar aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

#### Objetivo #3: Adesão

Metas: Buscar 100% dos hipertensos e dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

#### *Monitoramento e avaliação*

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). Para a realização dessa ação vamos nos apoiar no sistema de coleta criado para o monitoramento das pessoas da população alvo, que começará desde o cadastramento dos usuários até a assistência às consultas e o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Nesse

meio, haverá a assistência nas atividades programadas pela equipe para isso acontecer com os usuários em acompanhamento.

#### *Organização e gestão do serviço*

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos. Organizar a agenda para acolher os hipertensos e os diabéticos provenientes das buscas domiciliares. Para a realização destas duas ações vai ter a maior participação dos ACS, pois eles têm mais contato com os pacientes, seguindo uma seqüência. A informação dos usuários faltosos sai do sistema de informação. Daí se passa para os ACS e esses vão até suas residências procurando a causa de sua falta. Além disso, dentro do sistema de agendamento sempre vamos deixar vagas para o agendamento desses usuários faltosos provenientes das buscas domiciliares. E, assim, mantemos o ritmo e não deixamos sem atendimentos aos usuários faltosos.

#### *Engajamento público*

Transmitir a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Esclarecer aos portadores de Hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. A informação aos portadores sobre a importância da realização das consultas e o esclarecimento sobre a periodicidade preconizada se vai fazer através dos meios de comunicação que temos em nossa unidade (palestras, uso de folhetos, orientações na mesma consulta), e com ajuda de nossos ACS que estão mais perto dos usuários.

Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos). Realização de reuniões em conjunto com a comunidade e com os portadores de hipertensão e diabetes para achar o melhor jeito para todos sobre o atendimento clínico e a assistência as consultas e ao grupo Hiperdia. Assim, pretende-se evitar o maior número de usuários faltosos. Essas reuniões vão se fazer com uma periodicidade de cada quatro meses inicialmente tendo em conta que faremos a primeira para a organização e informação da comunidade.

#### *Qualificação da prática clínica*

Capacitar os ACS para a orientação dos hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. A capacitação dos ACS vai estar

sob a supervisão da enfermeira e o médico que vão estar à frente da intervenção com o objetivo de preparar eles para dar uma boa informação às pessoas da população-alvo sobre as consultas, sua importância e sua periodicidade.

#### Objetivo # 4: Registros

Metas: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

#### *Monitoramento e avaliação*

Monitorar a qualidade de registro dos hipertensos e dos diabéticos acompanhados na unidade de saúde. Para o monitoramento dos registros dos usuários acompanhados na unidade vamos utilizar o sistema de informação informatizado para uma melhor qualidade dos registros e melhor controle dos usuários hipertensos e diabéticos e a assistência deles nas consultas e as atividades programadas. A enfermeira e o médico serão responsabilizados pelo acompanhamento sistemático dos registros, assim como preenchimento adequado das fichas-espelho.

#### *Organização e gestão do serviço*

Manter as informações do SIAB atualizadas. Implantar a ficha de acompanhamento. Pactuar com a equipe o registro das informações. Definir responsável pelo monitoramento dos registros. Para a realização destas quatro ações vamos, primeiramente, definir um responsável pelo monitoramento das informações. Ele é quem vai manter as informações do SIAB para que estejam atualizadas. Além disso, vamos criar uma ficha de acompanhamento em Excel além do prontuário para o melhora do controle e, uma vez ao mês, toda a equipe vai fazer um controle do registro de informação para o bom seguimento da intervenção.

Organizar um sistema que viabilize situações de alerta quando ao atraso na realização de consultas de acompanhamento, ao atraso da realização de exames complementares, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvos e ao estado de compensação da doença. Vai-se criar um sistema de informação informatizado através do

programa *MSExcel*, onde se vai registrar todas essas informações e onde vai ter uma alerta para o atraso dos pacientes em consultas, a realização dos exames complementares, compensação da doença, assistência ao grupo Hipertensão e assim sucessivamente com o resto dos pontos a avaliar. E, desse jeito, podemos visitar aos hipertensos e diabéticos sem perder muito tempo.

#### *Engajamento público.*

Ensinar aos pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Vamos ter sempre à disposição uma cópia impressa para os usuários sobre os direitos que eles têm em quanto à manutenção de seus registros e em quanto a informação de todos seus direitos, além de comunicar sempre essa informação em todos os meios em que tenhamos um encontro.

#### *Qualificação da prática clínica*

Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e os diabéticos. Além de ter uma pessoa responsável pelo preenchimento de todos os registros, vamos realizar uma capacitação para toda a equipe da intervenção e, assim, estejamos preparados para entrar no sistema e procurar qualquer informação e para preencher os dados sem nenhum problema.

Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Depois da capacitação da equipe da intervenção, faremos uma capacitação para o resto da equipe da unidade com o objetivo de ensinar como deve ser o preenchimento especializado para as pessoas da população-alvo e, assim, pode ter uma melhor coleta dos dados. Essa capacitação se vai fazer ao início da intervenção e depois também quando implantarem o prontuário eletrônico.

#### Objetivo #5: Avaliação de risco

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

#### *Monitoramento e avaliação*



Monitorar o número de pacientes hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação de estratificação de risco por ano. Detalhamento: para a realização dessa ação vamos usar igual que nos objetivos anteriores o uso do sistema de informação com ajuda da ficha espelho e os prontuários, em que toda a informação requerida será compilada e revisada pela equipe de enfermagem e a médica a cada 15 dias.

#### *Organização e gestão do serviço*

Priorizar aos pacientes avaliados como de alto risco. Detalhamento: teremos um programa informatizado que nos informará quando os usuários tem um alto risco na doença e faremos consultas diferenciadas de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde. E, assim, aumentar-se-á a qualidade de vida dos usuários portadores de hipertensão e diabetes.

Organizar a agenda para o atendimento desta demanda. E para dar continuidade à ação antes exposta sempre teremos vagas disponível na agenda para a atenção desses usuários que vão ter uma frequência de consultas diferenciadas pelo alto risco da doença.

#### *Engajamento público*

Transmitir aos usuários em quanto a seu nível de risco e á importância do acompanhamento regular. Esclarecer aos pacientes e a comunidade em quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificais (como alimentação). Realizaremos palestras educativas para ensinar os usuários portadores das doenças e a comunidade sobre a importância do acompanhamento regular. Desse jeito, pensa-se em esclarecer todas as dúvidas que eles têm sobre a doença e esclarecer a importância do adequado controle, além de ter à disposição folhetos educativos para transmitir para eles, pois está demonstrado que, às vezes, não só a fala ajuda, se não também o uso de efeitos audiovisuais.

#### *Qualificação da prática clínica*

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco. Capacitar a equipe sobre a importância do registro desta avaliação. Capacitar a equipe em quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Esta capacitação será feita pelo médico com o objetivo de que toda a equipe esteja

preparada em quanto aos fatores de risco a realização da estratificação, seu registro e as estratégias para seu controle, pois todos os profissionais que vamos trabalhar na intervenção precisam sintonizar as idéias e estar preparados para poder chegar aos usuários e melhorar sua qualidade de vida. Essa capacitação se fará a cada três meses para realizar sua atualização de acordo ao protocolo adotado.

Objetivo #6: Promoção à saúde

Meta: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável aos 100% dos hipertensos e diabéticos.

*Monitoramento e avaliação*

Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e aos diabéticos. Essa ação será feita pela nutricionista de nossa equipe, em que ela terá acesso a todas as fichas espelhos dos usuários. Ela precisará também orientar que na primeira consulta com o médico, líder desta intervenção, que ele vai encaminhar para o nutricionista. Depois desse primeiro encaminhamento, o profissional vai fazer seu agendamento entre as consultas e vão monitorar a realização dessas orientações, sendo correspondida pela enfermeira que vai fazer a revisão dos usuários faltosos às consultas, incluindo os usuários faltosos às consultas com o nutricionista.

*Organização e gestão do serviço*

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionista nesta atividade. Essas ações serão feitas pelo nutricionista de nossa equipe onde ele vai realizar uma série de atividades educativas sobre alimentação saudável e, com a aprovação do gestor municipal, vão fazer atividades demonstrativas para ensinar a população alvo não só o que tem que fazer, se não como fazer e, desse jeito, revisar os conceitos que tem os usuários quanto à alimentação saudável.

*Engajamento público*

Ensinar os hipertensos, os diabéticos e os familiares sobre a importância da alimentação saudável. Essa ação, igual a todas as anteriores que estão relacionadas com o engajamento público, serão feitas do mesmo jeito, com

atividades educativas e palestras por meio dos ACS que vão estar preparados para levar essa informação aos pacientes e aos familiares. Também, nesses casos, vamos usar os meios de comunicação que temos em nosso município para ensinar e transmitir a população sobre a importância de uma alimentação saudável.

#### *Qualificação da prática clínica.*

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologia de educação em saúde. Essa capacitação será feita pela nutricionista da unidade de saúde para toda a equipe, tendo em conta que ela também pertence à equipe da intervenção com o objetivo de que todos tenham conhecimentos das práticas de alimentação saudável e também como educar a nossos usuários nesse tema. Essa capacitação será realizada a cada três meses para a atualização do tema sempre na sala de reuniões da unidade.

Meta: Garantir orientação em relação a pratica regular de atividades física a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

#### *Monitoramento e avaliação*

Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e aos diabéticos. Essa ação será feita pelos professores de educação física que temos em nosso município, que trabalham vinculados à saúde e que, além disso, formam parte desta equipe de intervenção. Eles terão acesso a todas as fichas espelhos dos usuários e precisamos dizer que na primeira consulta com o médico que vai estar na liderando esta intervenção ele vai encaminhar para o educador físico e esse vai ter sua própria ficha de controle. Depois desse primeiro encaminhamento, o profissional vai fazer seu agendamento quanto às consultas e vai monitorar a realização dessas orientações, sendo ajudados pela enfermeira que vai fazer a revisão dos pacientes faltosos às consultas, incluído os pacientes faltosos à realização dessa atividade.

#### *Organização e gestão no serviço*

Organizar práticas coletivas para a realização de atividades físicas. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade. Essas ações serão feitas pelos educadores físicos de nossa equipe onde eles vão realizar uma série de atividades educativas sobre

a realização de atividades físicas, em dependência do paciente e com a aprovação do gestor municipal. Eles vão fazer atividades demonstrativas para ensinar a população alvo não só o que tem que fazer se não como fazer, além de que cada três meses se realizarão um encontro demonstrativo com cada grupo Hipertensão das comunidades (seis grupos, em nosso município).

#### *Engajamento público*

Ensinar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática física regular. Essa ação, ao igual que todas as anteriores que estão relacionadas com o engajamento público, serão feitas do mesmo jeito, com atividades educativas e palestras, através dos ACS que vão estar preparados para levar essa informação aos pacientes e aos familiares. Também nesses casos vamos usar os meios de comunicação que temos em nosso município para ensinar e transmitir a população sobre a importância da realização da prática clínica regular.

