

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



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica  
e/ou Diabetes Mellitus na UBS Jardim Esmeralda, em Santa Cruz do Sul/RS**

**Erislandy Beltran Gamez**

**Pelotas, 2015**

**Erislandy Beltran Gamez**

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica  
e/ou Diabetes Mellitus na UBS/ESF Jardim Esmeralda, em Santa Cruz do  
Sul/RS**

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

Orientadora: Tatyara Feitosa Sampaio

**Pelotas, 2015**

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

G192m Gamez, Erislandy Beltran

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Jardim Esmeralda, em Santa Cruz do Sul/RS / Erislandy Beltran Gamez; Tatyara Feitosa Sampaio, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

76 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. Sampaio, Tatyara Feitosa, orient.  
II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

*Dedico este trabalho a toda minha equipe de trabalho que sempre esteve meu lado, em todos os momentos da intervenção que sempre brindaram seu apoio incondicional, eles são pessoas muito especiais que fizeram possível a realização deste trabalho. Também a minha família que ainda longe de mim nunca mediram esforços para me ajudar e me ensinar nunca desistir e sempre olhar para frente.*

## **Agradecimentos**

Agradeço também, a minha tutora Tatyara Feitosa Sampaio, por seu apoio e pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão deste trabalho de conclusão.

E a minha equipe pelo apoio e trabalho em conjunto que foi feito.

## Resumo

BELTRAN, Erislandy. **Melhoria da atenção à saúde de usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS/ESF Jardim Esmeralda, em Santa Cruz do Sul/ RS. 2015.** 75f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A educação em saúde, associada ao autocontrole dos níveis de pressão e/ou glicemia, à atividade física e à dieta alimentar, é importante instrumento para aumentar a procura por tratamento e controlar os índices de usuários hipertensos e/ou diabéticos. O conhecimento das doenças está relacionado à melhora da qualidade de vida, à redução do número de descompensações, ao menor número de internações hospitalares e à maior aceitação da doença. Com base no caderno de atenção básica do ministério da saúde nº 36 e 37 (Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica) Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) respectivamente, de que prevê uma rotina para o atendimento com avaliação de fatores de risco. Diante disso, realizou-se uma intervenção na UBS Jardim Esmeralda, localizada na cidade de Santa Cruz do Sul no período de abril a julho do 2015. Após análise situacional do serviço, identificou a necessidade de realizar o Projeto de Intervenção com o foco saúde dos Hipertensos e Diabéticos, cujo objetivo geral foi melhorar a atenção aos Hipertensos e Diabéticos da UBS Jardim Esmeralda, município de Santa Cruz do Sul, estado do Rio Grande do Sul. As ferramentas utilizadas na coleta de dados foram: planilha de coleta de dados, fichas espelho e diário de intervenção, a fim de garantir o registro dos dados dos usuários que participaram da intervenção. Foram realizadas ações em quatro eixos: análise situacional, análises estratégicas, relatório da intervenção e avaliação da intervenção. Foram utilizadas estratégias para aumentar a cobertura no número atendimentos e a qualidade dos atendimentos como: ampla divulgação e ações de educação em saúde, incremento do número das consultas na semana pelo médico e a enfermeira. O objetivo final não foi alcançado no período estimado, ainda assim ficaram as bases para em um período de tempo relativamente curto alcançar e superar esta meta. O projeto aperfeiçoou a capacidade criativa e de superação de obstáculos da equipe, ensinou os benefícios do trabalho conjunto, também conseguimos implementar um programa em nosso serviço eficiente e sustentável.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; saúde da família; Hipertensão Arterial Sistêmica; Diabetes Mellitus.

## Lista de Figuras

Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde .51	51
Figura 2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.....51	51
Figura 3: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....53	53
Figura 4: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....53	53
Figura 5:. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....54	54
Figura 6: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....54	54
Figura 7: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ HIPERDIA priorizada .....55	55
Figura 8: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ HIPERDIA priorizada .....56	56
Figura 9: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....57	57
Figura 10: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....58	58
Figura 11: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....59	59
Figura 12: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....59	59

## **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

ACS	Agente comunitário da Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
APS	Atenção Primária de Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CIEE	Centro de Integração de Empresa Escola
DM	Diabetes Mellitus
EC	Exame Citopatológico
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas



## Sumário

1	Análise situacional .....	8
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	8
1.2	Relatório da análise situacional.....	10
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	16
2	Análise Estratégica .....	17
2.1	Justificativa .....	17
2.2	Objetivos .....	18
2.2.2	Objetivos específicos:.....	18
2.2.3	Metas.....	18
2.3	Metodologia .....	21
2.3.1	Detalhamentos das Ações .....	21
2.3.2	Indicadores .....	33
2.3.3	Logística.....	39
2.3.4	Cronograma.....	42
3	Relatório da Intervenção.....	44
3.1	Ações previstas e desenvolvidas .....	44
3.2	Ações previstas e não desenvolvidas .....	46
3.3	Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	46
3.4	Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	47
4	Avaliação da intervenção.....	48
4.1	Resultados .....	48
4.2	Discussão .....	59
5	Relatório da intervenção para gestores .....	61
6	Relatório da intervenção para comunidade .....	63
	Anexos .....	68

## **Apresentação**

O volume deste Trabalho de Conclusão de Curso está organizado em cinco estruturas que contemplam cada uma das unidades que conformam o Projeto Pedagógico proposto pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) para a Especialização em Estratégia de Saúde da Família modalidade à distância.

A proposta pedagógica inicia-se com a descrição da Análise Situacional da situação da Unidade Básica de Saúde (UBS) em relação às características da população, o engajamento público, a estrutura da UBS e os processos de trabalho na UBS.

A seguir apresenta-se a Análise Estratégica e a elaboração do Projeto de Intervenção que permitiu que um foco de atenção prioritária para o Ministério da Saúde fosse elencado e servisse de base para as ações futuras na unidade de saúde.

Com base nas ações realizadas ao longo das 12 semanas da intervenção será descrito o Relatório da Intervenção que teve como base as planilhas de coleta de dados e diários de intervenção.

A partir do Relatório da Intervenção será descrito o Relatório dos Resultados da Intervenção que avaliará se a intervenção atingiu seus objetivos em relação: às metas propostas, a adequação das ações, registros e instrumento de coleta de dados, assim como o efeito da intervenção na unidade de saúde, equipe e população.

Por último será descrita a Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem e na implementação da intervenção abordando o desenvolvimento do trabalho no curso em relação às expectativas iniciais, o significado do curso para a prática profissional e os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso.

## **1 Análise situacional**

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

Começarei falando sobre a minha Unidade Básica de Saúde (UBS), que está localizada no bairro Jardim Esmeralda e tem o mesmo nome. Não é meu local de trabalho definitivo só estou de forma provisória até que se procure um local para habilitar a Estratégia de Saúde da Família na localidade do Bairro Progresso que fica na zona urbana de Santa Cruz do Sul. A UBS Esmeralda está em processo de transformação para ESF. Tem uma estrutura e composição da seguinte forma: uma sala de vacinas, dois consultórios médicos, dois banheiros, recepção, um consultório de odontologia, sala de enfermagem e sala de procedimento (medicação, curativo, esterilização, etc...). A unidade é composta por enfermeira, quatro técnicas em enfermagem, uma higienizadora, dois pediatras (um todos os dias e um de quinze em quinze dias), uma ginecologista obstetra duas vezes por semana, um dentista de segunda a quinta, uma auxiliar de saúde bucal, um nutricionista uma vez por semana e dois médicos, eu que sou do Programa Mais Médicos e uma médica que é do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB).

Agora estamos realizando as capacitações para começar a trabalhar com o sistema de informatização e prontuário eletrônico, serviço que acho que vai agilizar e permitir acompanhar e ter uma história individual de cada usuário mais completa.

A situação enquanto a relação com minha equipe é muito boa, desde o primeiro dia, o que facilita a minha adaptação e trabalho aqui no Brasil. Gostaria de ficar trabalhando neste posto definitivamente, isto favorece minha relação com a população a qual também tem demonstrado uma boa aceitação do meu trabalho.

Todos os procedimentos de saúde são realizados em equipe, desde o agendamento que são fundamentalmente para renovar receitas, solicitar exames de

rotina ou que são marcados para avaliar a evolução de alguma doença ou tratamento até os acolhimentos que geralmente são usuários que precisam atendimento com mais brevidade. O procedimento é de a seguinte forma, o usuário chega e é recebido pôr a estagiaria recepcionista que pertence ao CIEE (Centro de integração de Empresa Escola) ela é a encarregada de fazer os agendamentos, procurar e preencher a ficha de atendimento e orientar ao usuário em dependência da atenção que precise, logo é encaminhado para a sala de triagem, de vacina, odontologia dependendo dos serviços que requeira, as técnicas de enfermagem verificam os sinais vitais e logo são encaminhados para a consulta médica. Em relação à conduta prescrita, o usuário volta com a estagiária que encaminha o usuário para receber o tratamento indicado. A orientação para fazer alguns procedimentos é indicada pelo médico, se for o caso é encaminhado à sala de enfermagem ou procedimentos se precisar de algum tratamento injetável ou curativo.

Ainda não estamos fazendo visitas domiciliares porque como somos UBS nossa população é muito ampla (composta por mais de 13000 usuários) uma das coisas que falta é delimitar a área com que trabalharemos definitivamente e correspondentemente o fluxo diário não deixa tempo para mais temos uma agenda de 10 usuários de manhã e 10 de tarde mais os acolhimentos que em resumem sempre termina sendo entre 15 e 18 usuários em cada turno sendo isto uma impossibilidade para poder usar as duas ferramentas que em as mãos de um médico de família só melhora os indicadores de saúde de sua população e também diminui o custo econômico para o país que não são mais que a PROMOÇÃO de saúde e PREVENÇÃO de doenças que ao meu entender é a arma fundamental da atenção primária além disso eu procuro em cada uma das minhas consultas explicar ao usuário todo o que precisa conhecer de sua doença.

Dentro dos benefícios destas duas ações está o baixo custo econômico já que este fundamentalmente é humano e é por isso que as questões com mais brevidade a tratar em minha área são o alto índice de diabéticos e hipertensos que está influenciado fundamentalmente pelos hábitos alimentícios inadequados (para resumir modo, condições e estilo de vida), e o alto índice de consumo de psicofármaco não só a quantidade de usuários que o consumem, também o tempo prolongado de consumo e as variedades de fármacos que um só usuário usa,

situação facilmente modificável com uma boa utilização da promoção e prevenção de saúde.

Tenho uma grande expectativa de realizar a análise situacional de minha comunidade para poder ter um melhor diagnóstico de saúde e poder traçar estratégias e condutas a seguir para resolver ou, pelo menos, tentar modificar os principais fatores de risco e trabalhar mais de perto com cada um dos grupos de risco (grávidas, idosos, diabéticos, hipertensos etc...) e começar a fazer ações educativas com estes diferentes grupos de risco.