#### *Qualificação da prática clínica*

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a metodologia de educação em saúde. Essa capacitação será feita pelos professores de educação física da unidade de saúde para toda a equipe, tendo em conta que eles também pertencem à equipe da intervenção, com o objetivo de que todos tenham conhecimentos das práticas das práticas físicas regulares e também como educar nossos usuários nesse tema. Essa capacitação se fará a cada três meses para a atualização do tema na sala de reuniões da unidade.

### **2.3.2 Indicadores**

Os indicadores desenvolvidos para a intervenção estão em comum acordo com a Planilha de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações (OMIA) e também com a planilha de coleta de dados que o nosso curso disponibilizou em parceria com a UFPEL e a UNASUS.

Meta 1: Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 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.

Meta 2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1: 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.

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

Indicador 3: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado 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 diabéticos.

Indicador 4: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado 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 5: 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 6: 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 7: 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 8: 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 11: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 11: 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 12: 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.

Meta 13: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Indicador 13: 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 14: 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.

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

Indicador 15: 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 16: 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.

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

Indicador 17: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 19: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.



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

Indicador 20: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa de Atenção ao Hipertenso e ao Diabético vamos adotar o Manual Técnico de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (BRASIL, 2013a; 2013b). Utilizaremos o prontuário dos hipertensos e diabéticos e a ficha-espelho disponível no curso, pois não temos fichas espelhos disponível no município. Estimamos alcançar com a intervenção 225 usuários, deles 175 hipertensos e 50 diabéticos. Faremos contato com os gestores municipais para dispor das 225 fichas espelhos necessárias, além de dispor também de canetas, folhas e outros recursos. Para o acompanhamento cada quinzenal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do Programa, as ACS revisarão o registro feito por elas, identificando todos os usuários hipertensos e diabéticos diagnosticados no município. Depois, o médico em conjunto com a enfermeira, visitará esses usuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo, realizaremos o primeiro monitoramento anexando anotações sobre quando foi a última consulta feita e quando foram os últimos exames clínicos e laboratoriais.

Quanto à logística das ações a ser realizadas temos:

Para monitoramento dos pacientes hipertensos e diabéticos; monitoramento da realização do exame clínico e laboratorial dos pacientes hipertensos e diabéticos de acordo com o protocolo; monitoramento ao acesso dos medicamentos da Farmácia popular/Hiperdia; monitoramento da periodicidade da consulta de acordo ao protocolo; monitoramento da qualidade

dos registros; monitoramento da estratificação de risco; entre outros. Semanalmente a enfermeira examinará as fichas espelhos dos pacientes hipertensos e diabéticos identificando aqueles pacientes que estão atrasados nas consultas e as demais coisas a fazer. Ela passará a informação para os ACS para as buscas ativas desses usuários e os ACS terão as datas para agendar as consultas para um horário específico.

O acolhimento dos usuários portadores de hipertensão e de diabetes mellitus será feito na recepção pela recepcionista e ela vai encaminhar o paciente de acordo com protocolo de atendimento adotado na unidade e de acordo ao protocolo criado para esses pacientes, verificando na ficha-espelho e seu prontuário respectivo se tem alguma consulta ou exames atrasados e, assim, prestar uma boa atenção para os pacientes e um bom fluxo deles. Além disso, para a realização dos exames laboratoriais de acordo ao protocolo também está previsto com o gestor municipal de ter sempre uma reserva econômica para fazer esses exames no tempo previsto pelo protocolo adotado.

Quanto à realização das ações para informar e sensibilizar a comunidade sobre a existência do programa de Atenção aos Hipertensos e Diabéticos; sobre a importância de realizar exame clínico, exame complementares; orientar sobre seus direitos de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia; importância da realização das consultas com a periodicidade preconizada; Sobre seu nível de risco e a importância do acompanhamento; Orientar sobre a importância de uma alimentação saudável e a importância da realização de atividade física. Faremos contato com a associação de moradores e com os representantes de cada uma das comunidades (Esquina Penz; Pessegueiro; Coxilha Seca; Consoladora; Linha São Pablo; Três Lagoas e Centro) de nosso município e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização das ações antes faladas, levaremos por escrito seus direitos e seus deveres, levaremos folhetos educacionais sobre alimentação saudável e atividade física que serão impressos com o consentimento do gestor municipal suficientes para todos os pacientes portadores de hipertensão e diabetes.

Para as ações expostas na planilha de metas, ações e indicadores, destacando sobre a capacitação, a equipe utilizará o protocolo. Para a busca ativa dos usuários portadores de hipertensão e diabetes; sobre a capacitação





### **3. Relatório da intervenção**

O foco da intervenção escolhida na nossa UBS foi sobre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Esse tema foi escolhido pelo percentual elevado de usuários com essas doenças e, inclusive, com insuficiente orientação nutricional e medicamentosa. A nossa intervenção iniciou o 18 de fevereiro do ano de 2015 e concluiu em 15 de Julho de 2015, desenvolvida em dezesseis semanas de intervenção. Todo o processo do trabalho foi pautado em metas e indicadores a seguir com ajuda das orientações do curso em que tivemos em verificados aspectos que nós poderíamos trabalhar melhor e em quais não iam ter o apoio adequado pra obter bons resultados. Além de fazer um cronograma de trabalho com o objetivo de saber em que tempo íamos fazer cada uma das ações.

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

Depois de 16 semanas de intervenção as conclusões são as mais diversas e os resultados alguns esperados e outros não. Das ações que escolhemos para desenvolver, todas foram encaminhadas para melhorar a atenção aos usuários com diabetes mellitus e hipertensão de nossa área de abrangência. Foi adotado o Manual Técnico de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde. Algum dia antes de dar início na intervenção foi feita a primeira reunião de equipe desde que estava trabalhando nessa unidade, com a participação de todas as pessoas que iam conformar a equipe (Enfermeira Letícia; enfermeira Sheila; Fisioterapeuta Ezequiel; Nutricionista Jane; Professora de educação física Estela; e, as ACS Ângela,

Marli, Salete, Rosicler, Marisa, Carmen e Liliane; Recepcionista Roxana, além da participação da nossa gestora Adriana). Assim, foi um encontro interessante, pois foram debatidos muitos temas em relação à intervenção e a dificuldades que poderíamos ter no curso, pois eu sou nova no contexto de saúde brasileiro. Ademais, serviu para orientar todos os profissionais da equipe sobre o que consistia a intervenção e deixar certo seu compromisso para a realização de um bom caminho para a melhoria da qualidade de vida da população alvo. Também, se aproveitou a presença da enfermeira da equipe e do médico, em que falaram como deve ser feito o acolhimento específico destes usuários e como deveria ser o cadastro. Desde o início ficou bem claro que todo usuário com hipertensão ou diabetes que fosse à unidade de saúde tinha que ser cadastrado corretamente e encaminhado à consulta, conforme necessidade. Depois na primeira semana da intervenção se fez uma capacitação com ACS e parte da equipe antes mencionada sobre como fazer o cadastro e a medição adequada da pressão arterial indireta e do teste de glicemia capilar, além de ensinar como fazer o adequado preenchimento da ficha de acompanhamento. Além disto, recebemos uma capacitação sobre as diferentes orientações que deveria dar-se em cada encontro com os usuários.

Foi falado no mesmo dia sobre a necessidade de ter um dia específico para as ações na comunidade e o gestor se comprometeu para acordar um dia fixo. Isto se conseguiu em todas as quartas-feiras à tarde, em que se realizaram o grupo nas comunidades pertencentes à área de abrangência. Nisto, tivemos seis comunidades. Consegui participar em todas e sempre levamos um tema que tinha envolvido a hipertensão ou diabetes. Em alguns tivemos a participação do fisioterapeuta, a nutricionista e a professora de educação física.

Aqueles usuários identificados como faltosos foram citados a consultas, onde foi feito exame clínico geral, estratificação de risco, foram indicados exames e também foram dadas orientações gerais. Quando terminavam na consulta eram encaminhados segundo sua particularidade.

Uma das ações previstas que teve dificuldade foi o agendamento das consultas, pois os usuários retornavam quando podiam ou queriam e não quando eram agendados. Considero que isto acontece porque sempre nessa unidade o atendimento foi por demanda espontânea. A cobertura do programa ficou por baixo do esperado e isto mostrou que ainda quando fizemos um

esforço, esse não foi suficiente. Agora temos o compromisso de dar continuidade à intervenção para conseguir cadastrar toda a população-alvo e dar o seguimento ao que eles merecem com as orientações adequadas, podendo integrar todos os membros da Equipe.

Todos os incorporados no programa receberam orientações sobre nutrição e prática de atividade física. Só vamos ficar com a intervenção em aberto para dar orientações sobre saúde bucal e tabagismo em outro momento. Como ainda os grupos vão continuar e as atividades também, pensamos em falar desses temas ainda quando não tiver a participação dos profissionais preparados para isso. Considero que ainda quando os objetivos não todos foram alcançados, considero que melhoramos o trabalho na UBS e a equipe foi fortalecida.

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

Com relação ao cronograma, percebe-se que foi feito todo o proposto. Em muitas ocasiões não se fez na data proposta. Isto porque tivemos muitas dificuldades com o tempo estipulado no cronograma no momento de serem feitas as ações, além de ter em conta que eu fiquei um mês de férias e me senti muito satisfeita pelo trabalho realizado na minha ausência.

Aproveito este momento para dizer que a prevenção sobre saúde bucal e sobre tabagismo não foi feita, pois não contávamos com profissionais para realizar essa tarefa. Dialogamos com a nossa dentista e a nossa psicóloga em ajuda para uma melhor realização dessa prevenção, mas as duas não ficaram de acordo e não ficaram à disposição da equipe para realizar esse trabalho. Entendemos que poderíamos desenvolver estas ações de promoção de saúde, mas também ficamos fragilizados por não contar com os profissionais presentes no serviço que poderiam desenvolver potencialmente esta atividade e que não atuaram conosco. A ausência dela, enquanto atitude considerada ousada na intervenção demonstra uma escolha decidida em equipe no sentido de destacar a presença desta ausência à Gestão e trabalhar a equipe com mais envolvimento na integralidade das ações em saúde.

Considero que todas as ações previstas no projeto foram desenvolvidas, umas com mais facilidade que outras. Também dizer que no cronograma só se

planejou fazer uma reunião de equipe com uma capacitação. Porém, três semanas antes de acabar a intervenção tivemos que fazer uma nova reunião com a intenção de reajustar o nosso trabalho que até esse momento estávamos realizando o cadastramento em conjunto com as consultas e nessa reunião tomamos a decisão de aumentar o número de cadastros e depois realizávamos as consultas. Nisto, uma semana depois percebemos que não deveria funcionar assim porque não adianta crescer em quantidade e diminuir em qualidade. Assim, voltamos a nossa proposta inicial. Isso fez que tivéssemos outra reunião fora do cronograma. Todo este andamento com a intervenção nos ajudou a crescer.