## **1.2 Relatório da análise situacional**

Eu resido no município de Santa Cruz do Sul com uma população total de 125.353 habitantes aproximadamente, existe forte presença das indústrias do fumo na vida socioeconômica da região, Entre as instaladas na cidade estão Souza Cruz, líder em participação de mercado no País, e Philip Morris, contamos com 22 UBS, 13 delas são ESF e 9 são tradicionais temos disponibilidade de NASF, de CEO, de atenção especializada (além de que tarda muito), de serviço hospitalar e de exames complementares.

Nossa UBS (Jardim de Esmeralda) está situada na região urbana tem um modelo de atenção UBS tradicional com projeto de transformação a ESF, composta somente por uma equipe de trabalho. A unidade tem uma estrutura da seguinte forma: uma sala de vacinas, dois consultórios médicos, dois banheiros, recepção, uma consulta de odontologia, sala de enfermagem e sala de procedimento (medicação curativo, esterilização etc).

A equipe é composta por enfermeira, quatro técnicas em enfermagem, uma higienizadora, dois pediatras (um todos os dias e um de quinze em quinze dias), uma ginecologista duas vezes por semana, um dentista de segunda a quinta, uma auxiliar de saúde bucal, um nutricionista uma vez por semana e dois médicos (eu que sou do Programa Mais Médicos (PMM) e uma médica que é do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB)).

Temos algumas deficiências seja por falta de um local específico ou por aglomeração em um deles, por exemplo não temos almoxarifado, sanitários nos consultórios, escovário, sanitários para deficiente, nossa cozinha e sala de vacina é

muito pequena para uma equipe relativamente grande. Outro dos problemas é que vários locais estão adaptados para cumprir várias funções como, a sala de curativos e procedimentos, sala de nebulização, sala de recepção, lavagem e descontaminação de materiais e a sala de esterilização e estocagem de material que ficam juntas, isso pode provocar várias complicações como contaminação de material ou de algum usuário ao que se realizar um procedimento. Evidentemente as ações para resolver esta dificuldade não está em nossas mãos já identificamos e encaminhamos as dificuldades aos gestores para avaliar uma solução o mas rápido possível.

Enquanto à presença de barreiras arquitetônicas em nossa unidade temos várias, por exemplo, a rampa para o acesso dos idosos e portadores de deficiência está presente, mas em más condições e não tem corrimãos, tampouco no corredor da unidade; o banheiro não tem portas adaptadas para o acesso dos cadeirantes impossibilitando a aproximação destes aos banheiros, situação que também foi informada aos gestores e das quais esperamos respostas.

Como nossa unidade é UBS tradicional temos uma área de abrangência consideravelmente extensa que abarca uma população de mais de 13 000 habitante o qual é realmente grande para nossa equipe, e devido a essa magnitude, e pela falta de outro arquivo que não seja o prontuário, não temos uma estatística confiável de alguns dos grupos de riscos priorizados. Questão que impossibilita criar, desenvolver e implantar estratégias de trabalho mais organizadas com o objetivo de estar mais perto da população tentando modificar os indicadores e riscos desfavorável que possam influir negativamente na população, situação facilmente modificável com nossa transformação a ESF, questão foi tratada em várias ocasiões com os gestores.

No entanto, mais que uma reestruturação da unidade precisamos complementar a mudança a ESF em primeiro lugar para diminuir consideravelmente o número de usuários de nossa área de abrangência que supera os 13.000, e é o maior impedimento para pôr em prática medidas por estarem todos os prontuários juntos e não ter nenhum outro arquivo. Todas as estatísticas que possa oferecer são estimativas, é por isso que não temos constância perfil demográfico (idade/sexo) da população na área adstrita, situação que tentaremos modificar na medida que seja avaliado cada grupo de risco.

Adicionamos as visitas domiciliares a nosso programa de trabalho de forma limitada só priorizando os casos mais necessários, temos um excesso de problemas agudos de saúde e tentamos resolver todos dentro de nossas possibilidades e os encaminhamos ao PA ou Hospital, com previa comunicação com os médicos destas instituições, quando não temos a solução em nossas mãos, ou se o problema de saúde é muito grave. Estes atendimentos são feitos na hora, pelo momento tentaremos solucionar esses atendimentos sempre orientando aos usuários dos tipos de atendimentos que podem ser feitos na unidade, até que seja inaugurado o Pronto atendimento que foi construído bem ao lado de nossa unidade.

Em relação à saúde da criança (na faixa etária de 0 a 72 meses), segundo o Caderno de Ações Programáticas (CAP) tem uma estimativa de 156 crianças residentes na área, das quais 89 estão cadastradas e acompanhadas pela unidade, um indicador de cobertura de 57%. O atendimento destas é feito em só uma seção pelos pediatras um que atende de 5:00pm a 9:00pm todos os dias e um que atende de 15 em 15 dias, separando-se em 20 consultas diárias (10 agendamentos e 10 demandas espontâneas), os mesmos utilizam protocolos e critérios para classificação de crianças de risco atualizados.

Os indicadores de qualidade são muito bom por parte dos pediatras já que tem consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, o teste do pezinho até sete dias é feito em todas as crianças, a primeira consulta de puericultura é feita nos primeiros sete dias de vida no 100% das crianças, ao igual que o monitoramento do crescimento e do desenvolvimento é feito em todas as consultas todos têm as vacinas em dia e todas as mães são orientadas sobre o aleitamento materno exclusivo e a prevenção de acidentes, tem-se presente não só o tamanho de nossa população também a extensão de nossa área de abrangência, outro problema que encontramos em este grupo etário foi que todas as crianças até 13 anos estão arquivadas juntas e foi necessário fazer uma revisão para separar os prontuários dos menores de um ano situação muito difícil tendo em conta o pouco tempo com que temos, aproveitando esta situação achamos conveniente manter separados os prontuários para facilitar o posterior trabalho.

De forma geral se avaliamos a qualidade da atenção pré-natal realmente são bons, mas o total de gestantes com relação ao denominador para os indicadores de cobertura é muito deficiente apenas. Segundo o CAP o número total de gestantes residentes na área é de 195 mulheres, das quais apenas 32 estão cadastradas e

acompanhadas pela unidade, o que representa 16% de cobertura de gestantes acompanhadas pela unidade.

O mesmo sucede com a cobertura de consultas de puerpério, o número total de partos estimados nos últimos 12 meses na área é de 156, porém realizamos 21 consultas de puerpério nos últimos 12 meses na unidade, uma cobertura de 13%, e diferente da atenção pré-natal, os indicadores de qualidade são péssimos porque as poucas orientações que recebem é de parte do pediatra na consulta das crianças, o resto dos indicadores estão em zero já que depois do parto as puérperas não tem seguimento.

Em nossa unidade devido a sua extensão e que temos só três agentes comunitários de saúde, é quase impossível conhecer o total de gestantes de nossa área de abrangência, além disso, contamos em nossa equipe com uma ginecologista que atende duas vezes por semana fazendo o seguimento das gestantes com as que contamos nestes momentos e conforme ao protocolo. Fazemos pequenas palestras também tentando capacitar as gestantes para reconhecer e diferenciar as moléstias que são próprias da gestação daquelas que constituem umas emergências obstétricas.

Temos uma boa organização dos prontuários das gestantes que se atendem na unidade, os dias de atendimento da ginecologista aproveitando o grupo de gestantes fazemos as palestras e ao final de cada semana revisamos as que estão ausentes na consulta para fazer uma visita domiciliar na próxima semana para conhecer o motivo. Analisamos várias formas de criar um grupo de gestantes para trabalhar mais de perto com elas, mas é impossível por agora já que o tempo é nosso maior problema.

Segundo o CAP o número estimado de mulheres residentes na área entre 25 e 64 anos é 3579 e de mulheres entre 50 e 69 anos é de 1341. Não temos conhecimento de quantas mulheres que compreendem os grupos etários estão cadastradas e acompanhadas, de quantas estão com as mamografias em dia ou quantas tem um atraso de mais de 3 meses, mas todas que fazem acompanhamento recebem orientações, sobre a prevenção de câncer de mama e a avaliação de risco são realizadas, nestas atividades são envolvidos os médicos, a ginecologista e a enfermeira. Posso falar que em um ano se realizaram 232 Exames Citopatológicos (EC) para câncer de colo de útero só um deles ficou alterado e só três dos exames coletados foram insatisfatórios, já que temos uma contabilidade da



qualidade dos exames feitos e com os resultados. Não foi diagnosticada nenhuma usuária com câncer de mamas mais o acompanhamento dos casos positivos é feito no hospital oncológico de nossa região onde tem uma equipe para atender estes casos.

Em resumo o controle de câncer de útero e o controle de câncer de mama em nossa unidade são muito deficientes, sendo necessária nossa transformação a ESF e reduzir a população para poder ter um melhor controle de todos estes programas. Além disso, a presença de só um caso positivo de câncer de colo de útero e nenhum caso de câncer de mama em nossa unidade no último ano, não é um indicador de qualidade boa pelo contrário por serem estes tipos de câncer os que mais acometem as mulheres em todo o mundo acho que estes indicadores demonstram que a realização dos programas de rastreamento destes canceres é ainda deficientes ações com os diferentes grupos de riscos que nesse momento não se fazem por carência de tempo.

Em nossa unidade se faz atendimento dos hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência, assim como muitos de fora da área, de segunda a sexta nos dois turnos dos médicos clínicos gerais, além disso, também é feito pela enfermeira, técnicas em enfermagem, nutricionista e odontologia quando precisam. Conforme o CAP a estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área são 2906, dos quais 156 são cadastrados e acompanhados pela unidade, uma cobertura de 5%. Os usuários diabéticos têm uma estimativa de 830, com 77 cadastrados e acompanhados, o que representa 9% de cobertura.

Temos oferta de atendimento para adultos com problema de saúde agudo devido a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), as quais em alguns momentos são em excesso, além disso, lidamos muito bem com estes excessos, são encaminhados para atendimento das especialidades correspondente se precisam, sempre depois de um bom exame físico e várias opções de tratamentos (ou seja, esgotadas todas as possibilidades de poder dar solução na unidade) já que as consultas especializadas tardam até um ano.

A cada um deles se faz estratificação de risco cardiovascular por critério clínico fundamentalmente às incidências e às prevalências que não tenham, para os diabéticos se faz avaliação da sensibilidade dos pés, se orienta sobre a prática de atividades físicas regulares, se dão orientações nutricionais para uma alimentação saudável pelos médicos e pela nutricionista e se faz avaliação de saúde bucal por

odontologia. Todas estas ações são feitas de forma individual com cada um deles devido à falta de tempo para desenvolver outras ações em grupos.

Na unidade foi impossível preencher o caderno de ações programática devido à falta de arquivos com essas informações, mas foram feitas estimativas para facilitar o trabalho, já que o seguimento dos idosos só se faz nos prontuários ao igual que os hipertensos e diabéticos e os mesmos estão juntos ao resto da população sendo o prontuário deles a única constância de seus atendimentos. Nestes estão envolvidos os clínicos gerais, a enfermeira, as técnicas em enfermagem, a nutricionista, o odontólogo e a técnica em saúde bucal, é feito em duas seções de trabalho, de manhã e de tarde de segunda a sexta-feira porque no terceiro turno de noite, só atende o pediatra. Prestamos atendimento a idosos tanto de nossa área de abrangência como de fora desta.