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

Desde há primeira semana iniciou o preenchimento das fichas espelhos e concomitante o preenchimento das planilhas. Para o preenchimento da ficha espelho tomamos os dados dos prontuários clínicos, as poucas fichas que usavam antes e o registro existente em farmácia. Mas isto não foi suficiente, pois muitos usuários conhecidos pareciam faltosos pelo registro inadequado das ações de saúde no prontuário e, quando fomos às buscas deles, na verdade eram muitos visitados ou tinham consultas e exames atualizados. Isto aconteceu muitas vezes. Então, o problema não era o seguimento das pessoas, mas sim o registro destas ações. Por esse motivo o cadastro foi feito pessoa por pessoa na comunidade pelas agentes de saúde e nas consultas pela enfermeira e por mim. Na busca ativa e nesse cadastro casa a casa não consegui participar muito pelo serviço na nossa UBS, mas as ACS fizeram um bom trabalho.

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

Incorporou-se à rotina da unidade o preenchimento da ficha espelho com as consultas de seguimento e as necessidades de medicamentos dos usuários, priorizando a indicação daqueles que tem a farmácia popular. Também, se incorporou à rotina da unidade as visitas domiciliares de segunda-feira, turno



manhã e de quinta-feira à tarde, além do trabalho com grupos nas quartas-feiras à tarde, com a participação das ACS correspondentes, a enfermeira e eu.

Os aspectos que serão melhorados é ter um dia fixo para realizar estas ações, onde o médico também participe. Outro aspecto importante é a realização de reunião de equipe que iniciou com a intervenção, só que ainda não se definiu a frequência. Mas, a mesma equipe percebeu que fazendo essa reunião, a equipe fica mais unida e com o mesmo pensamento. Também, foi articulada a regularidade em prática das consultas de seguimento agendadas.

Sem dúvida, a intervenção tem sido o motor impulsor para uma série de ações que vão a continuar desenvolvendo-se na unidade com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção a usuários hipertensos e diabéticos. E, penso que também vai ser o motor impulsor para melhorar a qualidade de atenção nos demais programas existentes na UBS.

A intervenção foi muito produtiva para mim, pois cheguei ao Brasil com pouco conhecimento do funcionamento do SUS, de seus princípios, do jeito de atendimento e entre o meu conhecimento e o conhecimento adquirido junto a essa equipe senti que cresci muito e sei que ainda tenho muito pela frente aprender.

#### **4. Avaliação da Intervenção**

A avaliação da intervenção é o primeiro momento da Unidade 4 do Curso e contribuiu para desenvolver verificações e análises envolvendo aspectos pertinentes da Atenção Básica contextualizada na intervenção e os enfrentamentos oportunos durante a execução das atividades nas dezesseis semanas de intervenção, considerando as especificidades da Turma 8 e do acompanhamento do Programa Mais Médicos.

##### **4.1 Resultado**

A intervenção em Atenção Primária à Saúde visou à qualificação da Atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos UBS Ernestina, Ernestina/RS. Assim sendo, a população estimada de hipertensos com 20 anos ou mais (22,7% da população) era de 486 e a cadastrada foi de 692. Já, a

população de usuários diabéticos, em estimativa (5,6% da população), era de 120 e foram cadastrados 198 ao término dos quatro meses da intervenção.

O objetivo específico de ampliar a cobertura de atenção a hipertensos e/ou diabéticos teve como metas ampliar a cobertura de atenção a 100% de hipertensos e 100% de diabéticos. Assim, com o indicador Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde, conforme a Figura 1, obteve-se no mês 1 da intervenção 11,1% (77), no segundo mês 21,7% (150), no terceiro mês 37% (256) e no mês 4 73,4% (508).

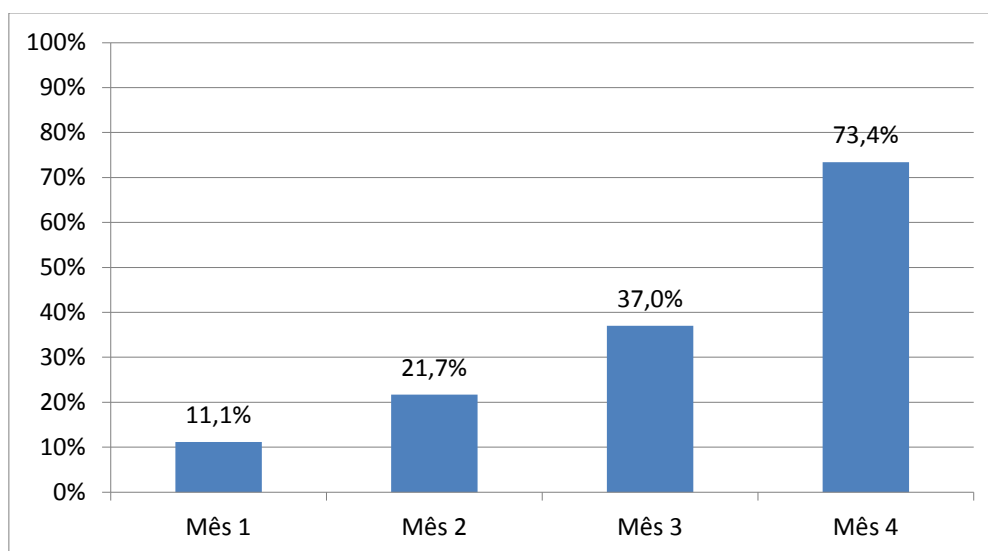


Figura 1- Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Ernestina. Ernestina/Rs,2015

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Tendo o indicador de cobertura do programa de atenção ao diabético, conforme a Figura 2, no mês 1 desenvolveu-se 9,6% (19), no segundo mês 20,7% (41), no terceiro mês 34,8% (69) e no quarto mês 84,3% (167). Este resultado evidencia que a intervenção conseguiu ter uma cobertura de um 84.3% de usuários diabéticos dos 100% propostos na meta. Fazendo uma análise destes dois indicadores, podemos perceber que nos três primeiros meses o cadastramento foi bem devagar, com pouca porcentagem. No último mês se fez um cadastramento maior com a intenção de atingir a meta proposta, só que não foi suficiente. Isto porque nos três primeiros meses a qualidade do cadastramento foi muito melhor. Além do cadastro também se faziam o atendimento clínico em todos os cadastrados, algo que não foi possível atender

no quarto mês, pois estávamos mais enfocados em atingir a meta proposta. Isto foi uma fragilidade que observamos. Mas, ainda quando não chegamos à meta, posso afirmar que a intervenção fez um grande sucesso na nossa comunidade.

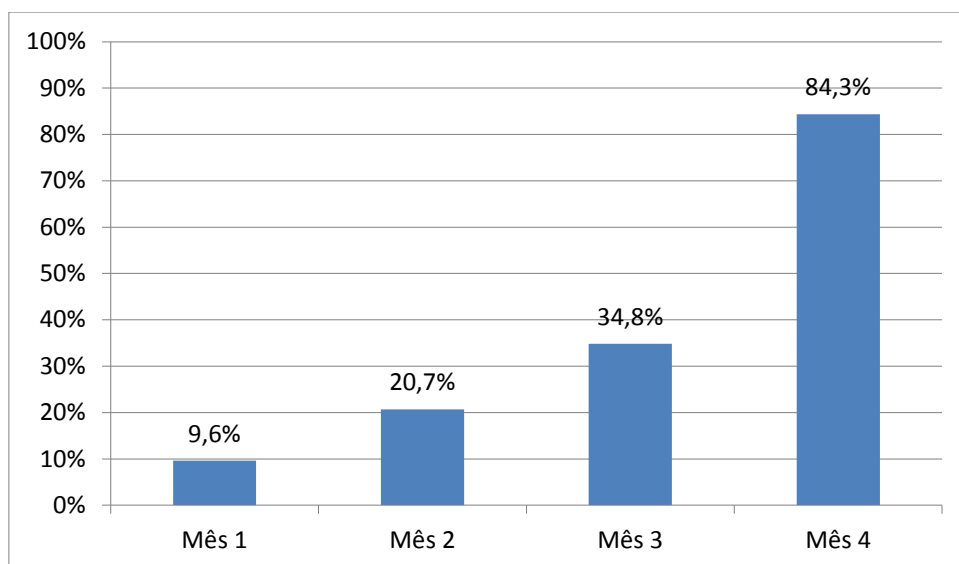


Figura 2- Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Ernestina. Ernestina/RS,2015

Fonte: planilha de Coleta de Dados.

Os resultados do objetivo específico conhecido como Melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e/ou diabéticos são apresentados como forma de desenvolver o começo da interface dos indicadores de qualidade da intervenção. As metas relativas ao objetivo de qualidade foram estipuladas em 100%.

O indicador Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, conforme ilustra a Figura 3, no mês 1 obteve-se 75,3% (58), no mês 2 62% (93), no mês 3 68% (174) e no mês 4 77,2% (392).

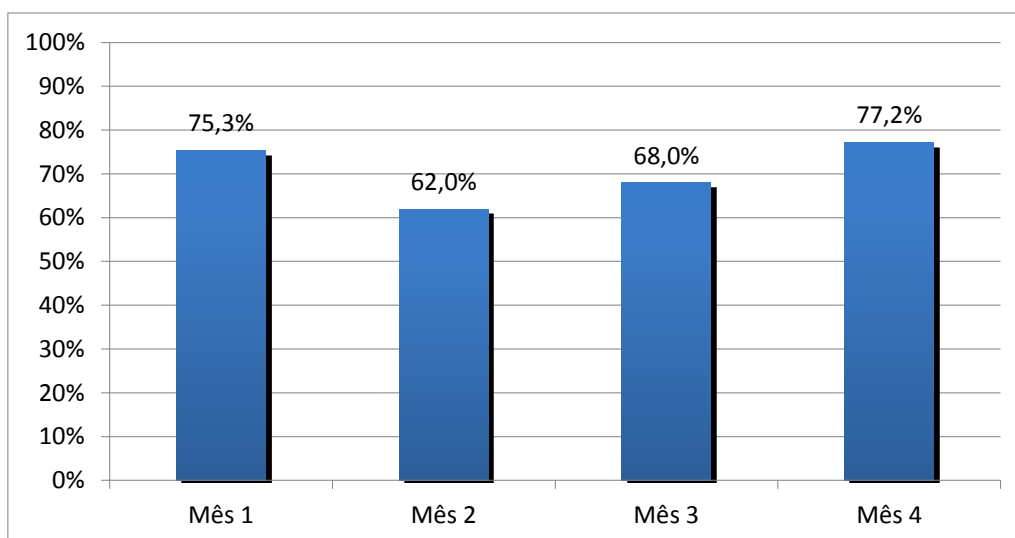


Figura 3 – Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Ernestina. Ernestina/RS,2015.

Fonte: planilha de Coleta de Dados.

Dentro do foco da mesma meta anterior, ao se pretender realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos, tendo como Indicador a Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, observou-se, em acordo com a Figura 4, que no mês 1, obteve-se 68,4% (13), no mês 2 56,1% (23), no mês 3 56,5% (39) e no mês 4 74,3% (124).

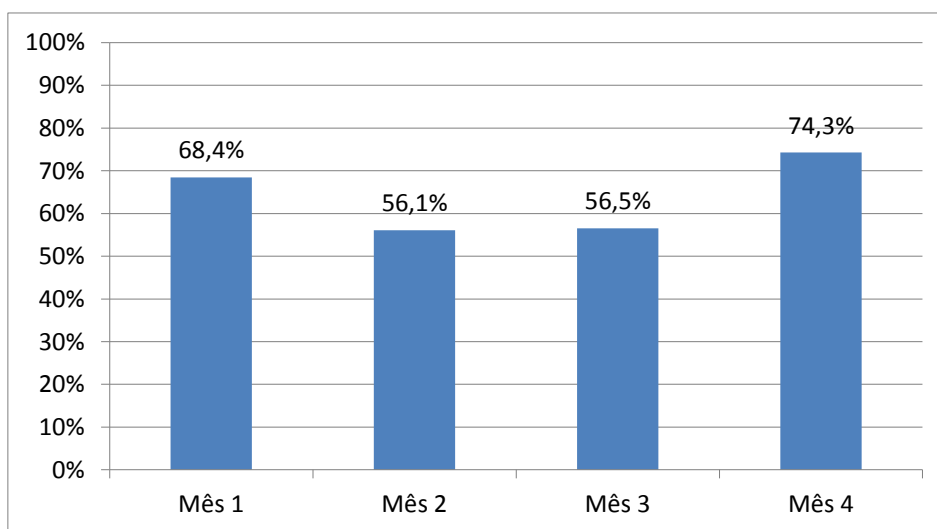


Figura 4 – Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Ernestina. Ernestina/RS,2015

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Estes indicadores mostram que os usuários, em muitas ocasiões, levam um controle adequado das suas doenças, só que, a maioria das vezes, são tratada por médicos particulares e assistem a UBS quando tem um problema agudo de saúde para atendimento de demanda espontânea. A intervenção ajudou a que os pacientes obtivessem mais conhecimento sobre a UBS e perceber que ela também pode servir como um bom seguimento e controle das suas doenças controladas.

Na meta de garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, tendo como indicador apresentado na Figura 5 referente à proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, no primeiro mês obteve-se 71,4% (55), no mês 2 61,3% (92), no mês 3 70,3% (180) e no mês 4 78,3% (398).

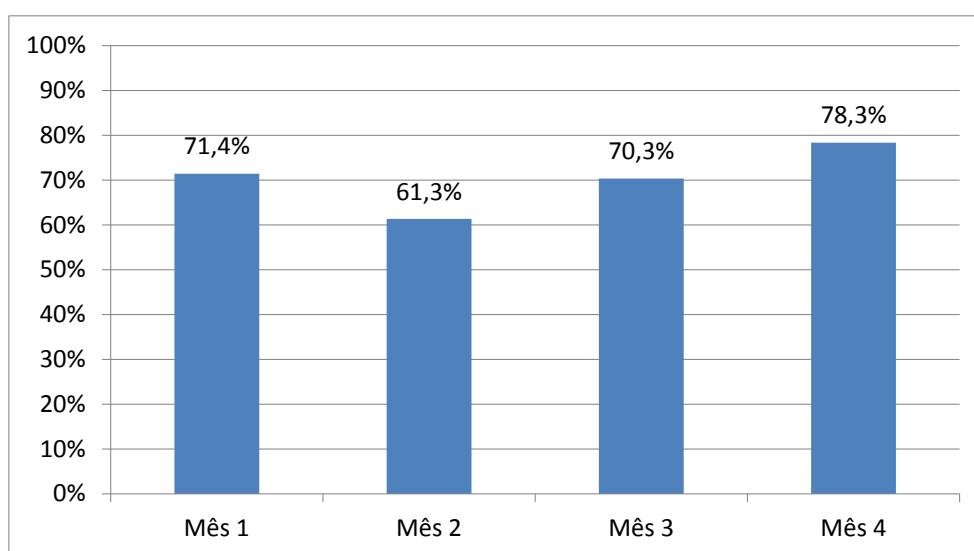


Figura 5 – Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Ernestina. Ernestina/RS,2015

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Quanto à meta que visa garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, com mostra a Figura 6 com o indicador de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, observou-se, respectivamente, nos meses 1, 2, 3 e 4 em 57,9% (11), 51,2% (21), 56,5% (39) e 74,3% (124).

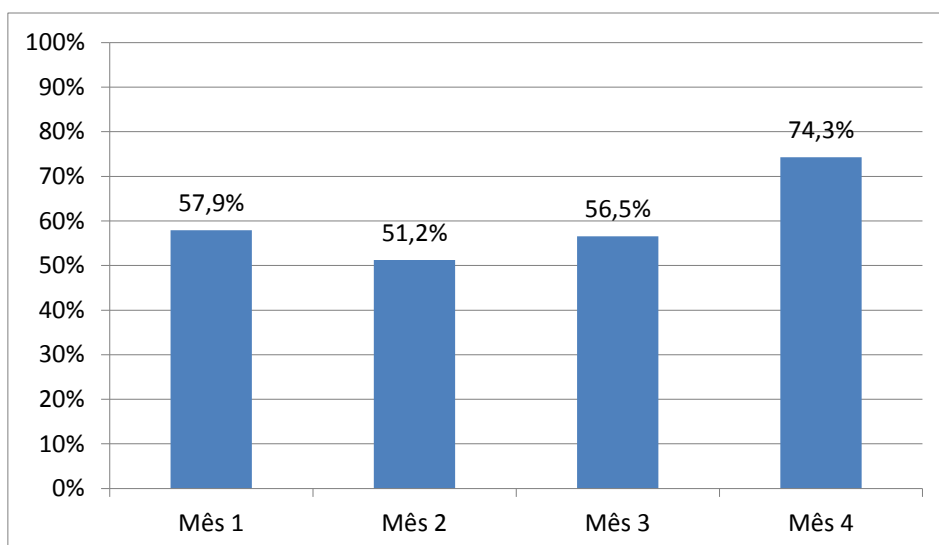


Figura 6 – Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Ernestina, Ernestina/RS, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Os indicadores revelam que usuários por conta própria realizam exames complementares, pois nos encontros que tivemos durante a intervenção, em muitas ocasiões, eles mesmos se referiam à importância da realização de exames complementares com frequência e em correspondência as doenças controladas. Este é um ponto para aproveitar e reconhecer que ainda quando nos achamos que nas palestras e os encontros do grupo operativo não estão sendo de utilidade para o usuário, ele presta atenção ao que o médico ou qualquer outro profissional fala no momento do encontro. Então, uma vez mais a intervenção nos ajudou a perceber isso.

Nas metas que visam priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, como se mostra nas Figuras 7 e 8, percebeu-se que nos usuários hipertensos, respectivamente nos meses 1, 2, 3 e 4 obteve-se 79,2% (61), 80,7% (121), 82,8% (212) e 85,2% (433). Já, em relação aos usuários e/ou usuárias diabéticas, consolidou-se em 68,4% (13), 80,5% (33), 79,7% (55) e 81,4% (136) de prescrições priorizadas.

No acompanhamento da intervenção não foi possível alcançar o 100% dos usuários, pois uma pequena porcentagem não usa medicamentos da Farmácia Popular por problema de controles. Continuaremos trabalhando com o restante dos usuários porque em muitos casos são os pacientes que não

querem receber os medicamentos da Farmácia Popular pelo falso conceito de que os medicamentos do SUS são fracos, mas a nossa equipe nesse curto período percebeu que aos poucos iremos mudando essa idéia falsa.

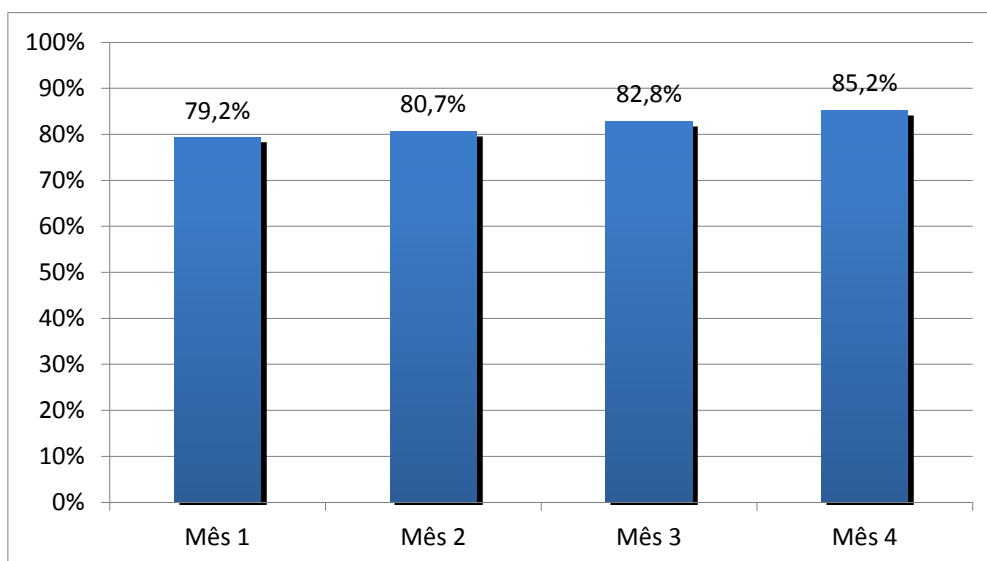


Figura 7 – Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. Ernestina/RS,2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

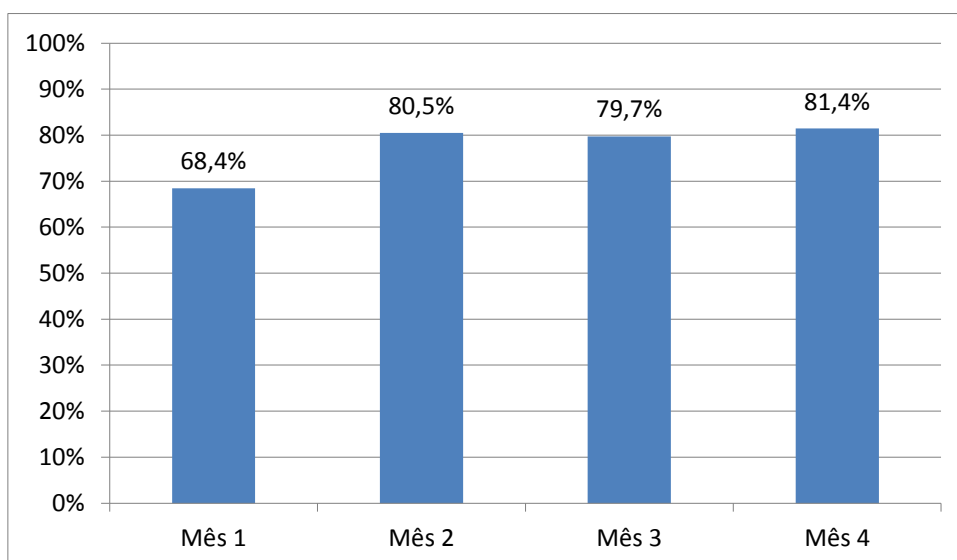


Figura 8 – Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. Ernestina/RS,2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Na meta que dispõe a realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e/ou dos diabéticos, sendo os indicadores proporção de hipertensos e de diabéticos com avaliação da

necessidade de atendimento odontológico, nos quatro meses de intervenção não se fez avaliações odontológicas em nenhum dos usuários da população-alvo. Pois, não contávamos com profissionais para realizar essa tarefa. Dialogamos com a nossa dentista em ajuda para uma melhor realização dessa prevenção, mas não ficou de acordo e não ficou à disposição da equipe para realizar esse trabalho. Entendemos que poderíamos desenvolver estas ações de promoção de saúde, mas também ficamos fragilizados por não contar com os profissionais presentes no serviço que poderiam desenvolver potencialmente esta atividade e que não atuaram conosco.