Devido à impossibilidade de fazer diferentes atividades com este grupo em cada uma das consultas tentamos abarcar todos os requisitos possíveis, avaliamos o risco para morbimortalidade, orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, orientação para atividade física regular, a maioria não tem avaliação bucal feita é por isso que em cada consulta tentamos atualizar essa atenção. Fazemos também algumas visitas domiciliares aos que mais precisam porque nosso tempo é limitado para abarcar um número maior.

Segundo o CAP o número estimado da população com 60 anos ou mais é de 1776, mas o indicador de cobertura não foi possível conhecer, por falta de registros. No entanto, achamos que nossa população tem um índice de envelhecimento alto pelo número de consultas a idosos que fazemos diariamente, e enquanto aos indicadores de qualidade, não posso abordar muito, o que posso falar é que em cada consulta tentamos recuperar, atualizar e orientar a cada um deles o mais possível.

Devido ao número da população e a extensão área de abrangência da unidade o atendimento odontológico é feito conforme precisem os usuários já que se é criada uma agenda muitas pessoas que precisam de um atendimento de mais urgência não poderiam ser atendidas. O atendimento é feito em duas sessões de trabalho de 7:45 a 11:45 e de 13:00 a 17:00 horas de manha e tarde respetivamente e ainda assim é insuficiente fundamentalmente devido ao problema planteado anteriormente em relação à extensão da população alvo

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

Em relação ao começo do relatório naquela época temos pequenas mas consideráveis mudanças, por exemplo foi ampliado o número de atendimentos diários cifra que aumento a 15-18 em cada sessão de trabalho e não só dos atendimentos clínicos também dos atendimentos do dentista, adotamos o sistema informatizado (prontuário eletrônico) o mesmo agiliza os atendimentos e facilita o histórico do usuário mais amplo (volume de informação) não só dos atendimentos na unidade também em qualquer outro dos sistemas de atendimentos que temos na cidade.

O relacionamento com a equipe é cada vez melhor. Foi escolhido um dia na semana para renovar as receitas (mais de 100 no dia) evitando estes atendimentos todos os dias que a maioria das vezes ocupam o lugar de um usuário que realmente precise por algum problema de saúde.

È feita nas segundas de tarde as visitas domiciliares onde tentamos priorizar os mais necessitados. Foi criada um arquivo com as fichas de cada usuario avaliado em consulta

Mas ainda falta muito trabalho neste sentido. Fazendo nossa transformação a ESF tenho certeza que as melhorias na cobertura e qualidade de atendimento aumentariam consideravelmente.

Os questionários representarem uma ajuda muito importante já que foram como um orientador na hora de avaliar as metas e criar as ações programáticas e muitos dos temas dos questionários também os avaliamos nas reuniões de equipe tentando solucionar e que o trabalho fora desenvolvido, mais facilmente.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A hipertensão arterial e o diabetes mellitus são doenças altamente prevalentes e representam um sério problema de saúde pública, em decorrência das suas complicações crônicas. Entre elas, as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbidade e mortalidade na população brasileira. (GONÇALVES, 2011).

A hipertensão afeta de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos. Cerca de 85% dos usuários com acidente vascular cerebral (AVC) e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam hipertensão associada. A diabetes atinge, sem distinção de raça, sexo ou condições sócio-econômicas. Na população adulta, sua prevalência é de 7,6%. A possibilidade de associação das duas doenças é da ordem de 50%, o que requer, na grande maioria dos casos, o manejo das duas patologias num mesmo usuário (COSTA, PEREIRA, 2001).

É muito importante a intervenção escolhida no contexto de nossa UBS devido a cobertura muito baixa, conforme o CAP a estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área são 2906, dos quais 156 são cadastrados e acompanhados pela unidade, uma cobertura de 5%. Os usuários diabéticos têm uma estimativa de 830, com 77 cadastrados e acompanhados, o que representa 9% de cobertura.

De todos os temas para escolher este é o que mais baixa tem a estimativa, e estas doenças crônicas provocam numerosas mortes no mundo, fundamentalmente pelas complicações e o desconhecimento delas, por exemplo a hipertensão é responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. Essa multiplicidade de

consequências 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. No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas. E a diabetes com suas inumeráveis complicações (Aneurisma da aorta, Estenose de carótidas, Linfedemas, Obstrução arterial crônica de membros (Trombose arterial), Pé Diabético, Trauma vascular, Trombose Venosa Profunda, etc). Além de que a estimativa de usuários com hipertensão e diabetes mundialmente é de 25% e 7% (bem similar ao Brasil) respectivamente se pode corroborar que nossa cobertura é muito baixa.

## **2.2 Objetivos**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Jardim de Esmeralda, em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul.

### **2.2.2 Objetivos específicos:**

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

### **2.2.3 Metas**

**Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos**

**Metas**

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

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

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

### **Metas**

2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade.

2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade.

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 cadastrado na unidade.

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

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

### **Metas**

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.

## **Objetivo 4. Melhorar o registro das informações**

## **Metas**

- 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.

## **Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular**

### **Metas**

- 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.

## **Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos**

### **Metas**

- 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos cadastrados.
- 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos cadastrados.
- 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos cadastrados.
- 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos cadastrados.
- 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos cadastrados.
- 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos cadastrados.
- 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos cadastrados.
- 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos cadastrados.

## **2.3 Metodologia**

### **2.3.1 Detalhamentos das Ações**

#### **Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos**

##### **Metas**

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

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

##### **Eixo Monitoramento E Avaliação**

**Ação:** Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

**Detalhamento da ação:** Criar uma ficha espelho para cada hipertenso e diabético as informações principais para facilitar o monitoramento periódico.

##### **Eixo Organização e Gestão do Serviço**

**Ação:** Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

**Ação:** Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e diabéticos.

**Detalhamento da ação:** Em reunião de equipe capacitar as técnicas de enfermagem para garantir um melhor acolhimento para os usuários.

**Ação:** Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

**Ação:** Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.



**Detalhamento da ação:** Revisar com periodicidade as equipes para a medida da pressão arterial e hemoglicoteste, e solicitar com antecipação para a gestão a manutenção destes.

## **Eixo Engajamento Público**

**Ação:** Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Ação:** Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

**Ação:** Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

**Detalhamento da ação:** Criar murais informativos com informações sobre o Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde e informações sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

## **Eixo Qualificação Da Prática Clínica**

**Ação:** Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

**Detalhamento da ação:** em reuniões de equipe para capacitar as ACS para o cadastramento dos hipertensos e diabéticos de suas áreas de abrangência.

**Ação:** Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

**Detalhamento da ação:** Aproveitar o marco das reuniões de equipe para capacitar as técnicas de enfermagem sobre o uso correto do esfigmomanometro e hemoglicoteste.

**Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.**

## **Metas**

- 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.

## **Eixo: Monitoramento e Avaliação**

**Ação:** Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos.

**Ação:** Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos.

**Detalhamento da ação:** Trabalhar em conjunto com a médica do programa PROVAB e a enfermeira para a realização do exame clínico de acordo com o protocolo.

**Ação:** Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

**Ação:** Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

**Ação:** Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

**Ação:** Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

**Detalhamento da ação:** Avaliar mensalmente a indicação dos exames complementares.

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

**Detalhamento da ação:** Criar parceria com a farmácia popular com o objetivo conhecer os medicamentos disponibilizados.

**Ação:** Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

**Ação:** Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

**Detalhamento da ação:** Verificar em cada consulta a necessidade de atendimento odontológico de cada usuário.

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

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

**Detalhamento da ação:** Delegar a cada membro da equipe, atribuições que facilitem o exame clínico.

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

**Detalhamento da ação:** Solicitar aos gestores a atualização dos protocolos de atenção ao hipertenso e diabético.

**Ação:** Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

**Detalhamento da ação:** Aproveitar o marco das reuniões de equipe para capacitar os membros da equipe.

**Ação:** Garantir a solicitação dos exames complementares.

**Ação:** Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

**Detalhamento da ação:** Solicitar ao gestor a disponibilidade dos exames complementares para estes usuários.

**Ação:** Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

**Detalhamento da ação:** Informar em cada consulta aos usuários da periodicidade dos exames complementares e sua importância

**Ação:** Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

**Detalhamento da ação:** Avaliar mensalmente os medicamentos disponíveis na UBS e a validade dos mesmos.

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

**Detalhamento da ação:** Criar um registro das necessidades crescentes dos medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados.

**Ação:** Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

**Ação:** Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Detalhamento da ação:** Avaliar com o odontólogo a criação de duas vagas de atendimento diário para os usuários mais necessitados de atendimento odontológico.

## **Eixo: Engajamento Público**

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

**Ação:** Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

**Detalhamento da ação:** Criar murais educativos com o objetivo de informar na população sobre os riscos das doenças cardiovasculares e neurológicas.

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

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

**Detalhamento da ação:** Informar em cada consulta aos usuários da periodicidade dos exames complementares e sua importância.

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

**Detalhamento da ação:** Informar em cada consulta aos usuários da disponibilidade de medicamentos e o acesso na farmácia popular.

**Ação:** Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos..

**Detalhamento da ação:** Orientar em cada consulta aos usuários sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal.

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

**Ação:** Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

**Ação:** Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

**Detalhamento da ação:** Fazer capacitações mensais da equipe para garantir a qualidade do exame clínico e a solicitação de exames complementares.

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

**Detalhamento da ação:** Capacitar mensalmente a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

**Ação:** Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

**Ação:** Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

**Detalhamento da ação:** Solicitar ao odontólogo fazer mensalmente capacitação para a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

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

#### **Metas**

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.

## **Eixo: Monitoramento e Avaliação**

**Ação:** Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

**Detalhamento da ação:** Monitorar de 15 em 15 dias a periodicidade da consulta responsabilizando uma técnica em enfermagem para esta tarefa.

## **Eixo: Organização e Gestão do Serviço**

**Ação:** Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos nas localidades onde temos ACS os outros por telefonemas.

**Detalhamento da ação:** Organizar visitas domiciliares de 7 em 7 dias para buscar os faltosos nas localidades onde temos ACS os outros por telefonemas.

**Ação:** Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

**Ação:** Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

**Detalhamento da ação:** Criar uma agenda diária para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

## **Eixo: Engajamento Público**

**Ação:** Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

**Ação:** Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

**Ação:** Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

**Detalhamento da ação:** As técnicas de enfermagem ofereceram palestras na sala de espera para informar aos usuários sobre a importância das consultas e sua periodicidade, nos horários de maior fluxo de usuários.

**Ação:** Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

**Detalhamento da ação:** Criar uma pasta onde se arquivem as principais causas que levam aos usuários a faltar a consulta e que possam ser debatidas nas reuniões de equipe para procurar uma solução.

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

**Ação:** Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

**Ação:** Capacitar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

**Detalhamento da ação:** Capacitar as agentes comunitárias uma vez ao mês no marco das reuniões de equipe sobre seguimento de hipertensos e diabéticos seguindo o protocolo.

#### **Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.**

##### **Metas**

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.