Dentro do objetivo específico de melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa, as metas visam buscar 100% dos hipertensos e dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada. Assim sendo, o indicador proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa, observou-se, como se apresenta na Figura 9, no mês 1 88,2% (15), no mês 2 87,5% (21), no mês 3 91,2% (31) e no mês 4 94,7% (54).

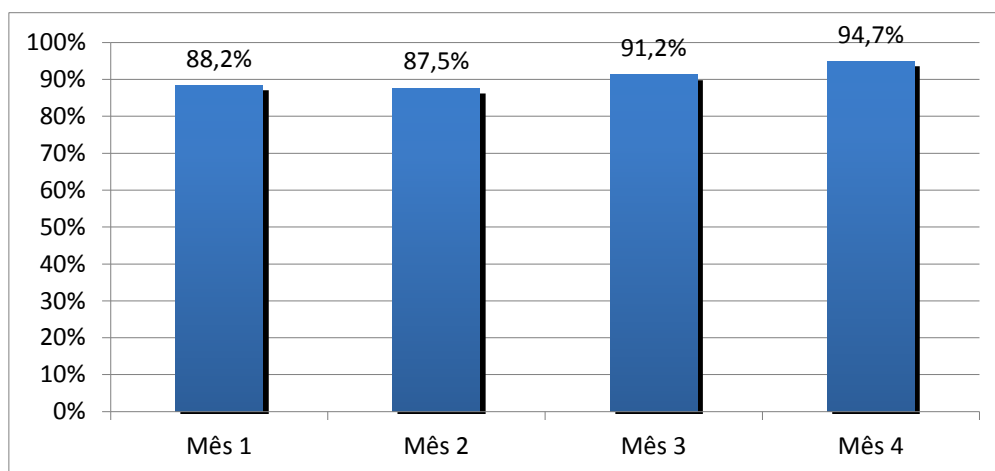


Figura 9 – Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa. Ernestina/RS,2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Dentro do objetivo da Adesão, na meta de buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada, com o indicador de proporção de diabéticos faltosos às



consultas médicas com busca ativa, obteve-se, como aponta a Figura 10, no mês 1 75% (3), no mês 2 71,4% (5), no mês 3 80% (8), no mês 4 87,5% (14).

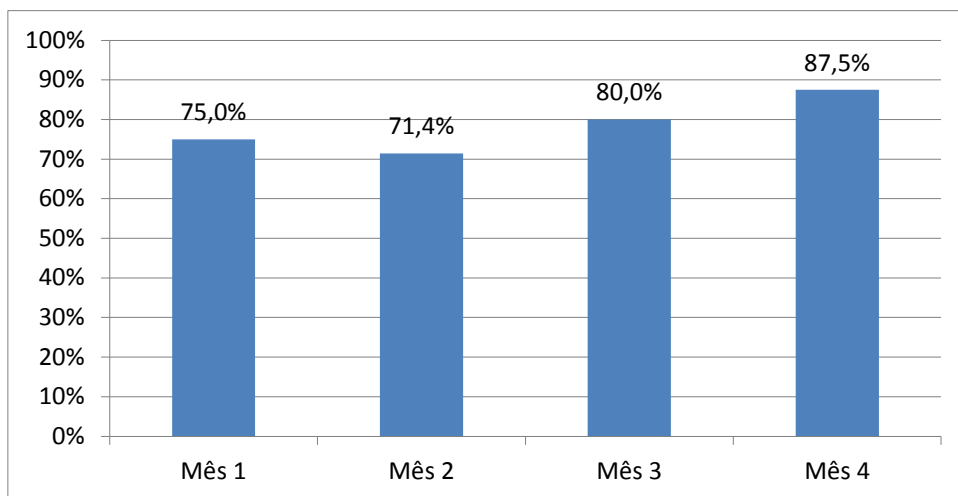


Figura 10 – Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa. Ernestina/RS,2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Com ajuda das agentes comunitárias de saúde a equipe teve acesso mais próximo aos usuários faltosos a consultas e, a partir daí, se iniciou buscas ativas. Posso dizer que inicialmente não tínhamos conhecimento se todos os usuários a serem visitados fossem faltosos a consultas, só que as ACS têm um conhecimento total da população e perceberam que esses cidadãos estavam pertencentes à população-alvo. Nesse processo, percebemos que devemos fazer um maior esforço com os hipertensos, tendo em conta que o número de pacientes hipertensos é maior. Podemos dizer também que aqueles usuários faltosos às consultas que não se realizou busca ativa foi porque eles mesmos assistiram as consultas depois que ficaram sabendo pelos meios de comunicação implicados na intervenção. Posso dizer que nesse indicador o trabalho das ACS foi maior, pois elas ficaram mais tempo nas ruas fazendo o “casa a casa”.

No objetivo específico que visa melhorar registros das informações as metas relativas ao objetivo dos registros tiveram em 100%. Então, a meta de manter a ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, tendo o indicador de proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento, teve um acompanhamento regular, rumo à meta, como mostra a Figura 11. No mês 1 obteve-se 80,5% (62), no mês 2 83,3% (125), no mês 3 90,2% (231) e no mês 4 90,4% (459).

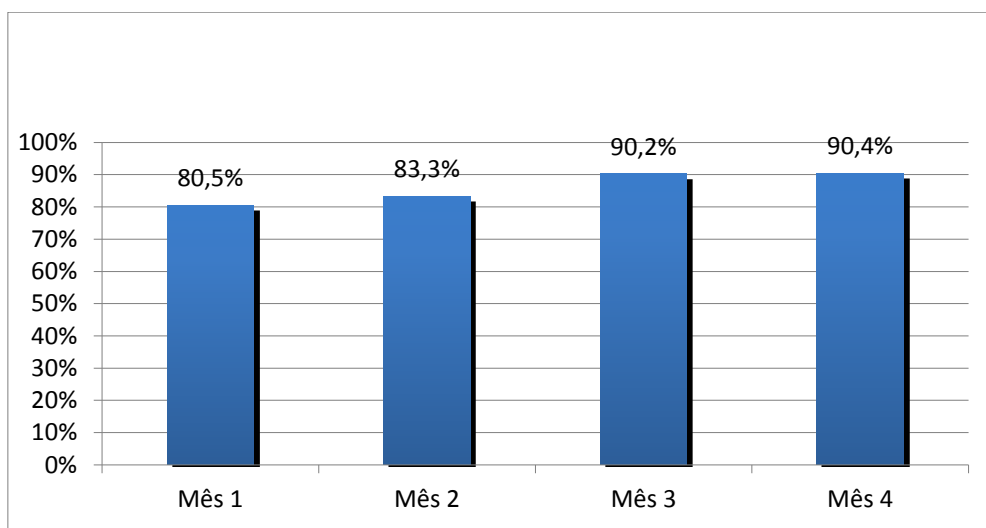


Figura 11 – Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Ernestina/RS, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Na meta de manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, tendo como indicador a proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, conseguiu-se, como indica a Figura 12, no mês 1 78,9% (15), no mês 2 85,4% (35), no mês 3 91,3% (63) e no mês 4 91,6% (153).

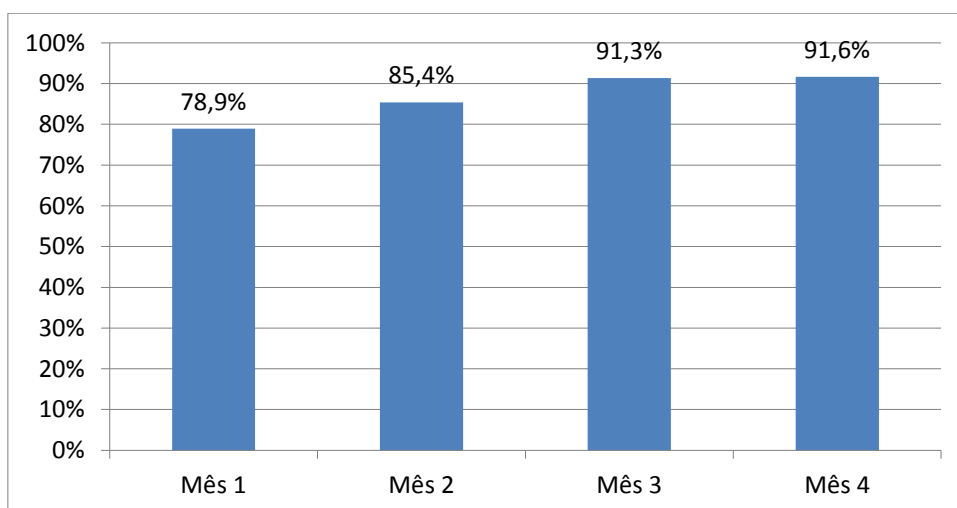


Figura 12 – Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Ernestina/RS, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Ainda quando não chegamos aos 100% das fichas posso dizer que as que se fizeram têm a qualidade que merece a nossa equipe e os usuários pertencentes à população-alvo.

O objetivo de mapeamento de hipertensos e de diabéticos em risco para doença cardiovascular teve as metas relativas à avaliação de risco em 100%. Com a meta de realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, tendo o indicador referente à proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular, desenvolveu-se, como destaca a Figura 13, no mês 1 90,9% (70), no mês 2 75,3% (113), no mês 3 85,5% (219) e no mês 4 89,8% (456).

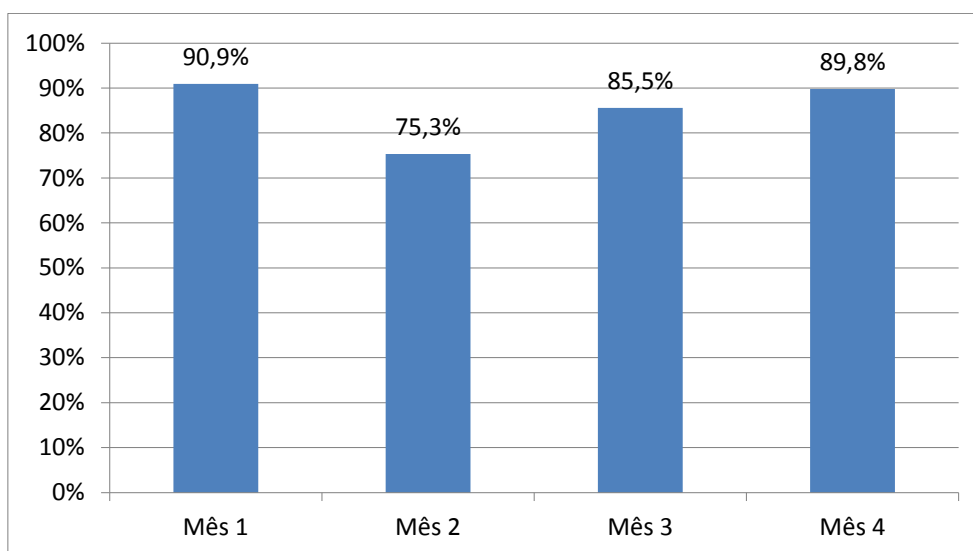


Figura 13 – Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Ernestina/RS, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Na meta de realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, tendo o indicador proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular, obteve-se, conforme ilustra a Figura 14, no mês 1 89,5% (17), no mês 2 73,2% (30), no mês 3 84,1% (58) e no mês 4 89,8% (150).

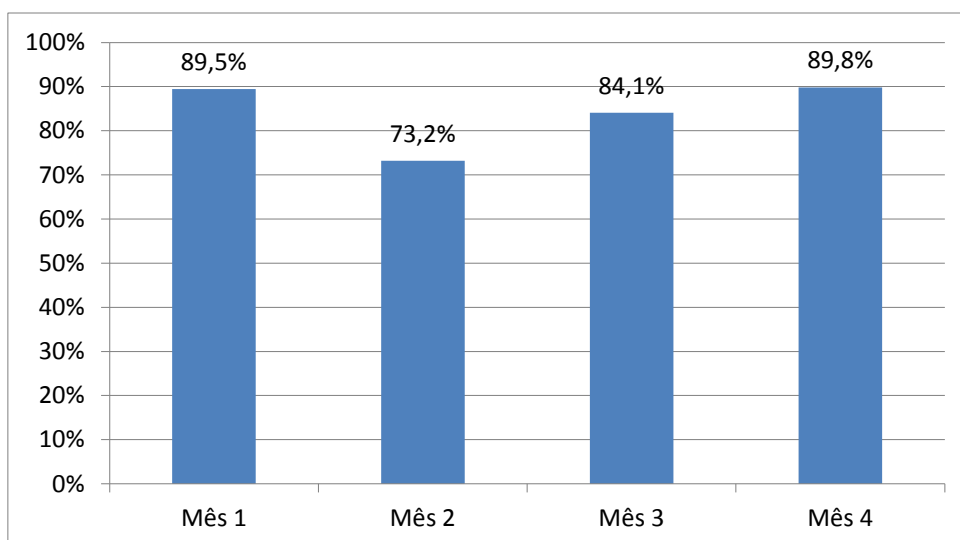


Figura 14 – Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Ernestina/RS, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Neste objetivo que forma parte dos indicadores da avaliação de risco, a equipe tentou chegar aos 100% dos usuários realizando a avaliação adequada para melhorar a qualidade de vida deles. Antes de dar início a intervenção não existia prova da existência da realização de estratificação de risco nos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Depois que a intervenção se instalou na rotina do Serviço, houve a padronização deste objetivo de forma contínua, regular e com monitoramento.

No objetivo específico que preconiza promover a saúde de hipertensos e diabéticos, as metas foram desenvolvidas em 100%. As ações de promoção em saúde foram feitas à população-alvo da intervenção e contemplaram orientações nutricionais sobre alimentação saudável, atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal.

Na ação em orientação nutricional sobre alimentação saudável o indicador proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, em acordo com a Figura 15, obteve-se no mês 1 100% (77), no mês 2 100% (150), no mês 3 100% (256) e no mês 4 97% (493).

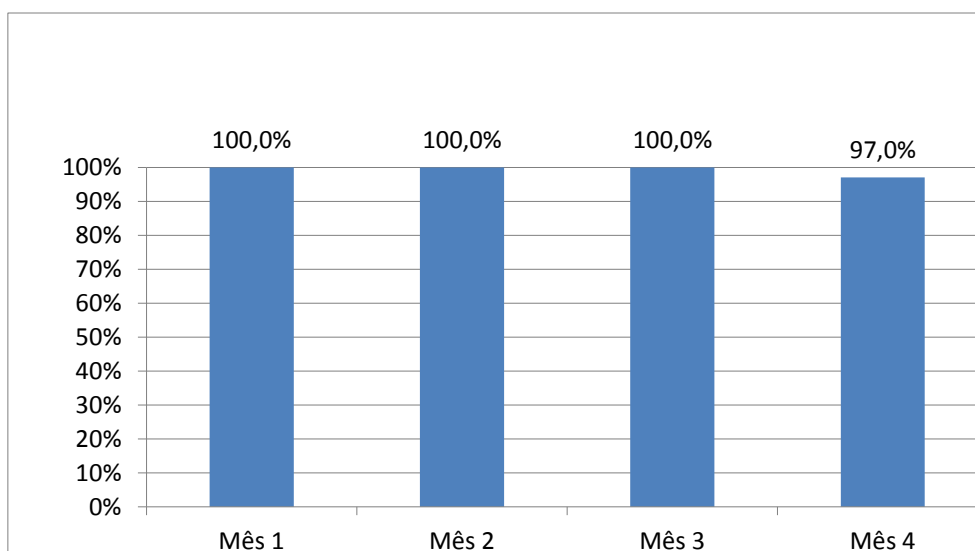


Figura 15 – Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. Ernestina/RS, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

A proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, em acordo com a Figura 16, conseguiu-se no mês 1 100% (19), no mês 2 100% (41), no mês 3 100% (69) e no mês 4 96,4% (161).

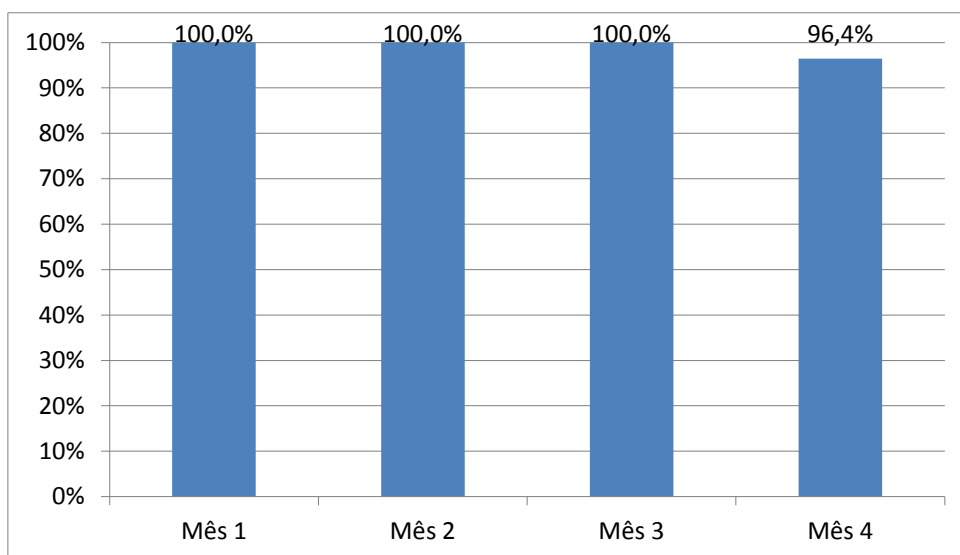


Figura 16 – Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. Ernestina/RS, 2015

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Toda a equipe se envolveu para fazer uma boa promoção de saúde e, olhando os indicadores, os números podem dizer que até o terceiro mês estivemos em 100% de promoção de forma igual para os hipertensos como

para os diabéticos. Nesse ponto não só o médico e a enfermeira fizeram essa promoção, como também as agentes comunitárias de saúde fizeram o seu labor nas visitas domiciliares, não acontecendo o mesmo no quarto mês. Neste mês, caímos de 100% para 97% nos hipertensos e 96,4% nos diabéticos. Isso mostra que no ultimo mês com as ânsias de cumprir uma meta diminuimos a qualidade do atendimento, coisa que nos serve para intervenções futuras, que não só é importante a quantidade das ações feitas senão também a qualidade.

Na ação em orientação sobre a prática de atividade física regular, o indicador proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física, em consonância com a Figura 17, obteve-se no mês 1 100% (77), no mês 2 100% (150), no mês 3 100% (256) e no mês 4 97% (493). Esses valores foram alcançados, pois, em cada encontro, em cada consulta com o paciente cada profissional pertencente a equipe falava e trabalhava nesse ponto com o objetivo de chegar a toda a população alvo e conseguir ensinar e a importância e os benefícios da prática de atividades físicas, já no ultimo mês com as ânsias de cumprir uma meta deixamos de prestar a atenção com a qualidade merecida e daí foi que os valores diminuíram coisa que vai ficar para a continuidade na nossa unidade.

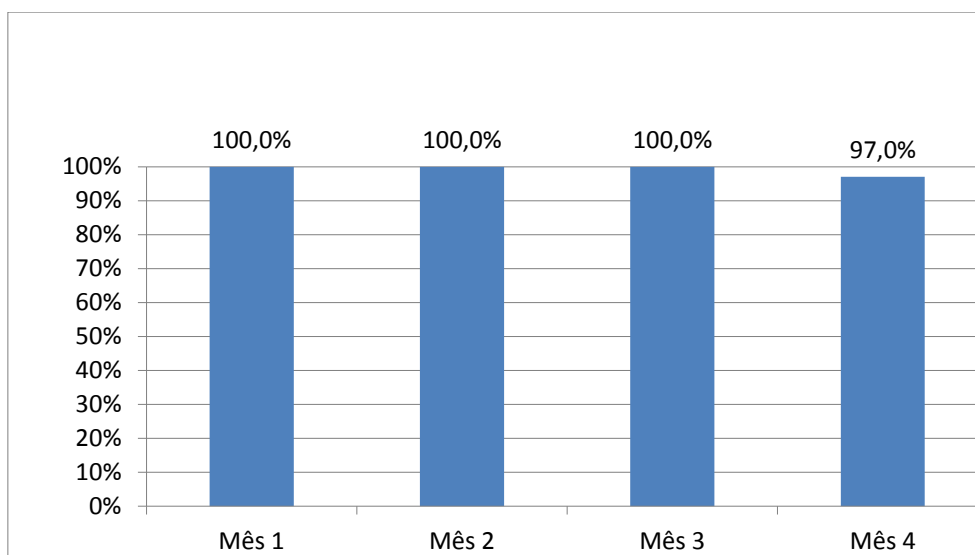


Figura 17 – Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular. Ernestina/RS, 2015

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

A proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física, em consonância com a Figura 18, obteve-se no mês 1 100%

(19), no mês 2 100% (41), no mês 3 100% (69) e no mês 4 96,4% (161). O trabalho e as ações feitas neste ponto foi o mesmo feito anteriormente daí que os resultados são bem similares.