#### **Eixo: Monitoramento e Avaliação**

**Ação:** Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

**Ação:** Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

**Detalhamento da ação:** Fazer monitoramento mensal da qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS.

#### **Eixo: Organização e Gestão do Serviço**

**Ação:** Manter as informações do SIAB atualizadas.

**Detalhamento da ação:** Fazer atualização dos dados do SIAB semanalmente por parte da enfermeira.

**Ação:** Implantar a ficha de acompanhamento.

**Ação:** Pactuar com a equipe o registro das informações.

**Ação:** Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

**Ação:** Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

**Detalhamento da ação:** Criar uma ficha espelho com os dados de mais importância como a data da próxima consulta de cada usuário que será revisada de 15 em 15 dias por uma técnica de enfermagem, que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento.

### **Eixo: Engajamento Público**

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

**Detalhamento da ação:** Realizar palestras para informar aos usuários sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via.

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

**Ação:** Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético.

**Ação:** Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

**Detalhamento da ação:** Capacitar a equipe no período das reuniões para o correto preenchimento dos prontuários e o registro adequado dos procedimentos clínicos.



## **Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular**

### **Metas**

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.

### **Eixo: Monitoramento e Avaliação**

**Ação:** Monitorar o número de usuários hipertensos com realização de, pelo menos, uma verificação da estratificação de risco por ano.

**Ação:** Monitorar o número de usuários diabéticos com realização de, pelo menos, uma verificação da estratificação de risco por ano.

**Detalhamento da ação:** Verificar anualmente realização de uma verificação da estratificação de risco.

### **Eixo: Organização e Gestão do Serviço**

**Ação:** Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

**Ação:** Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

**Detalhamento da ação:** Disponibilizar diariamente um horário para os usuários avaliados como de alto risco.

### **Eixo: Engajamento Público**

**Ação:** Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

**Ação:** Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

**Detalhamento da ação:** Orientar em cada consulta aos usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular assim como o controle de fatores de riscos modificáveis.

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

**Ação:** Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

**Ação:** Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

**Ação:** Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

**Ação:** Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés.

**Detalhamento da ação:** Capacitar mensais para a equipe sobre estratificação de risco e estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

## **Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos**

### **Eixo: Monitoramento e Avaliação**

**Ação:** Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos cadastrados.

**Ação:** Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos cadastrados.

**Detalhamento da ação:** Avaliar em conjunto com a nutricionista as orientações nutricionais dos hipertensos e diabéticos.

**Ação:** Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos cadastrados.

**Ação:** Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos cadastrados.

**Ação:** Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos cadastrados.

**Ação:** Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos cadastrados.

**Ação:** Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos cadastrados.

**Ação:** Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos cadastrados.

**Detalhamento da ação:** Orientar em cada consulta a cada usuário sobre os benefícios da atividade física regular, os riscos do tabagismo e manter uma boa higiene bucal.

### **Eixo: Organização e Gestão do Serviço**

**Ação:** Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

**Ação:** Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

**Ação:** Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

**Detalhamento da ação:** Avaliaremos os médicos clínicos a realização de uma consulta integral a cada usuário que abarque todos os parâmetros possíveis devido ao pouco tempo com que contamos para atividades grupais.

**Ação:** Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

**Ação:** Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

**Ação:** Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo.

**Detalhamento da ação:** Avaliar com os gestores a parceria com nutricionistas, educadores físicos, para participarem nestas atividades e a compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo.

### **Eixo: Engajamento Público**

**Ação:** Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

**Ação:** Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

**Ação:** Orientar hipertensos sobre a importância da prática de atividade física regular.

**Ação:** Orientar diabéticos sobre a importância da prática de atividade física regular.

**Ação:** Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

**Ação:** Orientar os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

**Ação:** Orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

**Ação:** Orientar os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

**Detalhamento da ação:** Realizar murais informativos e educativos que orientem sobre a importância da alimentação saudável, a importância da prática de atividade física regular, sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e a importância da higiene bucal.

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

**Ação:** Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

**Ação:** Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

**Ação:** Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

**Ação:** Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

**Ação:** Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

**Detalhamento da ação:** Fazer capacitações mensais a equipe sobre, práticas de alimentação saudável, sobre metodologias de educação em saúde, sobre a promoção da prática de atividade física regular, para o tratamento de usuários tabagistas e para oferecer orientações de higiene bucal.

### **2.3.2 Indicadores**

**Objetivo 1. Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Indicador 2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico 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 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Indicador 2.2. 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 2.3:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

**Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.**

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

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

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

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

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

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

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

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

**Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.**

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

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

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

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

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

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

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

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

**Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.**

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

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

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

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

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

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

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

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



**Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.**

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Em nossa unidade vamos adotar o Protocolo de Atendimento do Ministério de Saúde do 2013 e utilizaremos a ficha espelho e a planilha de coleta de dados disponibilizadas pelo curso, ou seja, o modelo confeccionado pela UFPEL, já que foi

avaliado em conjunto com a equipe e esta bastante completo. As ACS após de uma capacitação, estão sendo revisados todos os prontuários buscando os hipertensos e diabéticos de suas localidades, também avaliamos os que acuem as quarta-feira a renovar receitas que foram diagnosticados em outras instituições de saúde e não estão cadastrados na unidade, acho possível alcançar a cifra de 1453 hipertensos e 415 diabéticos que constituem o 50 % dos hipertensos e dos diabéticos usando como padrão as estimativas do caderno de ações programáticas para nossa população.

Para o acompanhamento destes será utilizado o prontuário os quais estão sendo sinalizados com uma cinta de cor vermelho os hipertensos e verdes os diabéticos para ter mais acessibilidade a estes dentro do total dos prontuários e as fichas criadas serão arquivadas no mês em que serão realizadas para facilitar a acessibilidade às informações.

Para organizar o programa as técnicas em enfermagem revisaram as fichas semanalmente após sua capacitação onde serão separados os faltosos a consulta realizando uma anotação sobre a consulta em atraso e para sua localização posterior, e sobre qualquer outro dado pendente dos sinalizados na ficha espelho e vice-versa, ou seja, atualizar a ficha com qualquer dado presente no prontuário, também separar os que têm consulta no próximo mês para agilizar o trabalho.

Capacitar por parte dos médicos e a enfermeira às técnicas de enfermagem para atualizar mensalmente o registro de hipertensos e diabéticos tanto das fichas espelho, prontuários como do programa HIPERDIA assim como dos procedimentos clínicos correspondente em cada consulta, também para realizar verificação de pressão arterial de forma criteriosa e hemoglicoteste, para avaliar a necessidade de atendimento odontológico, sobre a estratificação de risco e estratégias de modificação de fatores de risco, alimentação saudável, da prática de atividade física regular e para oferecer orientações de higiene bucal, ação que será realizada pelas técnicas de forma alternada ajudando em sua superação, também capacitar às ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade, estas capacitações ocorreram na própria UBS nas primeiras quintas-feiras de cada mês na sessão da tarde, como parte das reuniões de equipe e serão feitas pelos médicos.

Fazer um monitoramento do cumprimento destas ações com uma periodicidade de 15 em 15 dias, separar os que têm alguma ação pendente ou

faltosa a consulta os quais serão citados pelos ACS de suas áreas correspondentes em busca ativa e o resto por telefonema, para os quais serão criadas também duas agendas diárias para acolher os provenientes das buscas domiciliares, os acolhimentos serão realizados pelas técnicas em enfermagem e os que tenham as cifras tencionais e a glicose elevada ou algum outro problema agudo serão atendidos no momento e em todas as consultas realizadas será informada a data da próxima consulta. Uma técnica criará um listado das causas pelas quais os usuários estão ausentes a consulta para avaliar dentro das possibilidades e ajustar-nos às demandas da população, e o monitoramento pelos clínicos de mês em mês para avaliar a qualidade do trabalho feito. Para sensibilizar a população criaremos vários murais informativos e educativos com temas relacionados aos fatores de risco, os benefícios da prática de atividade física regular e uma alimentação saudável, a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente e a realização do hemoglicoteste com a mesma periodicidade em compensação a que devido ao fluxo de usuários pelo momento é impossível criar grupos para ações coletivas.





### **3 Relatório da Intervenção**

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

A primeira atividade realizada no começo da intervenção foi a capacitação dos profissionais da UBS sobre o protocolo de hipertensão e diabetes. Foi aproveitada uma hora da reunião da equipe, realizada nas primeiras quinta-feira de cada mês. Na ocasião, participaram as 3 ACS, as técnicas de enfermagem, a enfermeira, o outro médico clínico, a dentista, a auxiliar saúde bucal e o médico da família. Os temas abordados foram sobre o papel de cada profissional na ação programática, solicitação ao odontólogo fazer capacitações à equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos, sobre o cadastramento de todos os usuários em atendimento na unidade no programa HIPERDIA, além de dialogarmos sobre o acolhimento das demandas, repasse dos resultados dos exames e registro adequado das informações. As ACS ficaram muito entusiasmadas com as novas informações. Foi solicitado que as ACS realizassem o levantamento dos hipertensos e diabéticos, nas áreas em que elas atendem.

Foi estabelecido o papel de cada Profissional na ação programática. Assim, os ACS ficaram responsáveis pelo cadastramento, divulgação das ações e busca ativa dos usuários de sua área de abrangência, assim como dos usuários faltosos, através das visitas domiciliares ou pelos telefonemas.

As técnicas de enfermagem assumiram o acolhimento e o cadastramento de todos os hipertensos e diabéticos. Todas as ações realizadas devem ser registradas. A enfermeira, também, ficou responsável pela realização do acolhimento e do cadastramento de todos os usuários no programa Hiperdia e a atualização dos dados do SIAB semanalmente.

Coube ao profissional de medicina a realização do atendimento clínico, realização de exames periódicos e orientações sobre fatores de riscos. O médico da equipe ficou, também, responsável pelo registro das informações de todas ações realizadas junto com a enfermeira.

O acolhimento foi desenvolvido, parcialmente, com a ajuda da enfermeira, das técnicas de enfermagem e das agentes comunitárias de saúde da unidade. Também, trabalhamos na confecção dos cartazes informativos para a orientação sobre a importância da realização dos exames periódicos e a periodicidade preconizada para a realização destes, os fatores de riscos, a prática diária de exercício físico.

A população demonstrou muito interesse pelos cartazes que foram colocados na unidade para divulgar estas informações. Esta ação também foi desenvolvida sem muitas dificuldades.

No início foi ampliada a cobertura diária para tentar atingir a meta proposta e foram incorporadas na agenda do médico de família as visitas domiciliares para alcançar a maior quantidade de usuários possíveis. Destaca-se, também, que em cada consulta o usuário recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre a prática de atividade física regular, sobre os riscos do tabagismo e sobre a higiene bucal.

A busca ativa foi feita por visitas domiciliares fundamentalmente nas áreas onde contamos com agentes comunitárias de saúde que são apenas 3 profissionais, nas outras foi feito pelos telefonemas, ação que foi desenvolvida pelas ACS em conjunto com as técnicas em enfermagem. As visitas domiciliares realizadas pelo médico de família foram fundamentalmente para atendimentos de usuários acamados que não tinham possibilidade de se locomover até a unidade.

Nesta ação tivemos algumas dificuldades, pois além, de que nossas ACS tinham feito um bom trabalho e ao revisar as fichas delas pudemos, facilmente, fazer um levantamento dos usuários de suas respectivas áreas, por outra parte foi mais complicado chegar ao resto da população-alvo já que tivemos que revisar o arquivo de prontuários no decorrer da intervenção, ação que ficou inconclusiva até o momento.

Foram feitas reuniões de equipe, nas duas primeiras semanas da intervenção e depois todas as primeiras quintas-feiras de cada mês, com a participação de toda equipe e onde as ACS entregavam suas fichas e falávamos sobre as principais



dificuldades e problemas detectados. Por exemplo, as principais causas que levam aos usuários a faltar à consulta, sempre tentando procurar uma solução. Ao longo da intervenção foram feitas várias pequenas palestras ao começo de cada jornada de trabalho, ou seja, de manhã cedo e os temas estavam em correspondência com o grupo de usuários que tínhamos nesse momento, ação que foi suspensa, já que depois de uma melhor avaliação das metas propostas foi preciso aumentar os atendimentos para tentar atingir a meta da nossa intervenção sendo esta muito ambiciosa (50%). Por isso em cada atendimento individual e ao longo da cadeia de atendimento tentamos oferecer um serviço da forma mais completa e integral possível, não só do médico clínico também de toda a equipe de trabalho

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

Tínhamos como pretensão realizar palestras e grupos com estes usuários ação que não foi possível pelo fluxo de usuários e enfrentamos uma alta demanda na unidade, limitando nosso tempo para planejar essa atividade. Buscamos realizar em outros momentos essa atividade, mas agora não foi possível. Assim, decidimos não levar adiante essa ação e fortalecer a divulgação da intervenção por meio das ACS.

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

Nossa equipe não teve dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, já que toda a equipe trabalhou com base no preenchimento das fichas espelho mediante o treinamento. Cada um desempenhou um papel, as ACS realizaram as buscas ativas, a enfermeira ficou responsável pelos registros no programa HIPERDIA e no SIAB, as técnicas de enfermagem ficaram responsáveis pelas fichas espelhos, depois de uma intensa capacitação. Ressalta-se que essa tarefa foi muito bem desempenhada pela mesma. Quanto ao fechamento da planilha de dados e cálculo dos indicadores, também não tive nenhum problema.

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

Nossa equipe manteve-se muito unida durante a realização das ações previstas do nosso projeto de intervenção. Posso afirmar que cada ação faz parte de nossa rotina diária.

Mesmo que tenhamos finalizado a coleta de dados para o TCC, nossa intervenção não terminou e buscaremos atingir primeiro 50% que é nossa meta na intervenção e depois 100% da população alvo. Sendo assim, continuaremos com o acompanhamento necessário para que possamos melhorar a qualidade de vida dos usuários em nosso posto.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção realizada na UBS Jardim Esmeralda do município Santa Cruz do Sul, estado Rio Grande do Sul tratou sobre a melhoria da atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, a intervenção se focalizou em todas as pessoas com estas doenças maiores de 20 anos.

Nossa população total é uma estimativa de 13000 usuários para um total de 2906 usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 830 com Diabetes Mellitus (DM) estimado pelo Caderno de Ações Programáticas (CAP), o qual nos baseamos para planejar e executar a intervenção. Tentamos dar cobertura para toda essa população, mais sabemos que isso é impossível neste período e por isso avaliamos que no período da intervenção iríamos traçar uma meta de cobertura mais baixa, que foram as seguintes:

#### **Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos**

- Meta 1.1. Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde
- Meta 1.2. Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Da população-alvo foram atendidos no primeiro mês da intervenção 172 usuários hipertensos (5,9%), no segundo mês 298 (10,3%) e no terceiro mês totalizamos 414 usuários com HAS, uma cobertura de 14.2% do total da população

alvo estimado pelo CAP, não conseguindo alcançar a meta prevista de 50%, como demonstra o gráfico a seguir.(Figura 1)

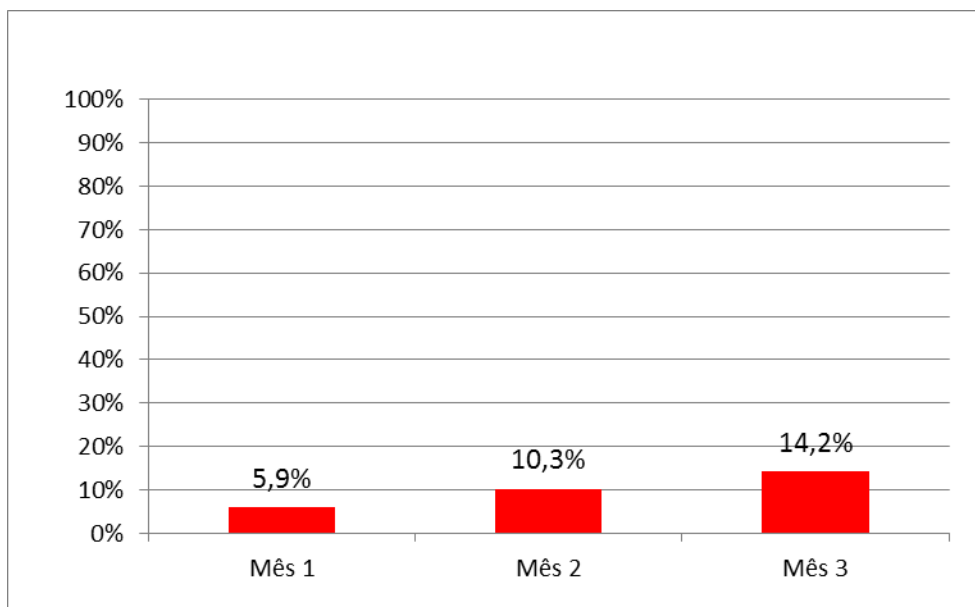


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde

Dos usuários diabéticos estimados na área, no primeiro mês foram cadastrados e acompanhados 56 (6,7%), no segundo mês já tínhamos 84 (10,1%) e no terceiro mês 110 usuários com DM, alcançando uma cobertura de 13,3% do total estimado para a população alvo, não atingindo também a meta prevista, como podemos observar no gráfico abaixo. (Figura 2)

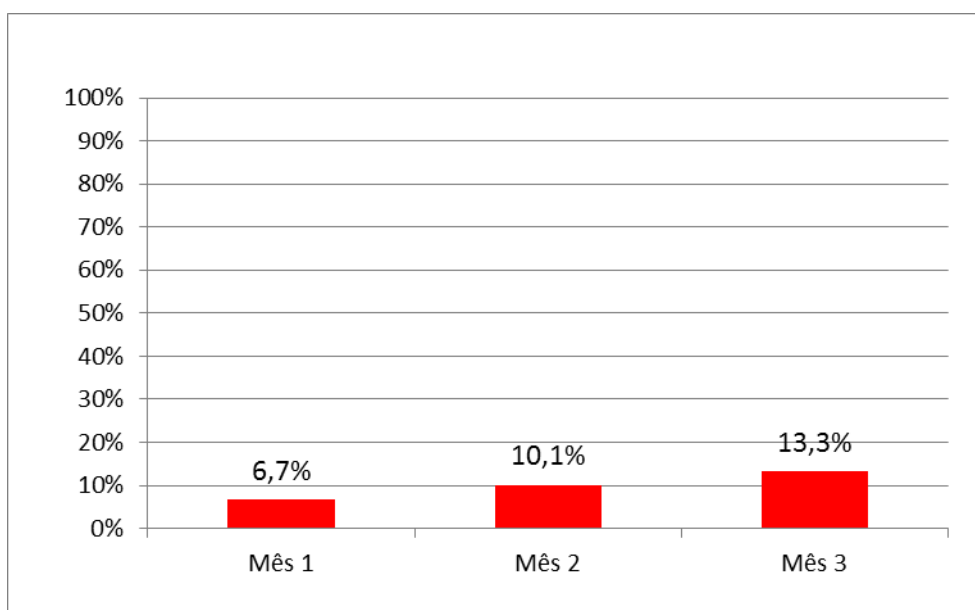


Figura 2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde

Considero nosso principal problema que, com certeza, provocou o incumprimento nos resultados esperados no meu projeto, está relacionado com as metas traçadas, já que nosso prognóstico foi alcançar cadastrar e acompanhar 50% dos hipertensos e diabéticos da população alvo, mais não foi avaliada a variável do “tempo”, ou seja, o tempo de intervenção tem uma duração de 12 semanas, e sendo 4 os dias uteis de cada semana com uma média de 15 atendimentos em cada seção de trabalho, isso faz 120 atendimentos na semana, 480 atendimentos no mês e 1440 atendimentos nos 3 meses da intervenção e ainda com os 4 meses (16 semanas) com que estava previsto o total de atendimentos seria 1920 para os 1868 (1453 hipertensos e 415 diabéticos) usuários previstos alcançar na estimativa do meu projeto, e sem ter em conta que os atendimentos clínicos além de hipertensos e diabéticos é também para crianças, grávidas e outros focos de atuação.

Não é o resultado esperado e não estamos satisfeitos, pelo menos, temos agora o alicerce que foi montado à base para continuar com o trabalho feito até agora sendo parte do cotidiano da unidade que vai poder cada vez mais aumentar a cobertura do Programa de atenção ao usuário hipertenso e diabético ate alcançar o total da população-alvo que é muito grande pela condição de UBS (mais de 13 000 usuários).

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

- Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade.
- Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade.

Dos usuários hipertensos estimados na área, no primeiro mês ficarem com exame clínico em dia 127 (73,8%), no segundo mês tínhamos 253 (84,9%) e no terceiro mês 347, alcançando uma cobertura de 83,8% do total estimado para a população alvo, não atingindo também a meta prevista, como podemos observar no gráfico abaixo (Figura 3).