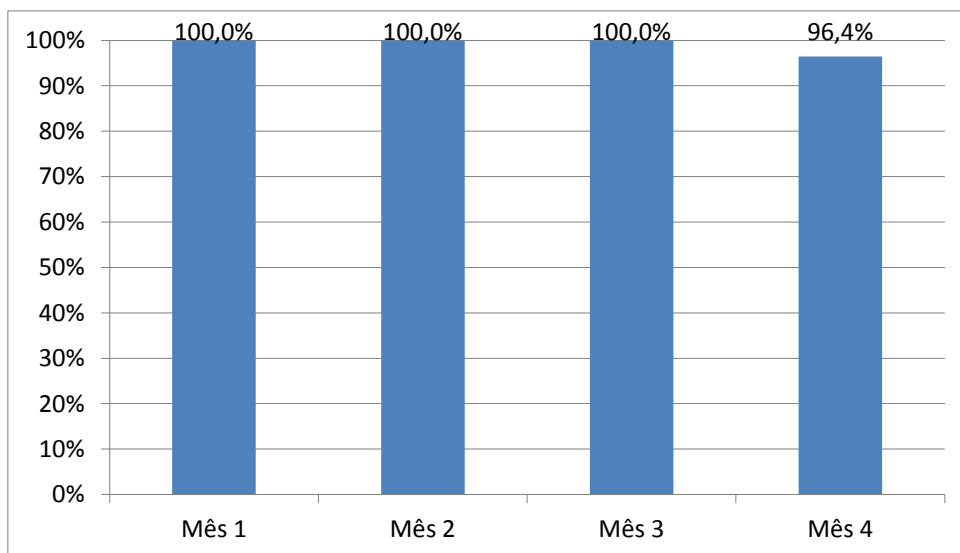


Figura 18 – Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular. Ernestina/RS, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Na ação em orientação sobre os riscos do tabagismo, os indicadores proporção de hipertensos e de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, não teve acompanhamento no transcurso dos quatro meses de intervenção, demonstrando uma grande fragilidade. Essa ação não foi desenvolvida, nem foi planejada para o desenvolvimento por falta de disposição profissional, tema que já foi discutido em momentos anteriores.

Na ação em orientação sobre higiene bucal, os indicadores proporção de hipertensos e de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal, também não se obteve acompanhamento na intervenção, ficando em zero nos quatro meses. Essa ação não foi desenvolvida, nem foi planejado para o desenvolvimento por falta de disposição Profissional, tema que já foi discutido em momentos anteriores.

Com a intervenção percebemos que isto é apenas o início de muitas metas e ações a serem realizadas para a prestação da atenção aos pacientes hipertensos e diabéticos. A intervenção mostrou ser a ferramenta impulsora para alcançar a melhora desejada na qualidade da atenção a usuários

diabéticos e hipertensos e proporcionar a adequada promoção e prevenção de saúde dos pacientes e da família. É não só nos abriu as porta para o programa HIPERDIA se não também criou as bases para expandir esses resultados ao resto da população atendida na nossa UBS e obter um bom controle.

## **4.2 Discussão**

A intervenção na nossa UBS, durante as doze semanas, propiciou a ampliação da cobertura de hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS, ainda quando não foi possível desenvolver todas as ações em conformidade com o cronograma. A atenção aos usuários atendidos no período foi excelente, tanto assim que eles fizeram exame clínico apropriado, com atualização de acordo com o protocolo adotado na UBS.

Essa qualificação foi seguida pela atualização dos exames clínicos e complementares de acordo com o protocolo adotado na UBS, de todos os portadores de hipertensão e diabetes atendidos durante a intervenção, seja pela análise dos que já tinham exames recentes, seja pela solicitação àqueles com exames desatualizados. Também garantimos a priorização de medicamentos da farmácia popular para eles, além, de manter um bom acompanhamento das fichas dos pacientes atendidos. Só não foi possível fazer um adequado acompanhamento odontológico nem realizar a promoção sobre tabagismo e as suas conseqüências

Para a equipe, a intervenção permitiu que muitos integrantes atualizassem conceitos sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus. Os funcionários também se encontram mais qualificados quanto ao fornecimento de informações sobre essas doenças, pois se sentem mais seguros em repassar o conhecimento, o que inclui os agentes comunitários em suas visitas domiciliares, respaldados pelos conhecimentos discutidos nas reuniões de equipe, embasados nos protocolos utilizados pelo Ministério da Saúde e adotados pela intervenção, além de que esta atividade promoveu o trabalho integrado de todos os profissionais que formaram parte da equipe. Não posso deixar de dizer que para mim foi bem produtivo, pois me ajudou a adquirir novos conhecimento e novas estratégias de trabalhos para melhor a



qualidade de vida dos pacientes Hipertensos e Diabéticos, além, de que me ajudou a aprofundar nos protocolos de atendimento deste país.

Já em relação ao serviço, cabe destacar a melhoria na qualidade do atendimento a usuários diabéticos e hipertensos, desde o acolhimento até a realização da consulta propriamente dita, pois antes da intervenção as atividades de atenção a população alvo eram só concentrada na médica e em consultas para atendimento a problemas agudos, mas com a intervenção a equipe percebeu que conseguimos atender um maior número de pessoas sem sobrecarregar a uma pessoa só. O registro das informações também é um aspecto que foi melhorado e devemos continuar trabalhando para sua constante progressão, pois percebemos falhas neste sentido desde o início e, sem dúvida, o registro é importante para todos os que trabalham na Unidade. Isto acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço como realizar um controle das doenças crônicas em crianças e realizar um controle do resto das doenças crônicas em adultos.

A intervenção para a comunidade foi importante, além de proporcionar a melhoria da atenção prestada, os usuários participaram ativamente em sua própria comunidade. Os usuários que não podiam ir até a UBS por causa da distância conseguiram participar das atividades realizadas em conjunto com a equipe de saúde nos locais próximos às suas casas. De modo geral, a comunidade não tinha muita clareza acerca da importância do tratamento não medicamentoso, de realizar o autocuidado e de aspectos gerais das doenças, só se limitavam a cumprir tratamento médico. Como se tornou rotina à visita domiciliar uma vez por semana, aumentou o engajamento dos profissionais com os usuários.

Assim, a intervenção no programa de hipertensão e diabetes propiciou a melhoria da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos. Com relação à coleta e sistematização dos dados, este se constituiu de fato um desafio inicial, considerando que não tínhamos controle das ações que eram feitas junto às pessoas com HAS e DM na unidade. Deste modo, para coletar todos os dados de cada usuário do serviço, buscamos inicialmente os prontuários e, semanalmente, conferíamos e preenchíamos cada um dos dados nas fichas espelhos, realizando-se esta ação referente às consultas planejadas dos usuários, atualizando os dados já existentes desde a consulta anterior.

Nesse contexto, de sistematização de dados, o cadastro de pessoas foi realizado por toda a equipe, com especial participação dos agentes comunitários de saúde, recepcionista, profissional enfermeiro e o médico. Só constavam cifras na unidade e não um registro com os nomes de todos os usuários. Assim, estavam cadastrados no serviço de HAS e DM somente as pessoas que compareciam aos grupos programáticos, que correspondiam à minoria. Portanto, foi necessário organizar o serviço para realizar o cadastramento dessas pessoas e preencher a ficha espelho com todos os dados da planilha. À medida que foi passando o tempo e o trabalho foi avançando, notou-se grande melhoria na qualidade dos registros, pois todas estas ações foram registradas no prontuário individual. A melhora no registro permitiu que o trabalho fosse mais completo, pois quando precisávamos de dados como os medicamentos prescritos para cada usuário, essa informação estava disponível.

Nesta perspectiva, foi garantida a realização de exames clínico e complementares aos usuários incorporados ao programa. As pessoas com HAS e DM faltosas às consultas foram visitadas e convidadas para assistir à unidade pelas ACS e em muitas ocasiões pela enfermeira e a doutora. As visitas domiciliares retornaram a ser rotina uma vez por semana na unidade. A participação dos usuários nos grupos de hipertensão e diabetes aumentou, foram dadas palestras pelos profissionais e realizadas outras atividades. Todos os usuários que foram cadastrados nas consultas receberam atendimento integral, com realização de exame clínico completo, estratificação de risco cardiovascular, indicação de exames complementares. As atividades de promoção e prevenção foram desenvolvidas e a adesão ao serviço foi melhorando. Tornou-se possível engajar a comunidade nas ações de saúde, assim como aumentar a adesão às consultas programadas. Em cada encontro foram dadas orientações sobre nutrição e alimentação saudável, riscos do tabagismo, ainda quando essa promoção não foi desenvolvida durante a intervenção, importância da prática de atividade física e sobre higiene bucal. Embora estas orientações sempre fossem dadas, também foram abordados outros temas, tais como: complicações das doenças crônicas, autocuidado e como deve ser o seguimento adequado às avaliações de saúde.

Nesse sentido, a organização do projeto de intervenção contribuiu com a indução de atitudes ativas dos atores envolvidos frente à necessidade de trabalhar coletivamente e pensar em mecanismos que pudessem de fato melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na Unidade, através da realização de exame clínico apropriado nas consultas, solicitação de exames complementares conforme indicações do protocolo e identificação de usuários hipertensos e/ou diabéticos descompensados, bem como de usuários com alto risco para desenvolver DCV através da estratificação de risco.

Com certeza, existe a intenção entre a equipe de incorporar as ações da intervenção à rotina da unidade, pois os resultados demonstraram a importância de dar continuidade no processo de organização e gestão do serviço, além que faltou um pequeno grupo da população alvo que não conseguimos cadastrar e não porque a intervenção acabou nos vamos deixar de dar continuidade a intervenção interna, pois nosso maior objetivo é aumentar a qualidade de vida da população ernestinense. Há uma tendência dos profissionais de se acomodarem quando passa o período de intervenção, por isso é necessário dar importância à análise dos resultados positivos advindos deste projeto. Assim, pretendemos manter ações como reunião de equipe que serve tanto para gerar informação, como para debater temas de relevância relativos ao trabalho, temas de capacitação e para estar mais unidos como equipe.

Outro elemento que pretendemos dar continuidade na unidade é a promoção à saúde através de ações de educação permanente realizadas por todos os integrantes da equipe. Ademais, o projeto de intervenção proporcionou aos participantes momentos adequados de reflexão frente à necessidade de melhoria do registro das informações e discussão sobre suas práticas e as possibilidades de realização de ações de promoção da saúde aos usuários com HAS e/ou DM.

Agora trabalharemos em função de aumentar a cobertura desse programa para 100% e promover atenção de qualidade a estes usuários com as respectivas consultas de seguimento, avaliando-o de forma integral e propiciando um melhor engajamento público e acolhimento. Também trabalharemos para continuar aumentando a participação social já que a

comunidade faz parte decisiva a respeito da sua saúde. Outro aspecto importante é estender tais mudanças para outros grupos, como os de idosos, adolescentes e demais.

Posso inferir que a proposta da intervenção pode ser ampliada para os demais grupos programáticos do nosso serviço, tais como doenças crônicas em crianças, grupo de gestante e outros. Principalmente, a proposta de implantação de registro específico de acompanhamento que viabiliza 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 e ao estado de compensação da doença. Esta ação é fundamental, pois cria condições para definir as prioridades a partir das informações geradas e registradas no trabalho cotidiano

## 5. Relatório da intervenção para os Gestores

Ao Gestor (a):

A proposta de intervenção ao grupo programático de hipertensos e/ou diabéticos na Unidade de Saúde de Ernestina foi desenvolvida por um período de dezesseis semanas com o objetivo de qualificar a atenção aos usuários com hipertensão e diabetes mellitus residentes na área adstrita a esta unidade e teve quatro focos: Organização do processo de trabalho, Qualificação da Prática Clínica, Engajamento Público e Monitoramento e Avaliação das ações. A intervenção foi desenvolvida no curso de especialização de Saúde da Família da UFPel em parceria com a Universidade Aberta do SUS.

Nesta perspectiva, buscando atender às propostas de cada eixo, realizamos o rastreamento de novos casos de HAS e DM na área de abrangência de nossa unidade, obtendo uma melhoria na cobertura destes usuários e na qualidade do atendimento prestado aos mesmos, com a identificação de usuários descompensados, realização de estratificação de risco e promoção de ações de orientação nutricional e de prática de atividade física. Destacamos assim, a importância do planejamento das ações de saúde em equipe para subsidiar melhores e mais precisas decisões na área da saúde, onde os desafios são diversos.

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus na USF de Ernestina foi adotado o Manual Técnico de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, 2012. Também, foram utilizados os registros existentes em farmácia, registros dos grupos em funcionamento e os prontuários clínicos.

Para cada objetivo foram traçadas metas com seus respectivos indicadores e ações. Todas as ações propostas foram realizadas ainda quando não obtivemos chegar aos 100% da população alvo e o cronograma foi seguido rigorosamente. De forma geral, a qualidade do atendimento foi melhorada,

assim como a qualidade dos registros. Uma das maiores dificuldades encontradas foi a má qualidade dos registros da unidade, além da escassez de tempo para realizar atividades de promoção e prevenção fora da unidade.

Os resultados foram positivos e promissores. A cobertura proposta não foi alcançada, mas a qualidade de atendimento dos pacientes atendidos foi superada. A cobertura total para hipertensos foi de 73,4% (508) e de diabéticos foi de 84,3% (167). A proporção de hipertensos e diabéticos com exame clínico e com exames complementares em dia foi melhorando gradativamente. Assim, também foi garantido que a maioria dos usuários hipertensos e diabéticos use os medicamentos da farmácia popular ou Hiperdia.

Nesta perspectiva, o projeto de intervenção pode ser concebido como uma estratégia de reorganização da Unidade de Saúde da Família e da atenção básica à saúde, uma vez que propiciou o enfrentamento e a resolução dos problemas de saúde identificados em uma dada população adstrita. O projeto de intervenção na Unidade de Saúde da Família tornou-se efetiva no momento em que permitiu aos gestores e profissionais das equipes, identificarem o que dificultavam o desenvolvimento das ações de saúde no território.

Foram realizadas atividades de promoção e prevenção na unidade, nas consultas e em cada contato com o usuário. Também foram realizadas estas atividades nas comunidades onde todos os usuários incorporados ao programa receberam orientações sobre alimentação saudável, e importância da prática sistemática de exercício físico. A comunidade em geral aumentou os conhecimentos sobre sua doença e tiraram dúvidas que existiam há muito tempo em contato direto com a equipe. Não só foi falado acerca destes temas, também foram abordados outros como o cuidado dos pés, o número de consultas, sintomas de alarme e outros.

Neste sentido, pode-se avaliar que, para o projeto de intervenção acontecer efetivamente, foi fundamental contar com o apoio da gestão na disponibilização de transporte, de insumos e impressos, na receptividade para avaliar os resultados da intervenção e identificar as situações que precisavam ser revistas ou modificadas.

Temos em conta também a importância da gestão na organização de capacitações e espaços de educação permanente com discussões pertinentes

para o processo de trabalho das equipes, além de assessorar as unidades na implantação efetiva de uma atenção à saúde sistematizada, envolvendo gestores, trabalhadores e comunidade. Um maior envolvimento desses atores na oferta de educação permanente facilitaria as ações de planejamento em saúde nas comunidades e o enfrentamento das dificuldades identificadas pela equipe na operacionalização dos diversos programas oferecidos pela unidade de saúde.

## 6. Relatório da intervenção para a comunidade

À Comunidade:

Nossa equipe de Saúde da Família de Ernestina desenvolveu no período de fevereiro a junho de 2015 uma intervenção com o objetivo de qualificar a atenção aos hipertensos e/ou diabéticos residentes na área adstrita a esta unidade. Esta intervenção teve quatro focos: Organização do processo de trabalho, Qualificação da Prática Clínica, Engajamento Público e Monitoramento e Avaliação das ações.

Para a realização da intervenção foram traçados objetivos, metas e ações seguindo o cronograma elaborado. Teve como objetivos específicos: ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos, melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e/ou diabéticos, melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa, melhorar o registro das informações, mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e promover a saúde de hipertensos e diabéticos, para prevenção do risco de complicações e melhorar sua qualidade de vida.

Para isso acontecer, os profissionais da Unidade Básica foram capacitados segundo o Protocolo do Ministério da Saúde. Nem todas as metas foram atingidas, mas a qualidade da intervenção propiciou uma melhoria no grupo programático de HAS e DM significativa.

No eixo da organização do processo de trabalho melhoramos o acolhimento para os usuários portadores de HAS e/ou DM, priorizando o atendimento dos adultos hipertensos e/ou diabéticos sem acompanhamento há mais de um ano, especialmente os de maior risco para Doenças Cardiovasculares. Ademais, garantimos o registro dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa, mantendo-o atualizado, em consonância com a proposta do eixo de Monitoramento e Avaliação dos serviços. Organizamos ainda, visitas domiciliares para buscar os faltosos, bem como a



agenda da unidade para acolher os hipertensos e diabéticos descompensados, de alto risco e os provenientes das buscas domiciliares.

Adicionalmente, a organização da capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde propiciou a melhoria na definição da atribuição de cada membro da equipe e na qualificação da prática clínica. Foram organizadas práticas coletivas sobre alimentação saudável e prática de atividades físicas.

Vale dizer que para monitorarmos as ações de saúde e assegurarmos o engajamento público neste processo, utilizamos os registros da unidade como instrumentos de análise da qualidade do serviço para avaliação das ações.

Um das principais vantagens da comunidade é que os profissionais estão capacitados para atendê-los e todos serão atendidos de modo acolhedor, visando à integralidade do usuário. Agora as consultas são feitas de forma mais integral ainda quando temos que incluir a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, mas temos uma maior quantidade de profissionais capacitados. Também aumentamos a oferta de exames, pois antes só faziam de forma particular, mas agora são indicados segundo o protocolo e são marcadas as consultas de retorno para sua avaliação. A intervenção também proporcionou o aprofundamento do conhecimento dos usuários para ter um melhor autocuidado e prevenir as complicações de doenças tão temidas como insuficiência renal crônica, cardiopatias, pé diabético, dentre outras.

A melhoria da atenção também pode ser percebida em outros fatores: os hipertensos e diabéticos cadastrados e atendidos recebem atualização dos exames laboratoriais de acordo com o protocolo adotados na nossa unidade, e recebem uma consulta em que são ouvidos, vistos e examinados adequadamente. Agora com a melhoria dos registros, o profissional conhece qual medicamento os usuários usam, tendo em conta que muitas vezes esquecem o que usam, pois a maioria é constituída de idosos.

A intenção é continuar trabalhando para melhorar o atendimento e fazer da experiência da intervenção o motor impulsor de uma série de ações que possam garantir melhor qualidade de vida aos usuários da unidade de saúde e continuar ampliando a cobertura de atendimento para aqueles que ainda não conseguiram serem atendido.

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

Para realizar uma reflexão crítica sobre o meu processo de aprendizagem, um item que considero importante é comparar a experiência com as expectativas iniciais em relação ao curso. Com relação ao curso posso afirmar que a preocupação foi o sentimento que dominou no início, pois o medo do desconhecido tornava difícil cada etapa a ser vencida. Como nunca havia ingressado num curso modalidade à distância, desconhecia as formas de desenvolvimento virtual e até achei difícil me acostumar.

Com o decorrer do tempo a aprendizagem a respeito de como acessar o curso foi se tornando mais concreta e assim pude desfrutar do Ambiente Virtual de Aprendizagem e dos espaços peculiares desse sistema. Compreender que o uso do espaço do Diálogo Orientador-Especializando era a ferramenta mais importante para o desenvolvimento da intervenção e das atividades, pois tinha um orientador para todas as situações. Também, aprendi a trabalhar com os softwares *Microsoft Excel*, *Microsoft Word* e demais programas. Considerava uma experiência exaustiva realizar tantas tarefas, mas à medida que ia estudando e adquirindo conhecimento comecei a achar tudo muito interessante e mais prático.

Nesta perspectiva, foi muito gratificante realizar estudos da prática clínica e mais ainda os temas da prática clínica, pois realmente abordavam as queixas mais frequentes pelas quais consultavam os usuários na unidade e queixas não tão frequentes no meu dia a dia, mais que frequentes no Brasil. Assim, fui tirando dúvidas de muitas doenças e incorporei à rotina da unidade toda experiência apreendida. O trabalho junto ao orientador foi uma nova experiência, positiva, pois demonstrou que é possível ter uma boa orientação, mesmo à distância. Também, constituiu uma experiência importante, pois os erros são corrigidos desde o início do curso.

A realização da análise situacional foi demonstrando que tinha muitas coisas para analisar e descobrir, pois o conhecimento que possuía acerca do funcionamento da unidade no início era muito superficial, mas quando fui conhecendo como devia ser o trabalho na unidade e sua estrutura, pude ver os problemas reais que tínhamos.

Com a escolha do tema e o início da intervenção, pude sentir ainda mais motivação, pois foram feitas muitas atividades participativas e foram aparecendo bons resultados do trabalho. Desta forma, melhorei meus conhecimentos sobre hipertensão e diabetes, o que é muito importante, pois diariamente atendo usuários com essas doenças.

Considero que o profissional médico deve estar inserido num processo de constante aprendizagem a fim de propiciar uma atenção qualificada e atualizada aos pacientes. O curso representou uma via de superação como médica e também como pessoa, pois também permitiu o maior engajamento com os usuários e a aquisição de mais conhecimento sobre diferentes temas clínicos.

Com a realização da intervenção houve melhoras significativas do trabalho na unidade, da qualidade dos registros e, em geral, do atendimento às pessoas com diabetes e hipertensão. Agora fica o desafio de continuar com as ações iniciadas e com as mudanças para melhorar os atendimentos a todos os pacientes da unidade. Para isso, devo continuar superando-me, aproveitando a experiência desta intervenção para aplicar os conhecimentos adquiridos e para aplicá-los em outros programas e outros grupos e, assim, ampliar a cobertura de atendimento a todos os grupos.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 159 p.

## **Anexos**





**Anexo "C" – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa**

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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª

Profª Ana Cláudia Gastal Fassa

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

Prezada Pesquisadora;

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

Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL





## **Anexo “D” - Termo de responsabilidade livre e esclarecido para uso de fotografias**

Eu, (VidaimiYenicelDomínguez Blanco ), (médica com RMS 4300732) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

\_\_\_\_\_