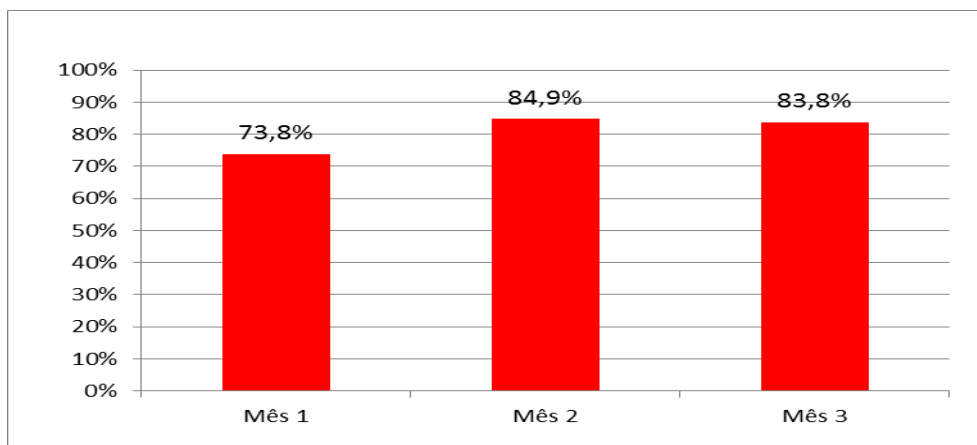


Figura 3: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Dos usuários diabéticos estimados na área, no primeiro mês ficaram com exame clínico em dia 41 (73,2%), no segundo mês tínhamos 69 (82,1%) e no terceiro mês 86, alcançando uma cobertura de 78,2% do total estimado para a população alvo, não atingindo também a meta prevista, como podemos observar no gráfico abaixo. (Figura 4)

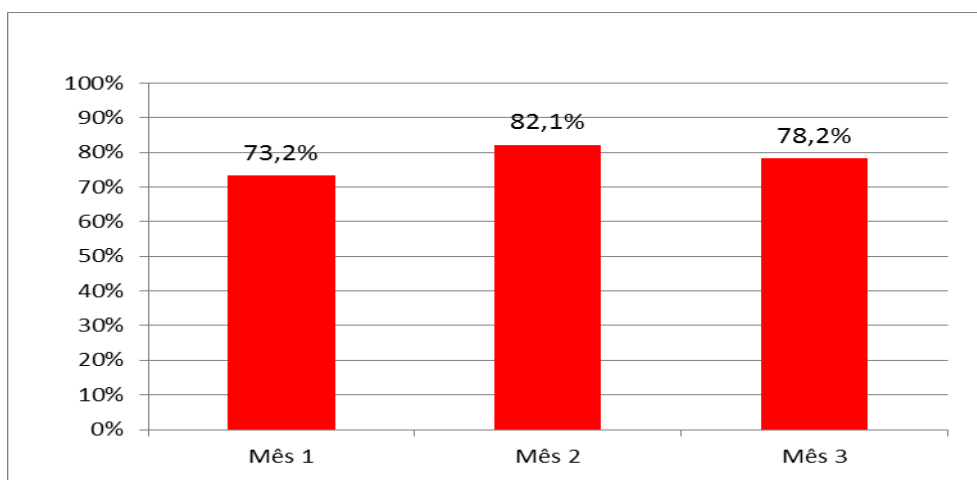


Figura 4: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

- Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Dos usuários hipertensos estimados na área, no primeiro mês ficaram com exames complementares em dia 96 (55,8%), no segundo mês tínhamos 222 (74,5%)

e no terceiro mês 307, alcançando uma cobertura de 74,2% do total estimado para a população alvo, não atingindo também a meta prevista, como podemos observar no gráfico abaixo. (Figura 5)

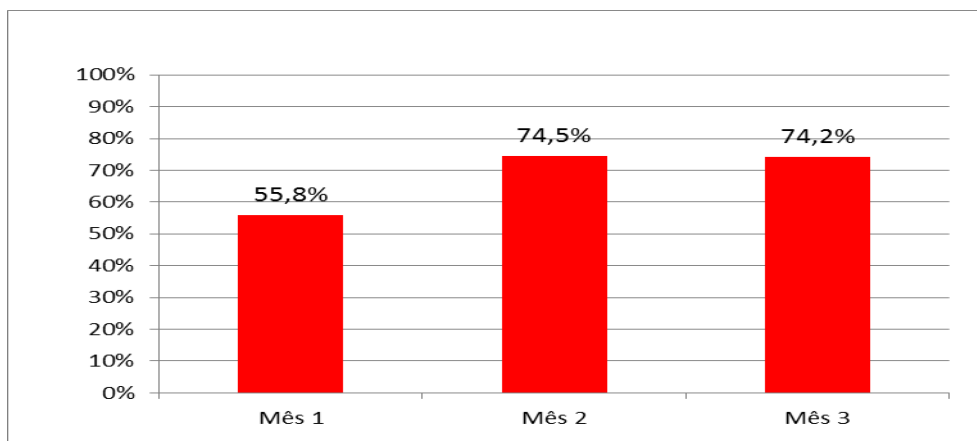


Figura 5.: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Dos usuários diabéticos estimados na área, no primeiro mês ficarem com exames complementares em dia 33 (58,9%), no segundo mês tínhamos 61 (72,6%) e no terceiro mês 76, alcançando uma cobertura de 69,1% do total estimado para a população alvo, não atingindo também a meta prevista, como podemos observar no gráfico abaixo. (Figura 6)

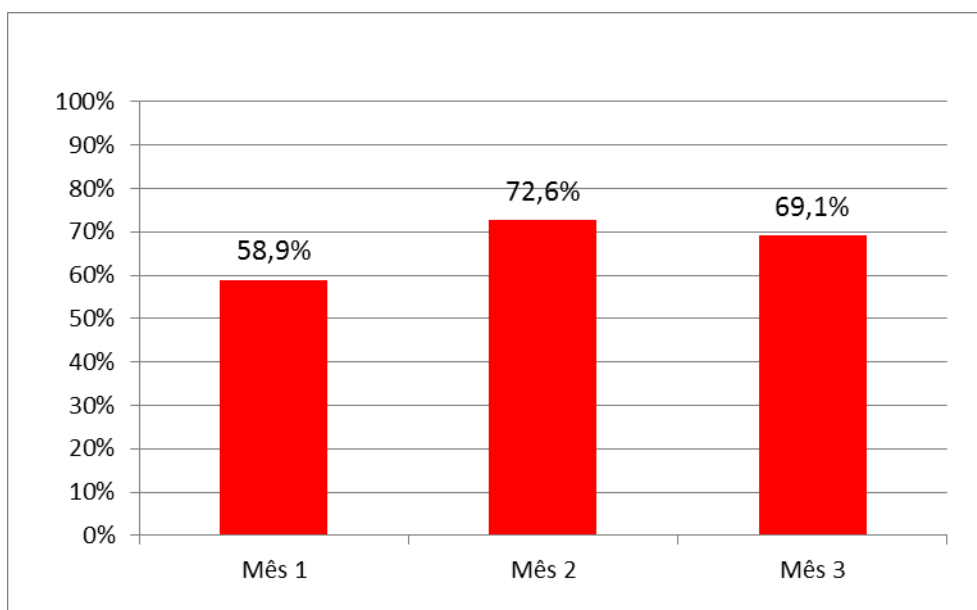


Figura 6: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

- Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Com respeito à prescrição de medicamentos da farmácia popular, nem todos os usuários pegam os remédios lá, porque têm alguns deles que tomam medicamentos há tempo, indicados por outros médicos da rede privada e não vão trocar, pois tem bom resultado com esses ou porque o medicamento indicado da farmácia popular em primeira instância provocou algum efeito secundário, como o captopril que provoca tosse.

Por isso, o total de usuários atendidos com HAS, no primeiro mês ficarem com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada 128 (74,4%), no segundo mês tínhamos 216 (72,5%) e no terceiro mês 296, alcançando uma cobertura de 71,5% do total estimado para a população-alvo, como podemos observar no gráfico abaixo. (Figura 7)

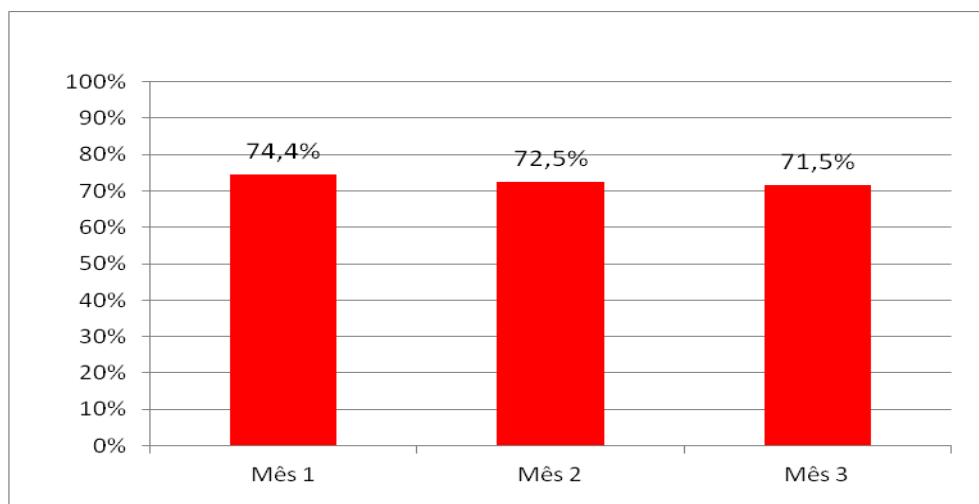


Figura 7: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ HIPERDIA priorizada

E do total de usuários atendidos com DM, no primeiro mês ficarem com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada 46 (82,1%) no segundo mês tínhamos 69 (82,1%) e no terceiro mês 86, alcançando uma cobertura de 78,2% do total estimado para a população-alvo, como podemos observar no gráfico abaixo.(Figura 8)



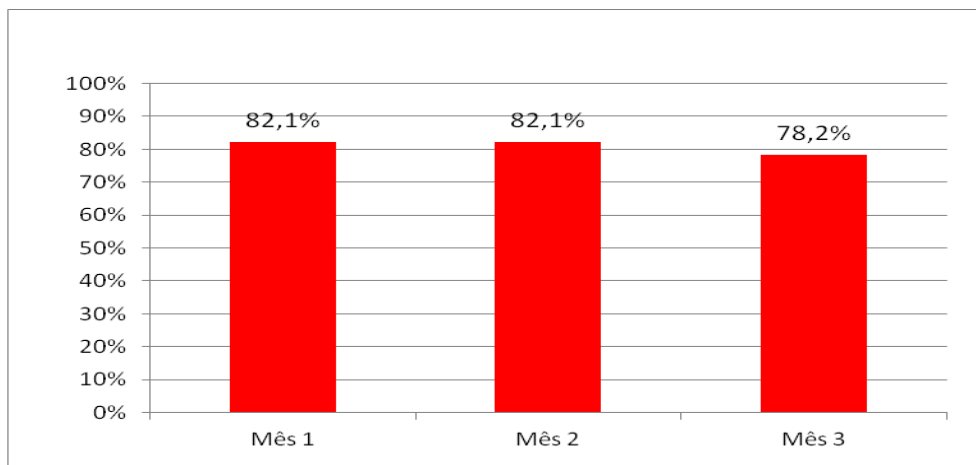


Figura 8: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ HIPERDIA priorizada

- Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos cadastrado na unidade.
- Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade

A avaliação da necessidade odontológica foi feita para 100 % dos usuários atendidos em todos os meses da intervenção, isso foi devido o trabalho realizado entre todos na UBS, em especial pela dentista e a auxiliar que ajudaram muito nesse objetivo, fundamentalmente nas capacitações da equipe no começo da intervenção e a ampliação do número de atendimentos diários em cada sessão de trabalho para atingir assim todos os usuários que forem avaliados em consulta com o clínico.

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

- Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.
- Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

O objetivo 3, de “melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa”, foi cumprido de forma integral, alcançando 100% da meta. Foi realizada a busca ativa de 100% dos usuários hipertensos e diabéticos faltosos a consulta, nos três meses da intervenção, com ajuda dos Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) procurando os faltosos de suas áreas e as técnicas de enfermagem procurando pelos telefonemas nas áreas onde não temos ACS, e foi avaliado com

cada um deles alternativas de solução, fundamentalmente relacionadas com os horários dos atendimentos adequados a suas necessidades dentro do possível para a equipe, e evitar novas faltas.

#### **Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.**

- Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Em relação o objetivo 4, foi feito o esforço para atualizar os registros e manter em dias. Dos usuários com HAS estimados na área, no primeiro mês ficarem com registro adequado na ficha de acompanhamento em dia 0 (0,0%), no segundo mês tínhamos 242 (81,2%) e no terceiro mês 282, alcançando uma cobertura de 68,1% do total estimado para a população alvo, não atingindo também a meta prevista, como podemos observar no gráfico abaixo. (Figura 9)

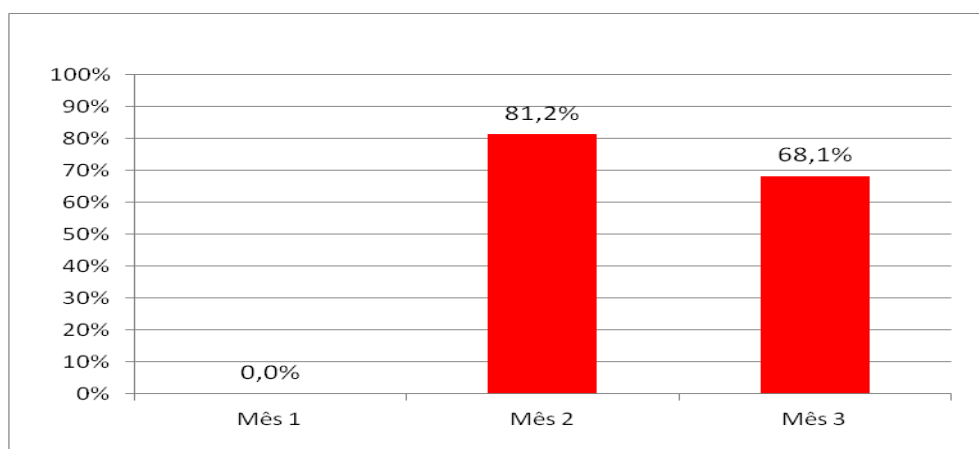


Figura 9: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Dos usuários com DM estimados na área, no primeiro mês ficarem com registro adequado na ficha de acompanhamento em dia 0 (0,0%), no segundo mês tínhamos 78 (92,9%) e no terceiro mês 89, alcançando uma cobertura de 80,9% do total estimado para a população alvo, não atingindo também a meta prevista, como podemos observar no gráfico abaixo (Figura 10).

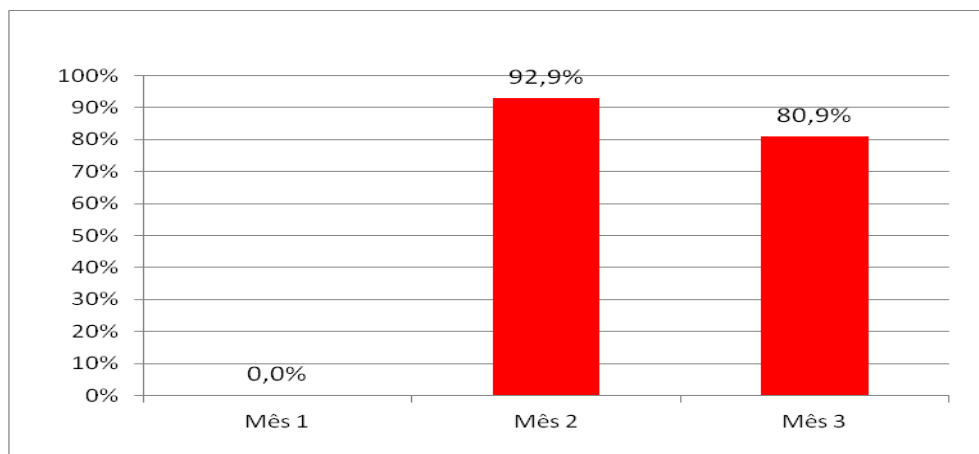


Figura 10: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

### Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

- Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Para atingir o objetivo 5 buscamos em cada atendimento seguir os passos para realizar a estratificação de risco cardiovascular. Dos usuários com HAS estimados na área, no primeiro mês ficarem com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia 75 (43,6%), no segundo mês tínhamos 267 (89,6%) e no terceiro mês 339, alcançando uma cobertura de 81,9% do total estimado para a população alvo, não atingindo também a meta prevista, como podemos observar no gráfico abaixo. (Figura 11)

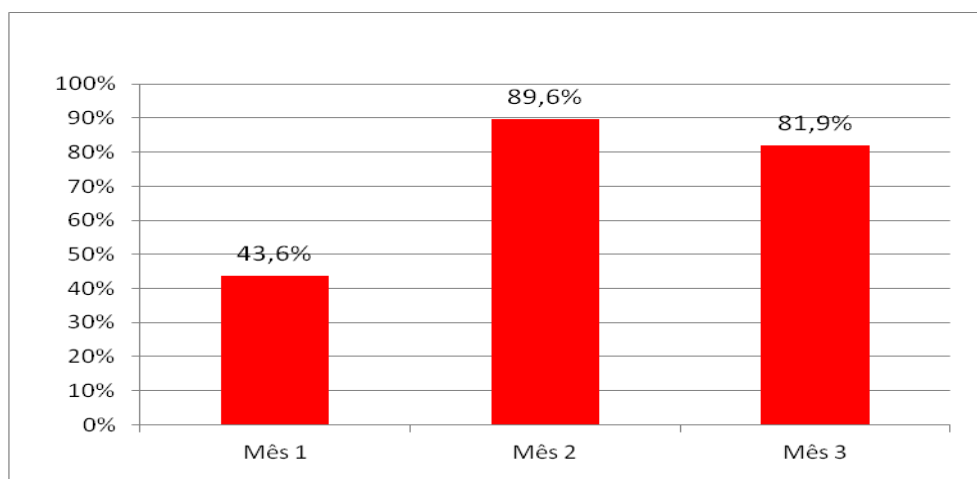


Figura 11: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Dos usuários com DM estimados na área, no primeiro mês ficarem com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia 18 (32,1%), no segundo mês tínhamos 80 (95,2%) e no terceiro mês 96, alcançando uma cobertura de 87,3% do total estimado para a população alvo, não atingindo também a meta prevista, como podemos observar no gráfico abaixo.(Figura 12)

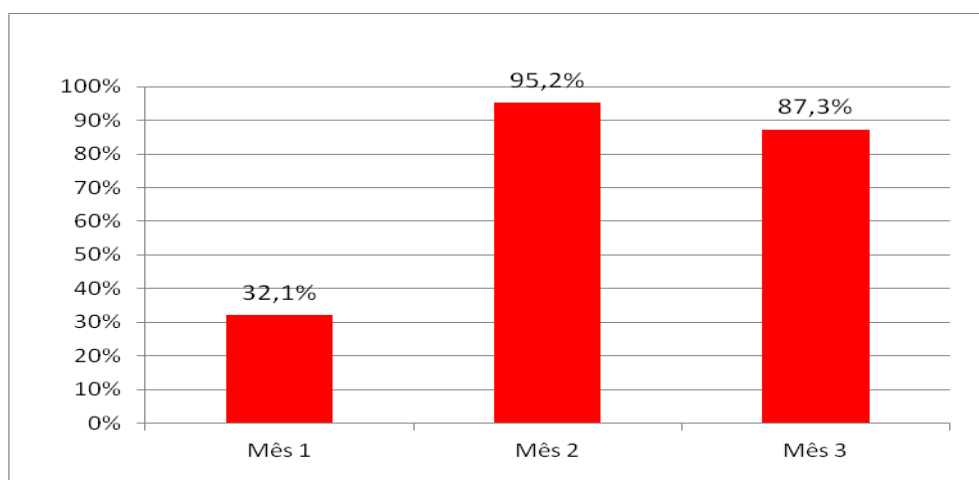


Figura 12: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

No começo da intervenção por um problema de interpretação eu iniciei o preenchimento da planilha de coleta de dados de uma forma errada, já que estava postando os dados que tinham até esse momento os usuários com hipertensão e diabetes que procuravam a consulta, e não as ações que eu fiz, por isso é que vários indicadores têm alguma incoerência por exemplo (tenho como hipertensos que realizaram exames complementares em dia 307, e 339 realizaram a estratificação de risco, e diabéticos com exame complementar em dia 76 usuários e com estratificação de risco para 96 usuários) ou seja não se pode fazer a estratificação de risco sem ter feitos os exames complementares em dia. Já depois que me foi esclarecida essa dúvida por parte de minha tutora que tinha que preencher a planilha com os dados que eu fazia no momento comecei a fazer de forma certa, só que já tinha transcorrido várias semanas da intervenção e, com certeza, foi feita a estratificação de risco somente nos usuários que tinham exame complementar em dia

Em 100% dos usuários avaliados a indicação dos exames complementares, a estratificação de risco, o registro adequado e a ficha de acompanhamento de todos os usuários, foi feito também em 100 % a avaliação da necessidade de atendimento odontológico e a busca ativa dos faltosos às consultas conforme a periodicidade recomendada.

#### **Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos**

- Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos cadastrados.
- Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos cadastrados.
- Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos cadastrados.
- Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos cadastrados.
- Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos cadastrados.
- Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos cadastrados.
- Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos cadastrados.
- Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos cadastrados.

O objetivo 6 foi alcançado totalmente, 100% dos usuários (414 com HAS e 110 com DM) foram orientados sobre a importância de uma alimentação saudável pela parte do médico, além de encaminhar eles para a consulta com a nutricionista.

Todos os usuários (em 100% dos atendimentos) foram orientados sobre a prática de atividade física regular e sua importância ação que foi feita somente no consultório e quando o tempo permitia e vários usuários juntos na sala de espera uma técnica apresentou uma pequena palestra em relação com estas doenças.

Com respeito aos riscos do tabagismo nestas doenças, todos aqueles usuários que fumam além dos que tem algum familiar que fuma na sua casa, também foram feitas orientações para eles sobre os riscos do tabagismo na saúde deles e de suas famílias sempre no consultório.

Com a capacitação feita à equipe por parte da dentista e a auxiliar de saúde bucal foi possível orientar todos os acompanhados (414 com HAS e 110 com DM) sobre a importância da higiene bucal.

## **4.2 Discussão**

A intervenção em nossa unidade básica de saúde UBS (Jardim Esmeralda), propiciou a ampliação considerável da cobertura de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos nos atendimentos clínicos, do odontologista assim como da nutricionista, melhorou os registros e a qualidade da atenção destes usuários, com destaque para a classificação do risco cardiovascular dos dois grupos de usuários. O aumento dos atendimentos e a organização destes facilitou que foram reduzidos consideravelmente os acolhimentos relacionados com estas doenças.

Propiciou a capacitação da equipe para poder obter os resultados no rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento destas duas doenças. Esse projeto melhorou a relação entre os membros da equipe, já que promoveu o trabalho em equipe e demonstrou que quando se trabalha junto, aparecem os resultados esperados.

Isso acabou tendo impacto em atividades como a promoção de exercícios físicos e dieta. Os usuários entenderam a importância de se cuidar, sempre com a nossa ajuda, daí os prontuários estão ficando mais organizados para facilitar a busca de algum usuário que precise de consulta novamente.

A intervenção contribuiu para a equipe perceber a importância de se capacitar para alcançar um melhor atendimento à população, possibilitou dividirmos as responsabilidades para cada membro da equipe, além de que temos que nos ajudar como um todo. O trabalho em geral foi feito em equipe como foi a avaliação da higiene bucal para a necessidade de atendimento odontológico, as orientações sobre a prática de atividade física regular e seus benefícios, os riscos do tabagismo, a evolução da ficha de acompanhamento, só algumas foram desenvolvidas especificamente por um integrante da equipe para evitar esquecimentos como a

atualização dos dados do SIAB e o cadastramento no programa HIPERDIA, a busca ativa dos faltosos pelas ACS em suas respectivas áreas e por telefonemas pelas técnicas de enfermagem.

Ao melhorar os registros dos hipertensos e dos diabéticos foi possível a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de riscos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos e tratar cada usuário de acordo com o grau de risco que ele apresenta.

O impacto da intervenção já é percebido na comunidade. Os usuários hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, e a maioria da população entende porque devemos priorizar eles.

Começando a intervenção neste momento, acho que ia fazer o mesmo trabalho e com a mesma equipe, porque sempre se trabalhou com muito interesse de todos desde o primeiro momento para melhorar a atenção aos usuários e à população. Acho que o principal elemento que modificaria ou, pelo menos, encaminharia mais esforço se tivesse que começar de novo, seria com os gestores, cobrando a delimitação da área de abrangência e com isso nossa transformação para ESF com uma população-alvo que seja menor e que permita implementar as ações de forma mais eficaz, pois o fluxo na unidade ainda é muito grande.

A intervenção já faz parte de nossa rotina no cotidiano. A ficha foi adequada para coletar um maior número de indicadores dos usuários, como por exemplo, a classificação do risco cardiovascular e as atividades de promoção de saúde, por isso, achamos que em pouco tempo com o trabalho que está sendo feito, serão incorporados ao programa 100% dos usuários portadores destas doenças.

Agora os próximos passos vão ser continuar com o trabalho feito no projeto, levando tudo isso como parte de nossa rotina diária na unidade de saúde, já que contamos com o interesse de todas as pessoas para manter tão lindo trabalho, que com o transcurso do tempo, e conforme a agenda serão incorporadas as palestras aos diferentes grupos de riscos, aumentar gradualmente o número de visitas domiciliares tentando chegar ao maior número de usuários encamados, criar uma parceria com a rádio de, pelo menos, um encontro onde possa ser explicado a população o funcionamento do programa e os benefícios do mesmo.

## **5 Relatório da intervenção para gestores**

Desde o primeiro momento que começamos o projeto, eu falei com o gestor da saúde do município sobre ele (o projeto), além de que já sabia sobre isso, ele falou que não ia ter nenhum problema, então perguntou pra mim qual era o título do projeto, eu lhe disse e explique o porque e a importância deste especificamente para essa população, ficou muito feliz em saber que era sobre a Hipertensão arterial sistêmica e a Diabetes mellitus.

A tentativa de fortalecer o trabalho em equipe e a educação permanente também foi um aspecto muito relevante que a intervenção trouxe. Intervenções como esta são importantes na medida em que promovem a organização do trabalho e ajudam na sistematização dos registros, permitindo assim o monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pela equipe de saúde.

Foi de muita importância isso, ele nos ajudou em tudo, com os materiais para o trabalho, aumentando a disponibilidade dos medicamentos específicos, concordou com o cronograma e todo seu conteúdo, além de que foi feito tentando manter as atividades que já estavam planejadas na unidade, nos ajudou na capacitação dos trabalhadores da equipe de saúde da família com o horário destas já que era insuficiente só com as reuniões de equipe mensais, ele também facilitou o transporte para as visitas domiciliares que foram feitas fundamentalmente aos idosos e acamado e encaminhadas em trabalhos de promoção de saúde, também coordenou tudo para a ampliação do posto de saúde o qual vai melhorar o conforto de todos nós os trabalhadores e da população que assista ali, só que este ponto ainda está em avaliação.

Tudo isto ajudou na melhoria da qualidade do serviço mais ainda. Tudo isso está dando bem-estar à população a qual fica feliz com nosso serviço, já que foi aumentada a cobertura destes usuários especificamente ampliando o número de



atendimentos em cada sessão de trabalho a 15 usuários. No final da intervenção conseguimos um resultado de 414 hipertensos e 110 diabéticos, uma cobertura de 14,2% e 13,3 % respectivamente nas 12 semanas, e com este aumento se trabalhou muito forte também na qualidade destes acompanhamentos e da forma mais integral possível, tentando reduzir complicações e mortes relacionadas à hipertensão e ao diabetes; reduzir a prevalência da doença hipertensiva e do diabetes; uma detecção precoce das doenças; aumentar o grau de conhecimento da população sobre a importância da hipertensão arterial e do diabetes; garantir acesso aos portadores desses agravos ao nosso serviço de saúde e com resolutividade, já que, o acesso é a principal característica para o bom funcionamento de qualquer sistema de atenção primária.

Foi também avaliado com os gestores o principal problema pelo qual não foi atingida a meta, que é a necessidade, em primeiro lugar de nossa transformação a ESF e depois a delimitação da população específica da unidade que vai permitir um trabalho mais planejado e direcionado não só para estes grupos de doenças também para outros grupos prioritários e em geral a toda a população.

## **6 Relatório da intervenção para comunidade**

Com este projeto a comunidade ganhou em vários aspectos, melhorou a atenção sobre tudo para os hipertensos e diabéticos. Com a incorporação da equipe foram realizadas mais visitas domiciliares, os trabalhos de promoção de saúde aumentaram, além de que ainda são insuficientes. Mas, já que, estamos avaliando a possibilidade de começar a fazer palestras com uma regularidade bem definida, ação que orienta à comunidade sobre as doenças e como atuar diante de uma alteração dos valores de alguma destas ou algum sintoma que surgir, educam os usuários e a sua família toda, para que fiquem de olhos no acompanhamento das dicas de saúde que orientamos para eles.

A principal vantagem da comunidade é que os profissionais estão capacitados para atender a população-alvo, sobretudo aos usuários com estas doenças e todos serão atendidos de modo acolhedor visando a integralidade da pessoa.

Os usuários sentem-se protegidos agora pela equipe. Ganhou em conhecimento, ficam muito mais preocupados e até mesmo os mesmos vizinhos ficam de olho naqueles que não fazem o tratamento bem certo. Nas consultas, ganharam um acompanhamento muito mais completo com a nova ficha, além de receber um atendimento prioritário nos usuários descontrolados, integral e de qualidade, mais completo, além do aumento do número das consultas que foram feitos para tentar atingir a meta proposta.

Dessa forma, ao longo de 12 semanas, nossa equipe desenvolveu uma intervenção cujo população-alvo foi as pessoas com estas doenças (HAS e DM) maiores de 20 anos. O principal objetivo foi realizar os exames clínicos e complementares em todos os usuários que estavam em atraso ou que nunca fizeram.

Nem todas as metas foram atingidas, mas a qualidade da intervenção foi melhorada significativamente. Muitos usuários que estavam em atraso ou que nunca realizaram os exames os fizeram e agora estão em dia. A intenção é continuar com a intervenção na Unidade e colher mais frutos desse trabalho.

Ao longo do processo da intervenção as pessoas da comunidade tiveram um envolvimento mais do que esperado, já que muitos usuários compareceram na unidade a ser parte de nossa pesquisa ativa, fazer os exames clínicos e pegar os exames complementares correspondentes e assim cuidar de sua saúde e prever as complicações destas doenças que são uma das principais causas de morte no mundo.

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

Antes de começar o trabalho, eu fiquei com dúvidas se poderia fazer esse projeto aqui neste país com características bem diferentes dos outros onde eu tinha trabalhado anteriormente, incluindo o meu, costumes diferentes, sistema totalmente diferente, trabalhar diretamente com os brasileiros, médicos, mitos dos quais, não concordam com nós aqui, e sobre tudo, uma população adaptada ao jeito de trabalho dos médicos brasileiros, foi todo um reto e acho que foi um êxito também, porque com o meu trabalho os demais trabalhadores do posto, já me procuram para tudo, e dizer, acreditaram em mim, e daí, essa força unida que fez tudo dar certo, eu com minhas experiências neste tipo de trabalho, eles com seu jeito e com suas experiências também, tudo isso fez com que o projeto fosse desenvolvido muito melhor do que as expectativas iniciais. Além disso, a língua diferente que ao princípio os usuários não entendiam bem, mais tudo deu certo mais rápido do que eu pensei. Isso ajudou para que o projeto fosse desenvolvido sem problema nenhum.

No começo da especialização achava que seria muito cansativa e que não precisava tanto estudo, mas posso afirmar que depois serviu para refrescar alguns temas e para aprender um pouco mais de outros.

Foi corrido no início com todos os estudos e casos para fazer, tinha que estudar os conteúdos, por mais que fosse cansativo se tornava interessante, pois nunca e demais um momento de estudo e reflexão e os assuntos eram todos cotidianos do trabalho na saúde coletiva.

Este curso teve um bom significado para mim, como expliquei anteriormente, tive que obter dados da população adstrita isso foi muito interessante, isso serviu para conhecer a realidade de minha unidade e os principais problemas da

comunidade. Também ajudou para um melhor planejamento dos atendimentos ao conhecer nossas demandas e assim conseguir alcançar impacto sobre a saúde da sua população, fiquei mais preparado com respeito as doenças que não são comuns em meu país, que conheço elas, mais nunca fiquei tão perto delas e aqui são bem comuns, além disso, novos tipos de tratamentos médicos, como usar eles, com indicações, contraindicações, posologia. Por acima de tudo, trabalhar com uma população bem diferente, com as suas culturas, costumes, tudo isso ensina e nos diz que nunca devemos deixar de estudar e tentar cada dia ser melhores médicos para ajudar aquelas pessoas que precisam de nosso atendimento em qualquer lugar. Outro aspecto importante foi conhecer melhor as leis pelas que trabalha o sistema de saúde aqui no Brasil, para evitar cometer erros.

Foram muito úteis todas as bibliografias que os professores e orientadores deram para aumentar nosso conhecimento e estudo, agora utilizá-las no dia a dia durante o processo de trabalho. A planilha de coleta de dados muito bem elaborada, e a planilha de coleta de dados foram muito útil durante a intervenção e ajudou muito para o monitoramento e avaliação dos indicadores cada semana.

Quero também agradecer pela ajuda, e o apoio de minha orientadora Tatyara Sampaio, que cada semana analisava estritamente minhas tarefas e sempre em seus feedback corrigia meus erros de forma educativa, se não fosse por ela acho que talvez tivesse desistido no meio do caminho porque no começo achava difícil realizar algumas tarefas, pelo idioma, mas com sua paciência e conhecimento tudo foi seguindo de maneira normal.

## **Referências**

GONÇALVES, M. T. da C., **Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes**, 2011.

COSTA, A., PEREIRA, A. M. dos S. **Cadernos de Atenção Básica**, 2001.

## **Anexos**

## Anexo A - Documento do comitê de ética



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

---

OF. 15/12  
Pelotas, 08 de março 2012.

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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









## Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) 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;

### 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.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante

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: