

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turman<sup>08</sup>**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial  
Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Salem Duarte, Mossoró/RN**

**Yandry Dominguez Camacho**

**Pelotas, 2015**

**Yandry Dominguez Camacho**

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial  
Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Salem Duarte, Mossoró/RN**

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

Orientadora: Fernanda dos Reis Souza

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

C172m Camacho, Yandry Dominguez

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Salem Duarte, Mossoró/RN / Yandry Dominguez Camacho; Fernanda dos Reis Souza, 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. Souza, Fernanda dos Reis, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

## **Agradecimentos**

Agradeço primeiramente a Deus, por permitir esta experiência de trabalho aqui em Brasil.

A minha família, que sempre está presente mesmo com a distância.

A toda equipe de trabalho da unidade básica de saúde.

A minha orientadora, professora Fernanda, pela sua dedicação e apoio constante.

## Resumo

CAMACHO, Yandry Dominguez. **Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Salem Duarte, Mossoró/RN.** 2015. 72f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. Já a prevalência de Diabetes Mellitus nos países da América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030. Por conta disso, minha equipe da Unidade Básica de Saúde Salem Duarte optou por realizar a intervenção com o foco nesses temas, pois são doenças que tem uma alta incidência e prevalência e muita demanda de usuários na UBS. O objetivo da intervenção foi melhorar a atenção à pessoa com hipertensão e/ou diabetes Mellitus na UBS Salem Duarte, Mossoró/RN. Foi desenvolvido no período de quatro meses (março, abril, maio, junho) e participaram da intervenção todos os hipertensos e diabéticos de nossa área de trabalho da UBS. As ações realizadas na intervenção foram baseadas nos Cadernos de Atenção Básica n. 36 e 37 (2013), que apontam estratégias para o cuidado das pessoas com essas doenças crônicas. Foram definidos sete objetivos e estabelecidos metas e ações para a melhoria do acesso e qualidade em quatro eixos (organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica). Trabalhamos com uma estimativa de 624 usuários hipertensos e 162 diabéticos (segundo dados do caderno de ação programática). Nos quatro meses foram alcançados uma cobertura de 84,1% (525) e 100% (162) respectivamente. Do ponto de vista quantitativo, foi importante a cobertura alcançada para os usuários diabéticos, maior da planejada inicialmente (95%). Do ponto de vista qualitativo os melhores resultados aconteceram com a orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, orientação sobre risco do tabaquismo, sobre higiene bucal, além de estratificação de risco cardiovascular, exame complementares em dia e adequado registro na ficha de acompanhamento. Todos esses indicadores foram alcançados em 100% tanto com os hipertensos, quanto com os diabéticos. As atividades com a comunidade foram satisfatórias, pois muitos usuários puderam aprimorar seus conhecimentos sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, compreendendo melhor sobre características, complicações e prevenção das suas doenças, além de conhecerem os direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde. O vínculo entre profissionais – usuários – família foi maior. A intervenção exigiu uma maior preparação para a equipe e promoveu o trabalho em equipe. A UBS teve uma organização mais detalhada dos diferentes arquivos de atendimento dos usuários, assim como maior qualidade do acolhimento e otimização da agenda para a atenção.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico: Proporção de Hipertensos cadastrados na UBS Salem Duarte, 2015.	46
Figura 2	Gráfico: Proporção de Diabéticos cadastrados na UBS Salem Duarte, 2015.	46
Figura 3	Gráfico: Proporção de Hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia na UBS Salem Duarte, 2015.	49
Figura 4	Gráfico: Proporção de Diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia na UBS Salem Duarte, 2015.	50
Figura 5	Gráfico: Proporção de Hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Salem Duarte, 2015.	51
Figura 6	Gráfico: Proporção de Diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Salem Duarte, 2015.	51
Figura 7	Gráfico: Proporção de Hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Salem Duarte, 2015.	52
Figura 8	Gráfico: Proporção de Diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Salem Duarte, 2015.	53

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

ABNT -	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACS -	Agente Comunitário de Saúde
APS -	Atenção Primária de Saúde
CEO -	Centro de Especialidades Odontológicas
CP -	Citopatológico de colo do útero
DM -	Diabetes Mellitus
EAD -	Ensino À Distância
ESF -	Estratégia Saúde da Família
HAS -	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA -	Grupo de Hipertensos e Diabéticos
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC -	Índice de Massa Corporal
MS -	Ministério da Saúde
NASF -	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS -	Organização Mundial da Saúde
PA -	Pressão Arterial
SUS -	Sistema Único de Saúde
UBS -	Unidade Básica de Saúde
UFPeI -	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS -	Universidade Aberta do SUS

## Sumário

Apresentação .....	8
1 Análise Situacional .....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	21
2 Análise Estratégica .....	22
2.1 Justificativa.....	22
2.2 Objetivos e metas.....	23
2.2.1 Objetivo geral.....	24
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	24
2.3 Metodologia.....	26
2.3.1 Detalhamento das ações .....	26
2.3.2 Indicadores .....	28
2.3.3 Logística.....	34
2.3.4 Cronograma .....	39
3 Relatório da Intervenção.....	40
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	40
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	43
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	43
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	43
4 Avaliação da intervenção.....	44
4.1 Resultados .....	44
4.2 Discussão.....	58
5 Relatório da intervenção para gestores .....	61
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	64
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	66
Referências .....	68
Anexos .....	69



## **Apresentação**

O presente volume apresenta o Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS) que versa sobre a intervenção voltada a qualificar a saúde das pessoas hipertensas e diabéticas da UBS Salem Duarte, Mossoró/RN. Nesse sentido, o trabalho está dividido em sete capítulos, complementares entre se, na seguinte ordem:

Capítulo 1 – Análise Situacional faz uma descrição do município e a estrutura e organização da saúde no mesmo, assim como a estrutura da unidade básica de saúde, da organização do esquema de trabalho na mesma os indicadores de qualidade e saúde da comunidade.

Capítulo 2 – Análise estratégica – descrição do planejamento e a definição das ações para a intervenção e melhoria dos trabalhos na UBS Salem Duarte. Apresentam os objetivos, as metas do projeto, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, detalhando os indicadores, metas, logísticas e cronograma.

Capítulo 3 – Relatório de intervenção – apresentação do relatório de intervenção, demonstrando as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados, bem como, uma análise dos resultados e da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina dos serviços.

Capítulo 4 – Avaliação da intervenção – apresentando a análise e discussão dos resultados encontrados.

Capítulo 5 – Relatório para os gestores– faz um relato da intervenção para os gestores de saúde no município.

Capítulo 6 - Relatórios da intervenção comunidade - apresenta uma análise para a comunidade dos êxitos e dificuldades durante a intervenção.

Capítulo 7 – Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem – Aqui é apresentada a visão pessoal do autor sobre todo o processo de aprendizagem, tendo como base os trabalhos desenvolvidos, as 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**

A construção das UBS foi uma estratégia para aumentar o atendimento em saúde da população e melhorar o estado de saúde do povo brasileiro. Das boas condições dessas unidades básicas de saúde depende o bom engajamento da população com o serviço de saúde e permite à equipe desenvolver atividades com qualidade. Eu trabalho numa unidade feita para atendimento em saúde da população e não num local adaptado, mesmo assim não possui todos os requisitos de estrutura citadas no Manual de Estrutura Física Das Unidades Básicas de Saúde, por tanto precisa de alguns câmbios na estrutura para melhor o atendimento e conforto da pessoa de trabalho e garantir a satisfação da população e ter melhor atendimento aos usuários que nos visitam e que merecem uma atenção de qualidade que começa pelo acolhimento em nossa unidade.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Salem Duarte, na qual atuo como médico do "Programa Mais Médicos", está localizada no bairro Abolição IV, zona urbana do município de Mossoró, Estado do Rio Grande do Norte. A unidade tem uma recepção, uma sala para arquivo dos prontuários, sala de vacina, sala de curativos, farmácia, sala de esterilização, cozinha, dois consultórios médicos, dois consultórios de enfermagem, banheiros para trabalhadores e usuários, dois consultórios odontológicos. A UBS está formada por três equipes de saúde. Minha equipe tem uma população total de 4100 pessoas. Esta equipe está formada por uma enfermeira, um técnico em enfermagem, nove agentes comunitários de saúde, um odontólogo e um técnico em saúde bucal e um médico. Fazemos atendimento no horário da manhã e a tarde, além disso visita domiciliar para aqueles usuários que precisam deste serviço.

As doenças crônicas não transmissíveis são as mais predominantes especificamente a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, seguida das infecções respiratórias altas. Outras doenças são diagnosticadas na unidade, como hanseníase, leishmaniose e tuberculose. A nossa área não tem usuários com hanseníase e só temos um com tuberculose. Cabe a unidade básica a realização de busca-ativa para tratamento precoce e para os faltosos às consultas na unidade básica ou especializada e por fim a realização de tratamento supervisionado.

Na saúde Materno-Infantil podemos falar que não temos óbitos em menores de um ano no ano 2013. A proporção de crianças com até 1 ano com esquema de vacina completo é de um 100%, e das gestantes que tiveram 7 ou mais consultas pré-natais é de um 95%. O acompanhamento é realizado através do pré-natal pela enfermeira e médico, assim como das consultas de Crescimento e Desenvolvimento a crianças menores de 2 anos.

As principais causas de internamento hospitalar são de pessoas maiores de 60 anos, com as complicações das doenças crônicas e infecções respiratórias agudas complicadas.

Nossa equipe está comprometida com o governo municipal e especialmente com a comunidade com o propósito de melhorar sua situação de saúde e oferecer um atendimento com a qualidade que eles merecem.

Eu acho que devemos manter as atividades de pesquisa de doenças crônicas e infecciosas, realização de atividades de educação em saúde com os grupos de risco, famílias e comunidade em geral. Manter uma adequada relação com o governo e a secretaria municipal de saúde, para fazer mudanças para elevar a qualidade de saúde em nosso município.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Mossoró é um município brasileiro no interior do estado do Rio Grande do Norte na Região Nordeste do país. Ocupa uma área de 2 099, 333 km<sup>2</sup>, sendo o maior município do estado em área, estando distantes 281 quilômetros da capital do estado, Natal. Sua população é de aproximadamente de 266 758 habitantes, sendo o segundo mais populoso do Rio Grande do Norte (ficando atrás somente da

capital). O município é o maior produtor em terra, de petróleo no país, como também de marinho. O clima de Mossoró é caracterizado como semiárido quente, com temperatura média anual de 27,2 °C, sendo dezembro o mês mais quente (28,7°C) e fevereiro o mais frio (25 °C). O município é sede da II Regional de Saúde do estado do Rio Grande do Norte, formada por quinze municípios. Conta com 45 Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais e 64 unidades básicas com estratégia Saúde da Família (ESF), com Núcleo de Atenção de Saúde da Família (NASF) e um Centro de Especialização Odontológica (CEO). O município conta ademais com um Hospital Geral Tarcísio Maia, um Hospital da Mulher e uma Casa de Saúde DixSept Rosado para o acompanhamento das gestantes, todos esses estabelecimentos possuem vinculação com o SUS. Também temos o Hospital Psiquiátrico São Camilo e contamos também com um Hospital para doenças contagiosas, além disso, temos um Centro de Pronto Atendimento Médico (PAM) que não cobre as necessidades da população pela falta de especialidades básicas.

A UBS em que atuo é chamada de Salem Duarte está situada no bairro Abolição IV, zona urbana do município Mossoró, é uma UBS com Estratégia Saúde da Família (ESF). Está formada por três equipes de saúde. Minha equipe tem uma população total de 4100 pessoas que vivem em nossa área de trabalho. Esta equipe está formada por 1 enfermeira, 1 técnico em enfermagem, 9 agentes comunitários de saúde, 1 odontólogo, 1 técnico em saúde bucal e 1 médico. Nossa unidade de saúde está vinculada com o SUS onde encaminhamos usuários para a realização do exame e atenção em outras especialidades.

Esta unidade básica tem uma estrutura particularmente feita para atendimento em saúde, mas ainda precisa de algumas modificações na estrutura para melhor o atendimento e conforto dos profissionais. Em sentido geral deve melhorar a estrutura do consultório médico, já que os mesmos não tem banheiro em seu interior e isso muitas vezes dificulta a qualidade da consulta médica. Além disso, tem que eliminar as barreiras arquitetônicas que apresenta, pois as pessoas com deficiência motoras não podem entrar na UBS sem ajuda de outra pessoa. Não tem segurança de pessoas com dificuldades para caminhar, inexistência de rampas alternativas para garantir o acesso das pessoas, falta de corrimãos e inexistência de calçadas que não garantem o deslocamento seguro de pessoas com deficiência visual, idosos e outras pessoas que tem necessidades especiais. É escassa ainda a sinalização visual dos ambientes que permita a comunicação através de figuras e

também não conta com cadeiras com rodas para o transporte de usuários que queiram o uso dessas cadeiras, isso também ocasiona dificuldades no atendimento. Essas são nossas principais dificuldades que interferem no atendimento e qualidade da consulta, mas a solução da maioria das dificuldades está nas mãos da prefeitura e secretaria de saúde. Eu conjuntamente com a gerência da UBS e demais profissionais devemos enviar nossas queixas pra tratar de que se solucionem e dessa forma melhorar o atendimento em saúde a nossa população.

Em relação às atribuições e ações desenvolvidas pelos membros da equipe, temos aspectos positivos e aspectos que ainda temos que melhorar como, por exemplo, o mapeamento do território de trabalho que é realizado por alguns profissionais de saúde, entre tantos trabalhadores da unidade têm pouca participação nessa tarefa, mas eu acho que isso tem que mudar já que somos nós que conhecemos melhor a população e as comunidades.

Os cuidados em saúde à população se realizam na maior parte das vezes na unidade em consultas e atendimento de enfermagem, mas também se fazem visitas domiciliares a usuários que necessitem desse serviço principalmente a usuários acamados e com patologias crônicas. Fazemos busca ativa de usuários faltosos, mas temos que melhorar neste tema já que só procuramos a gestantes e crianças menores de um ano. Também todos os médicos e equipe de enfermagem realizarão notificações de doenças compulsórias. Os agentes comunitários de saúde não notificam, apenas comunicam alguma preocupação que tenham na área de atendimento. Eu acho que devemos orientar melhor a eles sobre alguns sinais e sintomas que eles podem observar pra ajudar no diagnóstico precoce dessas doenças. Essas orientações se podem oferecer nas reuniões de equipe que temos geralmente uma vez por mês. Além disso, minha UBS não conta com equipamento para fazer procedimento de pequenas cirurgias, tampouco se realizarão atendimentos de urgência e emergência. Isso muitas vezes causa problemas já que em muitas ocasiões os usuários recorrem à UBS em busca de um atendimento rápido e nós temos que encaminhar a uma unidade de pronto atendimento e muitas vezes por seus próprios meios. Eu acho que poderíamos ter um equipamento pra fazer pequenas cirurgias e urgências para evitar complicações por demora no atendimento. Esse aspecto deve ser comunicado aos gestores de saúde para criar as condições pra fazer esse tipo de atendimento.

A equipe da UBS Salem Duarte está caminhando para fortalecer as ações de promoção na comunidade e principalmente o trabalho com os adolescentes, já que temos muitas gestantes adolescentes e muitos problemas de violência e consumo de droga. Para isso temos que discutir com os líderes das comunidades e agendar atividades para potencializar as ações de promoção e melhorar o trabalho equipe-comunidade. Também acho que nós temos que fortalecer nosso conhecimento sobre as doenças e as principais dificuldades que tem nossa comunidade e preparar atividades que motivem a população a modificar estilos de vida e alcançar melhora qualidade de vida.

A área adstrita compreende uma população de aproximadamente de 4100 usuários cadastrados pela equipe de saúde. Fazemos atividades de educação em saúde sobre as doenças mais frequentes, tais como Doenças de transmissão digestiva (Parasitose, Hepatite, Febre tifoide, DDA), IRA, Doenças crônicas como Diabetes, Hipertensão, entre outras quando viajamos por as comunidades.

Acho que temos uma população muito grande para nossa Unidade, já que só minha equipe tem 4100 usuários e temos 2 equipes mais com uma população similar. Por essa razão muitas vezes temos muitos usuários na unidade que solicitam diferentes atendimentos e por não ter sala de acolhimento especial para essa atividade. Muitas vezes os usuários ficam na consulta falando alto, por tanto às vezes isso interfere com a privacidade e qualidades das consultas. Além disso, a nossa equipe de trabalho é muito pequena para o número de usuários que temos já que não contamos com os agentes de saúde suficientes, pois temos 9, quando deveríamos ter 12. Os agentes comunitários de saúde trabalham com mais de 400 usuários. Por isso, o cadastramento dos usuários da minha área não está totalmente atualizado, por isso os dados não se aproximam da realidade. Eu opino que a secretaria de saúde do município poderia formar mais agentes comunitários de saúde, principalmente para garantir a cobertura toda nossa população e ter todos os usuários cadastrados.

O acolhimento em minha unidade é realizado por uma pessoa da recepção e um agente de saúde geralmente. Eles fazem o acolhimento das três equipes de saúde que tem a unidade básica, por tanto a modelagem de minha UBS é de equipe de acolhimento do dia. Eles estão bem informados de todos os procedimentos da unidade como são: atendimento de consulta médica enfermagem, odontólogo, dia de vacina, marcações de consulta especializadas, exames, etc. Este acolhimento é

feito desde que usuário chega na porta de entrada da UBS ate sua saída da unidade. Os usuários contam com toda a informação e orientação necessária para conhecer todas as atividades e ações desenvolvidas pela unidade.

Com relação à demanda espontânea nós temos alguns atendimentos de demanda espontânea e outros para agendamento. Os de demanda espontânea é vacina, sala de curativo, marcações de exames e consultas especializadas. As consultas médicas, de enfermagem e odontologia são feitas por agendamento. Nós temos dias de atendimento para gestantes, crianças, hipertensos, diabéticos, saúde mental e atendimento geral, mas acontece que temos uma população muito grande e em ocasiões temos pessoas que não estão agendadas no dia, mas necessitam ser atendidos. Eu faço consulta médica a 15 usuários de manhã e 15 de tarde geralmente, mas sempre tenho 2 ou 3 vagas para situações imprevistas que surgem sem agendamento prévio, como são doenças agudas como síndrome febril, infecção urinaria, otites, amigdalites, gestantes com dores que precisem ser encaminhadas entre outras doenças. O mesmo acontece com a consulta de enfermagem e odontologia. Eu acho que temos que ser flexíveis com esse tema, já que o usuário não escolhe o dia de ficar doente. Somos profissionais da saúde e nosso trabalho é seguir oferecendo saúde a toda a população já que eles nos procuram com a esperança de receber uma melhoria tanto física como mental.

Fazemos também atendimento de crescimento e desenvolvimento uma vez na semana, tanto enfermeira como médico. Nós tratamos de fazer o melhor atendimento possível, mas temos muitas coisas que melhorar para alcançar esse propósito. Temos em nossa área de trabalho com 39 crianças menores de 24 meses, entretanto, no Caderno de Ações Programáticas do Curso foi apontado que a estimativa da área é de 60 crianças menores de 12 meses e 120 menores de cinco anos. Ou seja, os nossos números oficiais da unidade estão abaixo do estimado. Dessa forma, a cobertura de atenção à saúde da criança encontrada foi de 65%.

Oferecemos consulta de puericultura por agendamento, colocamos vacina de acordo com o programa de vacinas no Brasil e fazemos também na unidade o teste de pezinho. Além disso, temos muitas coisas que a melhorar como, por exemplo, acontece muitas vezes que as mães não levam as crianças à consulta por tanto não podemos ter um bom seguimento da curva de crescimento e desenvolvimento da criança. Outra coisa é que temos dificuldades pra que as mães realizem o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade, apesar de falar



com elas a importância pra a criança e pra ela de fazer essa indicação. Outro problema é que em nossa unidade não temos um registro exclusivo pra as crianças, já que suas fichas de atendimento estão misturadas com as de todas as famílias. Temos dificuldades também com as consultas de pediatria já que temos poucos especialistas e como não se fazem na unidade muitas vezes as mães não assistem a elas, de forma que temos 79% das crianças com primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida. Acho que temos que garantir primeiramente que o município contrate mais especialistas de pediatria na unidade básica para oferecer retaguarda ao trabalho da equipe e oferecer um atendimento na saúde da criança. Temos que fazer um registro só de criança para facilitar a revisão, supervisão e atualização das fichas de atendimento da criança. Temos que continuar na busca de crianças na área já que temos uma cobertura ainda baixa (65%). Isso quer dizer que poderíamos ter crianças menores de um ano que ainda não estão cadastradas em nossa unidade. Pra mim o principal foco de nosso trabalho é a promoção e prevenção, portanto temos que melhorar em nesses temas. Temos que fazer atividades de grupo com as mães das crianças para continuar falando da importância do aleitamento materno, de assistir a consultas programadas, de prevenção de acidente, de vacinação, de importância de fazer o teste de pezinho, entre outros temas de importância. Isso não só tem que acontecer na unidade, como também temos que chegar com esses temas às famílias, bairros e comunidades.

Em relação às gestantes e as puérperas, nós fazemos um bom atendimento, mas temos que melhorar muito pra garantir a diminuição dos índices de gestação na adolescência e doenças agudas deste período. Nossa equipe conta com 25 gestantes, destas as adolescentes representam mais ou menos 60%. Segundo o caderno de ações programáticas do curso, a nossa área deveria ter 61 gestantes e temos acompanhadas na unidade 25, o que corresponde a uma cobertura de 41%. Nós fazemos consultas de acompanhamento uma vez por semana, a enfermagem, o médico e odontólogo, mas também os agentes de saúde trabalham na promoção e prevenção de risco neste grupo.

Nas consultas tratamos de fazer uma avaliação integral da gestante, solicitamos os exames complementares, ganhos de peso e curva de tensão arterial dentre outras coisas. Damos orientação de hábitos alimentícios saudáveis, sobre como prevenir doenças agudas que acontecem durante a gestação e também tratamos de prepará-la para o parto. Eu acho que ainda é pouco o que fazemos pra

melhorar o estado de saúde da mãe e seu filho porque ainda temos muitas jovens que engravidam com poucos anos de idade. Também apresentamos dificuldades com as consultas de obstetrícia por déficit de especialistas, com as realizações de exames ginecológicos e com a assistência das gestantes e puérperas às consultas programadas. Além disso, temos gestantes que chegam à unidade com 18 e 20 semanas de gestação e às vezes com mais tempo o qual dificulta um bom seguimento da curva de peso e tensão arterial. O mesmo acontece com as puérperas, mas o principal problema deste grupo são as consultas com especialistas e as realizações de exames ginecológicos. Nós temos que fazer mais trabalhos de promoção não só na UBS como também nas comunidades, bairros e escolas principalmente. Além disso, temos que melhorar também na organização dos registros das gestantes e puérperas já que os prontuários delas estão juntos aos de suas famílias. Temos que separar os prontuários de este grupo para que, desta forma, possamos olhá-los periodicamente e ter o melhor seguimento de suas fichas. Acho também que temos que trabalhar mais nas visitas às comunidades já que temos uma cobertura ainda baixa, portanto temos que ter gestantes que ainda não estão acompanhadas. Com o puerpério temos uma maior cobertura (75%), mas temos que continuar melhorando dia a dia. Além disso, temos que comunicar aos gestores de saúde do município para tratar de facilitar os exames das gestantes e puérperas e tratar de contratar mais especialistas para oferecer uma atenção integral e especializada para cada uma de nossas gestantes e puérperas.

Outras tarefas que fazemos em minha UBS são atividades de promoção e prevenção do câncer de colo de útero e mama. O número estimado de mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área é de 1031, mas temos acompanhadas 688 mulheres, que corresponde a uma cobertura de 67%. Quanto à prevenção do câncer de mama, o número de mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área é de 308, mas temos no registro de acompanhamento apenas 232, que corresponde a 75%. Durante nossa consulta sempre tratamos de falar com nossas usuárias sobre os temas em questão, tratando de que elas façam os exames de citologia, tratando de que elas tenham uma vida sexual protegida promovendo o uso de preservativos. Também tratamos de modificar comportamentos e estilos de vida inadequados por estilos de vida saudáveis. Nós fazemos exames de citologia três dias à semana, onde se atende aproximadamente a 10 mulheres cada dia, mas temos 125 mulheres (18%) que não comparecem e tem mais de 6 meses de atraso na realização do

exame. Temos dificuldades com os registros do programa já que eles não são revisados com periodicidade e por tanto ficam desatualizados. Isso acontece porque na unidade não temos uma pessoa que se dedique por completo ao planejamento, gestão e coordenação do programa. A enfermeira é quem leva o monitoramento do programa, mas não é suficiente por muitos outros trabalhos que ela tem. Além disso, não temos na unidade o protocolo do câncer de colo de útero e câncer de mama. Acho que temos que falar com a gerência de saúde para garantir que tenha um profissional que se dedique a tempo completo deste programa, para dessa forma ter todos os registros atualizados e fazer reuniões todo mês sobre este tema. Além disso, aponta-se a necessidade de aumentar as atividades de promoção e prevenção e garantir mais consciência em todos os profissionais sobre as necessidades do país diminuir as incidências de estas doenças. Não podemos permitir que nossas mulheres com exames alterados abandonem o seguimento. Temos que agendar seguimento todo mês, fazer consultas especializadas todo mês, que elas tenham conhecimento do problema que pode acontecer caso não tenha um bom seguimento e dessa forma tomar consciência da importância dessa ação. Temos que aumentar nossas atividades educativas, não só na UBS, como também nas comunidades, levar as conversas a escolas para trabalhar com as adolescentes e garantir estilos de vidas saudáveis. Esse é um trabalho de todos, incluindo a política do país que acho que tem que ter mais compromisso, sobretudo tem que aumentar as atividades de promoção nos meios de comunicação, como rádio, televisão e jornal, para garantir de chegar a mais pessoas e ampliar a consciência delas.

As doenças crônicas não transmissíveis principalmente Hipertensão e Diabetes são doenças que tem uma alta incidência de mortalidade em todo o mundo principalmente pelas complicações que elas podem provocar, como são: transtornos renais, doenças cardíacas, doenças cerebrais e transtornos da retina entre outras que sempre causam incapacidades e muitos gastos econômicos tanto para a pessoa como para o país. Aqui no Brasil temos uma alta incidência e prevalência destas doenças e muita demanda de usuário nas unidades de saúde, hospitais e centros especializados. Segundo o caderno de ações programáticas do curso, a nossa cobertura de atenção à pessoa com hipertensão é de 80% (498) e à pessoa com diabetes é de 72% (116). Em minha unidade básica de saúde fazemos atendimento de usuários com estas doenças em um dia na semana. Na consulta tratamos de

abordar tudo o que acontece com o usuário e seu meio de trabalho ou de sua casa. Avaliamos o peso, pressão arterial, pulsos periféricos examinamos os pés principalmente nos usuários diabéticos, mas infelizmente esse detalhamento só acontece com 71% dos usuários, pois nem sempre se oferece uma consulta completa. Também solicitamos os exames complementares indicados na consulta anterior para 80% (398) dos usuários com hipertensão e 73% (84) para os usuários com diabetes, pois infelizmente nem todos são acompanhados com esses aspectos. Sempre falamos da importância de cumprir com as indicações médicas e de levar uma vida saudável. Falamos também que tem que comparecer às consultas programadas em dia já que muitos usuários têm atraso de mais de 7 dias em suas consultas 28% (139) dos hipertensos e 33% (38) dos diabéticos).

O programa de atenção a saúde de hipertensos e diabéticos é dirigido fundamentalmente pela enfermeira e o médico, mas todos os trabalhadores participam direta e indiretamente, mas não temos um profissional que se dedique especificamente ao monitoramento e supervisão deste programa. Além disso, temos dificuldades com as consultas especializadas como cardiologia e endocrinologia já que temos poucos especialistas e muitas demandas de usuários. Outra coisa é que não temos um registro único do programa de atenção a saúde de hipertensos e diabéticos já que os prontuários estão juntos a toda a família e isso causa dificuldades para atualizar e revisar os registros. Acho que não estamos mal com nossa cobertura de usuários do programa de atenção a saúde de hipertensos e diabéticos, mas ainda temos que continuar trabalhando especialmente na pesquisa ativa já que considero que temos uma morbidade oculta e na qualidade dos atendimentos.

Minha opinião é que primeiramente a direção de saúde conjuntamente com a prefeitura do município tem que equilibrar a oferta com a demanda, contratando mais especialistas ou alguma estratégia que garanta que nossos usuários tenham uma consulta especializada ao menos uma vez por ano. Também temos que falar com secretaria de saúde para garantir um profissional capacitado que se dedique a monitorar e supervisionar as ações feitas para este programa e manter os protocolos destas doenças atualizados. Também temos que aumentar as atividades de promoção e prevenção, não só na unidade, como temos que garantir chegar com estes temas nas comunidades, escolas, associação de bairros e igrejas. Temos que garantir que nossos usuários entendam como prevenir estas doenças, que é uma

dieta saudável, quais são os sintomas, as complicações, o tratamento destas doenças e importância de cumprir com as indicações médicas. Só dessa forma acho que poderemos sensibilizar e evitar as complicações e mortalidade frequentes por estas doenças.

As pessoas maiores de 60 anos são muito vulneráveis a diferentes doenças como são as relacionadas com os ossos por perdas de cálcio, doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão e diabetes, insuficiência renal, insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares que geralmente causam incapacidades sejam elas motoras ou sensoriais. Esse é um público que mais são oferecidos atendimentos em minha unidade. Geralmente eles assistem a consultas programadas para controle de suas doenças e controle de peso corporal. Também temos atendimento de vacinas, odontologia e nutrição. Além disso, fazemos atividades de promoção e prevenção a grupos de idosos onde falamos sobre prevenção de acidente, sobre hábitos alimentares saudáveis, sobre prevenção de fatores de riscos que podem agravar as doenças de bases, promoção de práticas de exercícios físicos para manter o peso corporal, dentre outros temas. Mas a maioria destas atividades acontece no âmbito da unidade básica, por tanto acho que temos que aumentar nossas atividades nas comunidades e também se podem fazer em igrejas já que temos muitos usuários desta idade que comparecem a igrejas por tanto se pode aproveitar esse espaço. Fazemos também atendimento de visita domiciliar a usuários geralmente idosos que não podem deslocar-se a nossa unidade. Além disso, temos algumas dificuldades como, por exemplo, na unidade não tem um protocolo de atendimento de pessoas idosas, não existe um profissionais específicos que se dedique ao monitoramento do atendimento de pessoas idosas.

Na unidade não existe um dia específico para o atendimento de idosos, eles assistem todos os dias por consulta programada de doenças de base ou por atendimento espontâneo, mas os idosos que não tem doenças crônicas ou agudas não assistem a consultas de forma regular só quando precisam de algo. Acho que por não ter um dia específico é que temos usuários que não comparecem de forma regular por tanto é difícil controlar o peso corporal e tensão arterial. Considero que nossa cobertura 393 (89%) não está insatisfatória, mas poderia ser melhor, para isso temos que continuar trabalhando mais nas comunidades. Ainda temos que fazer muitas coisas para melhorar nosso atendimento ao usuário idoso como, por

exemplo: temos que ter um profissional que seja responsável por esse grupo de idade para isso tem que falar com a direção de saúde e também pedir que se entreguem os protocolos atualizados para atendimento do usuário idoso. Além disso, agendar um dia específico para as pessoas idosas para que eles compreendam que esse dia eles podem comparecer a unidade de saúde para controle do peso, controle de tensão arterial e atividades educativas e de promoção de saúde. Solicitar fazer um registro só de idosos para facilitar a recopilação e atualização de dados. Resumido temos que garantir um melhor atendimento a nossos idosos para controlar suas doenças de base e evitar a aparição de fatores de risco que poderiam provocar a aparição de doenças ou de suas complicações.

O Sistema Único de Saúde (SUS) e Atenção primária de saúde (APS) tem como missão o processo de cuidado integral em saúde da população. Eles são os protagonistas das atividades de promoção da saúde, a redução de risco ou manutenção de baixo risco, a detecção precoce e o rastreamento de doenças, assim como o tratamento e a reabilitação.

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

Realizamos primeiramente uma análise geral da situação da unidade e do serviço de saúde da família onde tivemos uma ideia de qual era a situação estrutural da unidade e os serviços que realizamos nela, mas agora com o desenvolvimento dos temas e com este relatório da análise situacionais temos uma ideia muito mais profunda da situação da unidade e por tanto estamos claros de todo o trabalho que temos que fazer para garantir melhores resultados e a satisfação de nossos usuários.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

As doenças crônicas não transmissíveis, especificamente Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, podem ser apontadas como os principais problemas de saúde da população do território da Unidade Básica de Saúde (UBS) Salem Duarte. Trata-se de doenças que tem uma alta incidência de mortalidade em todo o mundo e aqui no Brasil tem uma alta incidência e prevalência destas doenças e muita demanda de usuários com tais agravos nas UBS. Além disso, estas doenças lideram em complicações para a saúde, como: cegueira, amputações, doença renal, ataques cardíacos, acidentes vasculares cerebrais e mortes prematuras entre outras (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A Unidade Básica de Saúde Salem Duarte onde se realiza atendimento em saúde da população é não um local adaptado e necessita de algumas modificações na estrutura para melhor o atendimento e conforto dos profissionais. A unidade tem uma recepção, uma sala para arquivo dos prontuários sala de vacina, sala de curativos, farmácia, sala de esterilização, cozinha, dois consultórios médicos, dois consultórios de enfermagem, banheiros para trabalhadores e usuários, dois consultórios odontológicos. A UBS está formada por três equipes de saúde. Minha equipe tem uma população total de 4100 pessoas. Esta equipe está formada por uma enfermeira, um técnico em enfermagem, nove agentes comunitários de saúde, um odontólogo e um técnico em saúde bucal e um médico. Fazemos consulta de HIPERDIA um dia por semana, mas também fazemos atendimento geral a usuários com doenças crônicas.

Segundo o caderno da ações programática do curso, a estimativa é de que a área possua um total 624 usuários com hipertensão e 162 diabéticos, entretanto precisamos buscar todos esses usuários, pois, até o momento apenas 80% (498) de

usuários com hipertensão e 72% (116) dos usuários diabéticos estão cadastrados na unidade. Portanto, a cobertura do programa de HIPERDIA é de 76% aproximadamente. Apesar de uma cobertura razoável, temos dificuldade em garantir a qualidade da atenção oferecida a esses usuários. Existe atraso das consultas agendadas em mais de sete dias de 28% (139) usuários hipertensos, assim como a realização de exames periódicos em dia 80% (398) dos usuários hipertensos e não em todos, como deveria ser. Há também atraso das consultas agendadas em mais de sete dias em 33% (38) diabéticos e a realização de exames periódicos está em dia em apenas 73% (84) dos usuários, quando deveria ser a todos. Busca-se aumentar as atividades de promoção para garantir uma melhor vinculação da população neste programa.

Espera-se que com essa intervenção a qualidade de atenção da população possa melhorar, para dessa forma garantir uma atenção integral a nossos usuários. Busca-se que a população tenha um melhor conhecimento destas doenças e das complicações que estas podem provocar. Além disso, vamos a melhorar a cobertura do programa, ter mais controle dos registros, garantir que nossa equipe tenha a capacitação necessária para fazer as atividades de promoção e as pesquisas para o diagnóstico precoce destas doenças.

No que se referem às dificuldades, aponta-se a insuficiência de esfigmomanômetros para a aferição de tensão arterial, já que conta-se com apenas um. Além disso, a inexistência de auxiliar de enfermagem na equipe. Conta-se apenas com nove agentes de saúde e isso poderia dificultar fazer uma pesquisa a toda da população. A equipe está muito entusiasta e envolvida com a realização desta intervenção e esperamos garantir uma melhoria na atenção em saúde dos usuários do programa de atenção a saúde de hipertensos e diabéticos.

## **2.2 Objetivos e metas**



### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à Saúde de Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Salem Duarte, Mossoró/ RN.

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de quatro meses (março, abril, maio, junho) do ano 2015. Será feito na UBS Salem Duarte, no Município de Mossoró/RN. Trabalhamos com uma estimativa de 624 usuarios hipertensos e 162 usuários diabéticos. Participarão da intervenção pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da área de abrangência da UBS. O cadastro será realizado de acordo com as normas de cadastramento do Ministério de Saúde Será utilizado o Protocolo Técnico do Ministério da Saúde do Programa de HIPERDIA (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

#### Monitoramento e Avaliação

Será realizado o monitoramento do número de hipertensosediabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde por meio dos registros do programa de HIPERDIA e prontuários dos usuários, com periodicidade de uma vez por semana, pela enfermeira e médico da equipe.

Além disso, serão monitorados aspectos que se referem à qualidade da atenção, como realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos, exames laboratoriais, acesso a medicamentos, atendimento odontológico, avaliação de risco e orientações acerca de hábitos saudáveis para hipertensos e diabéticos (orientação nutricional, atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal), por meio de consultas médicas, com periodicidade de uma vez por semana pelo médico e enfermeira da equipe.

A qualidade dos registros em prontuários individuais de todos os usuários e ficha espelho, bem como a periodicidade das consultas serão acompanhadas pelo médico e enfermeira da equipe uma vez por semana.

#### Engajamento Público

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, colocar murais

informativos na unidade e comunidade que falem que estamos fazendo verificação de tensão arterial a todos os maiores de 18 anos sem agendamento prévio.

Os usuários hipertensos e diabéticos e seus familiares serão orientados quanto à importância da alimentação saudável, da prática de atividade física regular, sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e sobre a importância da higiene bucal. Além disso, serão esclarecidos quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e sobre a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.. Essas atividades serão feitas todos os dias por toda a equipe de saúde de forma organizada na sala de espera com os usuários agendando no dia e com os usuários que acudam de forma espontânea. Os responsáveis serão o médico e a enfermeira da equipe.

#### Organização e Gestão do Serviço

Será melhorado o acolhimento para os usuários do programa de HIPERDIA com dois dias de atendimento para este grupo. Conjuntamente com a diretora da unidade e gestora de saúde, nossa equipe vai garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial e verificação dos níveis de glicose no sangue. Isso será feito todos os dias por a técnica de enfermagem e os agentes comunitários de saúde. Além disso, vamos a organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, para que todos tenham o conhecimento atualizado do programa, será feita cada 15 dias e o responsável será o médico da equipe.

Também organizaremos visitas domiciliares para buscar os faltosos e agendar consultas para eles. Organizaremos 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. Organizar também práticas coletivas sobre alimentação saudável, exercícios físicos e sobre hábitos saudáveis. Os responsáveis serão cada agente de saúde com seus usuários. Todas essas atividades serão supervisionadas todos os dias pelo médico e a enfermeira da equipe.

#### Qualificação da Prática Clínica

A cada 15 dias, o médico da equipe coordenará as atividades de capacitação, orientação e organização do trabalho da equipe com o objetivo de qualificar a atenção oferecida aos usuários. Estas atividades serão feitas as quintas feiras no horário da tarde na sala de reuniões da unidade básica. Serão realizadas atividades de capacitação para toda a equipe de saúde em temas: forma correta de verificação de tensão arterial e verificação da glicemia, realização de exame clínico apropriado, orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade; estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, bem como para a importância do registro desta avaliação; protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares; orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, assim como sobre estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, como alimentação saudável e promoção da prática de atividade física regular, tratamento de usuários tabagistas e para oferecer orientações de higiene bucal.

A equipe será capacitada por o médico, enfermeira e odontólogo para realização de metodologias de educação em saúde; para realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos; para realizar o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e diabético.

Os agentes comunitários de saúde, em especial, serão orientados quanto ao cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, bem como capacitados para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Essa capacitação será realizada também na primeira semana pelo médico da equipe.

### **2.3.2 Indicadores**

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

Meta 1.1: Cadastrar 95% 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 95% 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/HIPERDIAHIPERDIA priorizada.

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

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/HIPERDIAHIPERDIA priorizada.

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

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**

Para fazer esta intervenção iremos seguir os passos adotados nos Cadernos de Atenção Básica de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b), os quais serão solicitados pelo médico e diretora da unidade à gestora de saúde. Para isso temos que explicar a nossa gestora de saúde sobre o trabalho que será desenvolvido em nossa equipe, da importância para nossa população e da importância de sua participação e apoio para o desenvolvimento do mesmo. Esta intervenção será feita só em minha equipe de saúde. Trabalhamos com uma estimativa de 624 usuários com hipertensos e 162 usuários diabéticos. Para a obtenção das informações necessárias dos usuários utilizaremos os prontuários médicos de cada usuário, os registros do programa, que temos que primeiramente atualizá-los para obter informações verdadeiras. Também utilizaremos as fichas espelho e já apontamos para a gestão de saúde do município a necessidade de impressão de 700 fichas espelho para cobrir a quantidade de usuários que não dispõem delas e para as novas captações que se realizarão. Além disso, temos que imprimir uma ficha para registrar as consultas de odontologia, as consultas especializadas, as visitas domiciliares feitas e as ações de promoção e prevenção que se realize nas casas de cada usuário do programa de atenção a saúde dos hipertensos e diabéticos. Essa ficha será anexada ao prontuário de todos os usuários, dessa forma facilitará a obtenção das informações. Para seguimento mensal da intervenção será utilizada uma planilha eletrônica de coleta de dados.

Temos que organizar e atualizar o registro do programa de atenção a saúde dos hipertensos e diabéticos. Para isso a enfermeira será a responsável pela organização e atualização do registro transcrevendo as informações mais recentes dos prontuários dos usuários e localizarão quais são os usuários que tem consultas atrasadas, vacinas e exames complementares em atraso.

No que se refere à ação de capacitação, aponto que a análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o Manual Técnico de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos usuários do programa de atenção a saúde dos hipertensos e diabéticos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isso será reservada uma hora ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. Os responsáveis por essas capacitações serão o médico e enfermeira da equipe. As principais ações de capacitação serão as seguintes:

Capacitar a toda a equipe de saúde sobre como fazer o cadastramento utilizando a ficha do cadastro de hipertensos e de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Fazer a capacitação de toda a equipe da unidade de saúde para a correta verificação da pressão arterial e para realização do hemoglicoteste em adultos. Para isso utilizaremos o esfigmomanômetro e glicosímetro, que já estão disponíveis na UBS.

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado de acordo com os protocolos atualizados adotados pela unidade. Para isso utilizaremos cópias impressas dos protocolos. A diretora da unidade será a responsável de imprimir isso protocolos.

Capacitar a equipe para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto à saúde bucal.

Capacitar a equipe sobre o programa e sobre como deve de ser feito o acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos para melhorar a adesão dos usuários ao programa. Utilizaremos fluxogramas com critérios para acolhimento.

Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e diabético.

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco e explicar sobre sua importância para a prevenção das complicações.

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

Capacitar a equipe de saúde sobre a prática de estilo de vida saudável e como orientar a população sobre esses temas.

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

Para viabilizar a ação de monitoramento e atualização do registro do Programa de HIPERDIA, semanalmente a enfermeira examinará as fichas espelho dos usuários e o registro do programa identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais ou vacinas em atraso. O agente comunitário de saúde fará busca ativa de todos os usuários que tenham atraso, estima-se uma quantidade de 10 por semana, totalizando 40 por mês. Essa quantidade será variável, a depender do absenteísmo dos usuários. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha-espelho serão consolidadas na planilha eletrônica. Para isso utilizaremos o computador que temos disponível na UBS.

Com vistas a melhorar o acolhimento para os usuários hipertensos e diabéticos, a UBS ampliará o número de consultas para usuários do programa de atenção a saúde dos hipertensos e diabéticos em dois dias, com objetivo de fazer mais captações de usuários e dessa forma aumentar a cobertura de usuários ao programa. Serão disponibilizadas quatro vagas no atendimento do médico por dia (dois de manhã e dois à tarde) para a consulta de captação de casos novos. O acolhimento será feito pelos agentes comunitários de saúde, que serão capacitados previamente para fazer essa tarefa. Será realizada aferição de tensão arterial todos os dias aos usuários maiores de 18 anos. Para isso temos que contar como mínimo três esfigmomanômetros, sendo que atualmente só temos um. Esse aspecto também já foi sinalizado à gestão de saúde.

Tendo em vista que temos muitos usuários com exames complementares atrasados, realizaremos a revisão e atualização dos registros específicos do programa. Dessa forma, iremos verificar quem são esses usuários para poder indicar os exames correspondentes de avaliação de suas doenças. Temos que garantir que os usuários entendam a importância da realização deles para um melhor seguimento

e controle de suas doenças. Além disso, responsabilizar a cada agente de saúde pelo monitoramento de seus usuários realize os exames no tempo indicado.

No que se refere à realização de estratificação de risco aos usuários do programa, será realizada em cada consulta o diagnóstico precoce de complicações. Iremos priorizar os usuários já cadastrados que tem alto risco de doenças cardiovasculares, cerebrais, renais e de outros órgãos e sistemas de órgão para ser avaliado pelo especialista em cardiologia para evitar complicações graves. Também durante as consultas ou visitas domiciliares estaremos atentos para detectar a presença de algum risco o sintoma de complicação. Vamos fazer atividades de capacitação para toda a equipe de saúde sobre esse tema. O médico será o responsável do monitoramento e avaliação dessa ação. Também garantir as consultas especializadas, pelo menos uma vez por ano, para que nossos usuários contem com um atendimento integral e especializado.

Diante da necessidade de realização de ações de saúde bucal, a presença um odontólogo fixo em nossa equipe era fundamental para garantir o seguimento adequado de nossos usuários. Por isso, apontamos a necessidade para a gestão e já contamos com um odontólogo na equipe. Este está organizando seu trabalho para garantir o correto seguimento dos programas que se realizam na unidade. Ele foi esclarecido quanto ao projeto de intervenção e das necessidades de atendimento que tem nossos usuários para garantir uma melhoria em relação à saúde bucal. Serão realizadas atividades de promoção de saúde bucal na UBS onde o principal responsável será o odontólogo.

Na proposta de intervenção a sensibilização dos usuários e comunidade são aspectos fundamentais. Vamos a trabalhar muito para garantir que os usuários e a comunidade possam compreender por que é importante a verificação da tensão arterial de todos os usuários maiores de 18 anos de idade. Explicaremos em que consiste o programa de atenção a saúde dos hipertensos e diabéticos, que com sua integração eles receberão medicação de forma gratuita, atendimento integral com enfermeira, assistente social, odontólogo, médico e demais profissionais da unidade, como também seguimento com as distintas especialidades do SUS. Dessa forma vamos a aumentar a adesão dos usuários ao programa. Para garantir isso, vamos a colocar murais informativos na unidade e comunidade, já que a unidade não conta com isso. Os murais informarão no que consiste o programa e que estamos fazendo verificação de tensão arterial a todos os maiores de 18 anos, sem agendamento

prévio. Além disso, em nossas visitas domiciliares vamos organizar atividades de promoção de saúde em igrejas e centros de trabalhos com apoio dos representantes da comunidade e líderes de igrejas. Essas atividades se realizaram uma vez por semana e toda a equipe será responsável pelo cumprimento dessas atividades.





### **3 Relatório da Intervenção**

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

Todas as ações previstas foram desenvolvidas. Nosso projeto de intervenção teve como objetivo a melhoria da atenção a pessoas com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na UBS Salem Duarte, Mossoró, RN. Trabalhamos primeiramente na análise situacional em saúde da comunidade da área de abrangência da UBS para conhecer quais eram os principais problemas na comunidade para, dessa forma intervir no problema de saúde fundamental. Identificamos as doenças crônicas não transmissíveis como problema de saúde fundamental e decidimos trabalhar para melhorar a atenção em saúde das pessoas com estas doenças.

Para organizar nosso trabalho fizemos um cronograma no qual agendamos todas as ações que seriam feitas pela equipe de saúde a cada semana de trabalho e definimos o papel de cada membro da equipe de saúde. Trabalhamos nos quatro eixos pedagógicos do curso: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público, qualificação da prática clínica.

Para fazer esta intervenção seguimos os passos adotados nos Cadernos de Atenção Básica de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b). As informações dos usuários foram obtidas por meio dos prontuários médicos de cada usuário, os registros do programa e também das fichas espelho disponibilizadas pelo curso.

Realizamos as capacitações da equipe de saúde seguindo os protocolos Ministério da Saúde e o Manual Técnico de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. As capacitações foram relacionadas com as ações de trabalho que se desenvolveram durante a intervenção. Além das capacitações, contatamos os

líderes da comunidade para apoiar o projeto e facilitar locais para fazer as atividades de promoção e prevenção de saúde na comunidade.

No começo da intervenção tivemos algumas dificuldades para o trabalho. Por exemplo: a quantidade de instrumentos para a aferição de tensão arterial e glicemia era insuficiente, pois tínhamos só um esfigmomanômetro e um glicosímetro. Isso melhorou depois que o gestor de saúde proporcionou dois instrumentos a mais para melhorar e aumentar a quantidade de verificações. Outro problema foi a dificuldade com o odontólogo, pois não contávamos com esse profissional fixo na nossa equipe. Após o contato com o gestor de saúde, no qual foi explicada a importância do atendimento odontológico para o projeto, garantimos ter um odontólogo fixo envolvido no projeto e trabalhando junto com a equipe de saúde. Além disso, tivemos dificuldade também com o carro para as visitas domiciliares, pois, por várias semanas o mesmo ficou sem vir para a UBS, o qual dificultou o seguimento de alguns usuários que não poderiam buscar a UBS e também para a realização de busca ativa de usuários faltosos consulta.

Além de todos os problemas encontrados durante o projeto da intervenção, nossa equipe trabalhou de forma entusiasta em cada uma das ações programadas.

Desde o princípio da intervenção trabalhamos no acolhimento dos usuários do programa. Geralmente essa atividade era feita pelos agentes comunitários de saúde, com prévia preparação para desenvolvê-la. Em todas as semanas foram realizadas atividades educativas de promoção e prevenção de saúde com os grupos de usuários do programa de atenção a saúde de hipertensos e diabéticos. Cada semana com um tema de interesse que tinha sempre como objetivo melhorar o conhecimento dos usuários sobre suas doenças, saber como prevenir as complicações, trabalhar sobre os fatores de risco, conscientizar a cada um deles sobre a importância de buscar consulta médica no dia, sobre a realização dos exames complementares e sobre estilos de vida saudáveis, seja no controle do peso corporal como em educação higiênico dietética. Estas atividades não só foram feitas para os usuários de do programa de atenção a saúde de hipertensos e diabéticos, também para os todos os que quiseram participar. Sempre contamos com usuários que estavam na UBS para verificar tensão arterial e glicemia e também quando realizamos atividade na comunidade a participação era geral todos os usuários buscavam as atividades de promoção. Estas atividades foram de muita importância na obtenção dos resultados alcançados.

Também garantimos os atendimentos médicos a todos os usuários do programa. A cada usuário na consulta foi feito exame físico clínico, estratificação de risco cardiovascular, foram indicados exames complementares e revisados os resultados. Também garantimos o registro adequado nas fichas de acompanhamento de todos os usuários. Realizamos sempre orientação em saúde, falando sobre nutrição, tabagismo, prática de atividade física regular, controle do peso corporal e sobre higiene bucal. Todos esses indicadores foram desenvolvidos em 100% dos usuários, alcançando assim a meta proposta.

Em relação à cobertura, garantimos o atendimento a 525 usuários com hipertensão, que representa 84,1% do total, o que para nossa equipe é um bom resultado para um projeto de apenas quatro meses. A cobertura dos usuários com diabetes foi 162 usuários o que representa 100% dos usuários com Diabetes Mellitus. Nossa meta neste indicador foi de 95% dos usuários, mas além de não garantir essa meta nos usuários hipertensos, estamos satisfeitos com os resultados já que estamos conscientes das dificuldades para alcançar essa meta no tempo proposto.

Em relação ao atendimento de odontologia, por conta dos problemas que apresentamos no início, não conseguimos avaliar a 100% dos usuários, mas alcançamos 96,2% e o mais importante é que garantimos ter um odontólogo fixo a nossa equipe que vai continuar trabalhando conosco em cada um dos programas de saúde da população.

Em relação à busca ativa dos faltosos à consulta, os agentes de saúde tiveram um papel fundamental. No primeiro mês começamos com 94,2% dos usuários com hipertensão e 100% dos com diabetes. Já depois começamos a ter dificuldades com o transporte nas visitas domiciliares e alguns agentes de saúde apresentaram problemas de saúde, o que proporcionou o afastamento deles por um tempo. Tudo isso propiciou que no último mês alcançamos 86,7% dos usuários com Hipertensão Arterial e um 91,1% dos usuários com Diabetes Mellitus.

Nossa equipe está muito satisfeita com os resultados de nosso projeto de intervenção, já que garantimos principalmente que nossos usuários tivessem mais conhecimento sobre suas doenças, que entendessem como é conviver com elas e o que fazer para mantê-las controladas. Acho que este projeto é a porta para outros projetos e novas ideias de trabalho para melhorar a qualidade de vida de nossa população, que é o mais importante e nosso maior propósito.

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

Não houve nenhuma ação não desenvolvida.

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

Sobre as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores: não tivemos dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, mas sim no fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores, felizmente a orientadora ajudou a melhorar a forma de colocar os resultados nos meses para o correto preenchimento e obtenção de resultados verdadeiros.

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

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos aumentar o trabalho para tratar de manter e melhorar a cobertura dos usuários de Hiperdia de nossa área de trabalho. A equipe vai continuar com o mesmo cronograma de atendimento do programa de do programa de atenção a saúde de hipertensos e diabéticos e vai ficar monitorando os casos faltosos a consulta para continuar a busca ativa.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

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

Metas 1.1: Cadastrar 95% 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.

Minha comunidade tem um total de 624 hipertensos, deles foram acompanhados no projeto de intervenção 525 o que representa um 84,1%. Nossa meta era ter uma cobertura de 95%, mas não foi possível por vários fatores. O principal fator foi meu afastamento por conta das férias durante a intervenção, já que apesar de a equipe ter continuado com o trabalho, os usuários não buscaram a UBS por falta de médico. Dessa forma, nesse mês, os atendimentos diminuiram. Toda a equipe estava consciente de que seria um desafio, mas todos trabalharam muito para obter esse resultado, o que nos deixa muito contentes. Na figura 1 mostra a proporção de hipertensos cadastrados em nossa equipe. No primeiro mês a cobertura foi de 146 usuários hipertensos o que representa (23,4%). A partir daí melhoramos cada mês. No mês 2: 235 (37,7%); mês 3: 374 (59,8%) e no mês 4: 525 (84,1%). Em sentido geral, avalia-se que o trabalho foi bom.

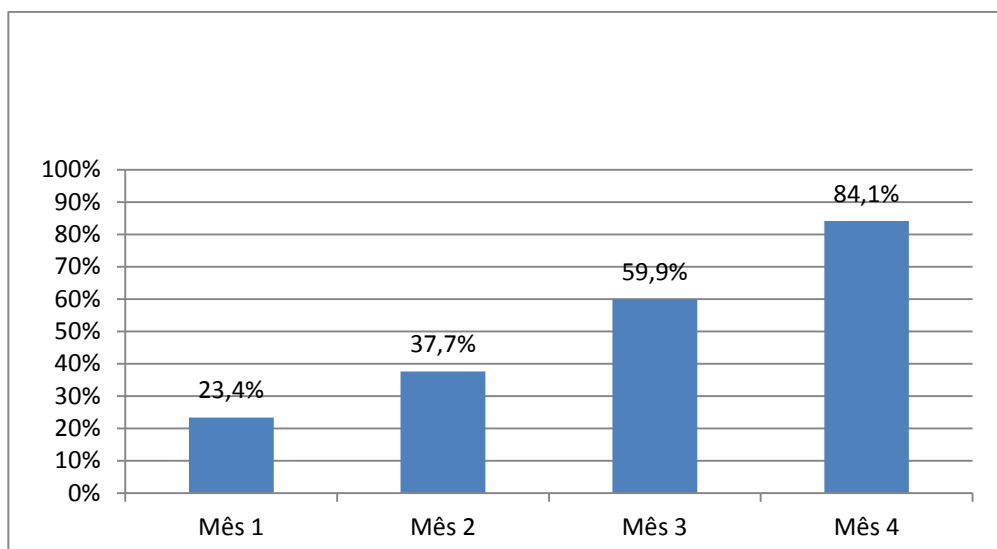


Figura 1: Proporção de Hipertensos cadastrados na UBS Salem Duarte, 2015.

Meta 1.2: Cadastrar 95% 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

Em relação cobertura dos usuários com diabetes foi possível realizar o atendimento de 162 usuários, o que representa 100%. Na figura 2 mostra a proporção de diabéticos cadastrados em nossa equipe. No mês 1 foi de 55 usuários (34,0%); mês 2 88 (54,3%); mês 3 137 (84,6%); mês 4, 162 (100%). Por tanto, cumprimos nossa meta que era de 95% e ultrapassamos a mesma por termos conseguido alcançar 100% dos usuários com diabetes no projeto de intervenção.

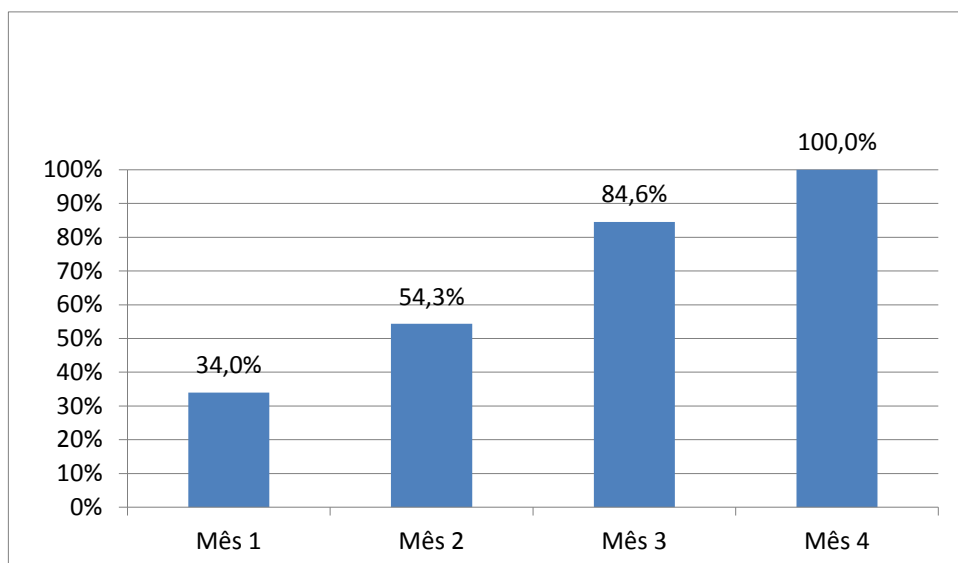


Figura 2: Proporção de Diabéticos cadastrados na UBS Salem Duarte, 2015.

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.

Na intervenção foi importante a realização de exame clínico no dia do atendimento. Todos os usuários com hipertensão receberam exame clínico no decorrer da intervenção e esse indicador foi alcançado em 100% dos usuários com hipertensão. No mês 1: 146 (100%), mês 2: 235 (100%), mês 3: 374 (100%), mês 4: 525 (100%). Dessa forma cumprimos com a meta proposta.

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.

Na intervenção foi importante a realização de exame clínico. Todos os usuários com diabetes receberam atendimento médico e nesta consulta foi realizado um exame clínico. Por tanto, esse indicador foi alcançado em 100% dos usuários diabéticos. Mês 1: 55 (100%), mês 2: 88 (100%), mês 3: 137 (100%), mês 4: 162 (100%). Dessa forma cumprimos com a meta proposta.

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.

Este indicador foi trabalhado em 100% dos usuários com hipertensão. Nas consultas, a cada usuário eram indicados os exames complementares correspondentes, de acordo com protocolo. Por tanto, a meta proposta foi alcançada de forma exitosa. . No mês 1: 146 (100%), mês 2: 235 (100%), mês 3: 374 (100%), mês 4: 525 (100%). As principais ações que auxiliaram foram: capacitação da equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares e orientação dos usuários e a comunidade quanto à importância da periodicidade com que devem ser realizados os exames complementares.

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.

Este indicador foi trabalhado em 100% dos usuários com diabetes. . Nas consultas, eram indicados os exames complementares correspondentes a cada usuário, de acordo com protocolo. Por tanto, a meta proposta foi alcançada de forma exitosa. Mês 1: 55 (100%), mês 2: 88 (100%), mês 3: 137 (100%), mês 4: 162 (100%). As principais ações que auxiliaram foram: capacitação da equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares e orientação dos usuários e a comunidade quanto à importância da periodicidade com que devem ser realizados os exames complementares.

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.

Em relação a esse indicador a meta foi de priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos. Este indicador não foi cumprido em 100%, pois tínhamos usuários que já tinham tratamento com medicamentos que não são dispensados na farmácia popular e os mesmos não foram trocados, pois os usuários estavam com cifras de tensão arterial dentro dos



limites de normalidade e com a Hipertensão Arterial controlada. Portanto, o mesmo tratamento foi mantido. Por esta razão não cumprimos este indicador, mas o mais importante é que garantimos o controle da Hipertensão Arterial em todos os usuários que participaram na intervenção. Na figura 3 mostra a proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácias populares. No mês 1, esse indicador foi de 137 usuários para um (93,8%); no mês 2, 215 (91,5%); no mês 3, 342 (91,4%); mês 4 485 (92,4%). As ações que mais auxiliaram a prescrição de medicamentos da farmácia popular para os hipertensos cadastrados na UBS foram: prescrição preferencial de medicamentos incluídos na Farmácia Popular/Hiperdia e registro adequado do tratamento no prontuário e na ficha espelho, controle de estoque de medicamentos. Além disso, mantivemos um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde; realizamos capacitação dos profissionais sobre o tratamento da hipertensão; orientamos 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.

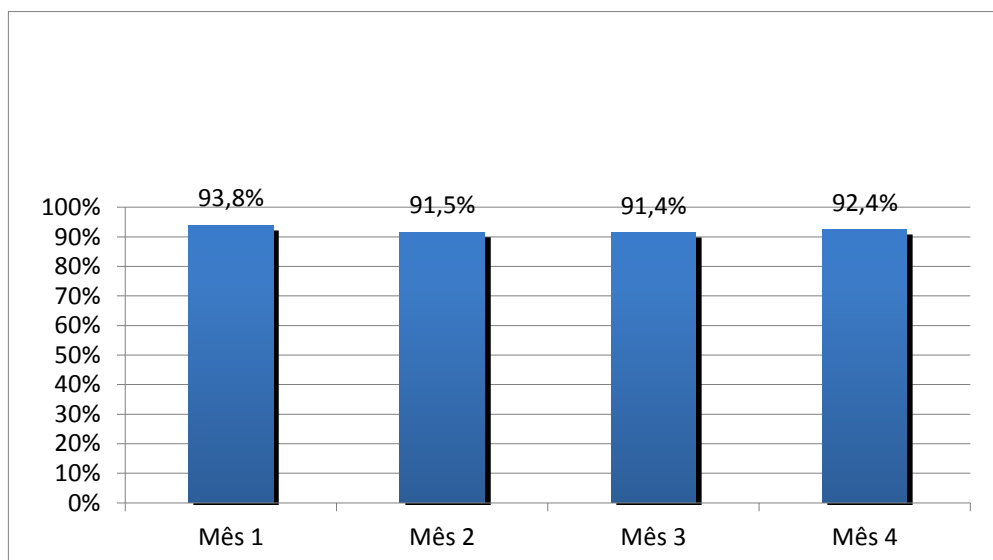


Figura 3: Proporção de Hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia na UBS Salem Duarte, 2015.

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.

Em relação a esse indicador a meta foi de priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos. Este indicador não foi cumprido em 100%, pois também temos usuários com diabetes que já tinham tratamento com medicamentos que não são dispensados na farmácia popular e que não foram trocados, pois os mesmos já estavam com cifras de glicemia dentro de limites de normalidade. Por esta razão não cumprimos este indicador, mas o mais importante é que garantimos o controle da Diabete Mellitus em todos os usuários que participaram na intervenção. Na figura 4 mostra a proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácias populares. No mês 1, 51 (92,7%); no mês 2, 82 (93,2%); no mês 3, 127 (92,7%); mês 4 152 (93,8%). As ações que mais auxiliaram a prescrição de medicamentos da farmácia popular para os diabéticos cadastrados na UBS foram: prescrição preferencial de medicamentos incluídos na Farmácia Popular/Hiperdia e registro adequado do tratamento no prontuário e na ficha espelho; controle de estoque de medicamentos; mantivemos um registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde; capacitação dos profissionais sobre o tratamento da diabetes; orientação aos usuários e comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

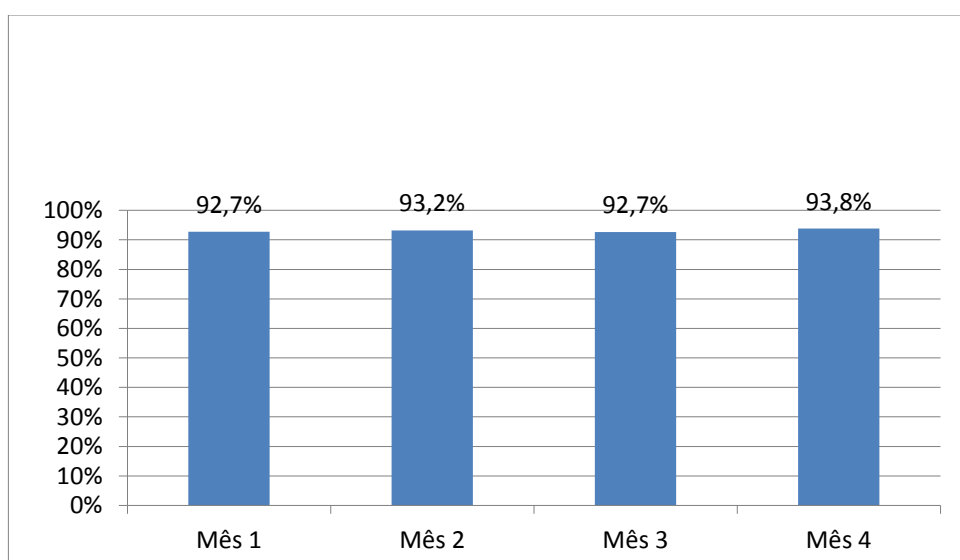


Figura 4: Proporção de Diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia na UBS Salem Duarte, 2015.

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.

Em relação a atendimento de odontologia dos usuários com hipertensão, no início da intervenção apresentamos dificuldades com o odontólogo da equipe já que não tínhamos um odontólogo fixo em nossa equipe. Devido a essa situação, abordamos o gestor de saúde e secretaria de saúde quanto à necessidade de ter o odontólogo em nossa equipe de saúde para o atendimento dos usuários do projeto de intervenção e para toda nossa comunidade em sentido geral. Ao final garantimos ter um odontólogo que trabalhara conjuntamente com nossa equipe em nosso projeto de intervenção e desde esse momento todos os usuários agendados no dia receberam atendimento odontológico o qual foi muito bom para a nossa intervenção. Na figura 5 mostra a proporção de hipertensos com avaliação na necessidade de atendimento odontológico. No mes1 esse indicador foi de 126 usuários (86,3%); no mês 2, 215 (91,5%); mês 3 354 (94,7%); mês 4, 505 (96,2%).

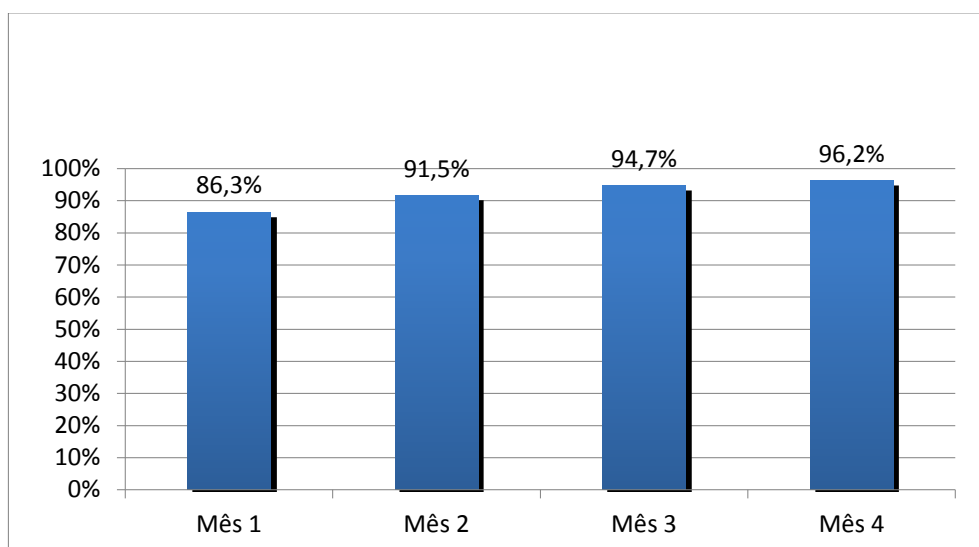


Figura 5: Proporção de Hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Salem Duarte, 2015.

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.

Em relação a atendimento de odontologia dos usuários com diabetes, como já relatado, apresentamos dificuldades com o odontólogo da equipe no início da intervenção, já que não tínhamos um odontólogo fixo em nossa equipe.

Posteriormente esse profissional chegou e os usuários com diabetes agendados receberam atendimento odontológico. Na figura 6 mostra a proporção de diabéticos com avaliação na necessidade de atendimento odontológico. No mês 1 foram de 44 usuários (80,0%) dos usuários cadastrados; no mês 2, 77 (87,5%); no mês 3, 126 (92,0%) e no mês 4, 151 (93,2%).

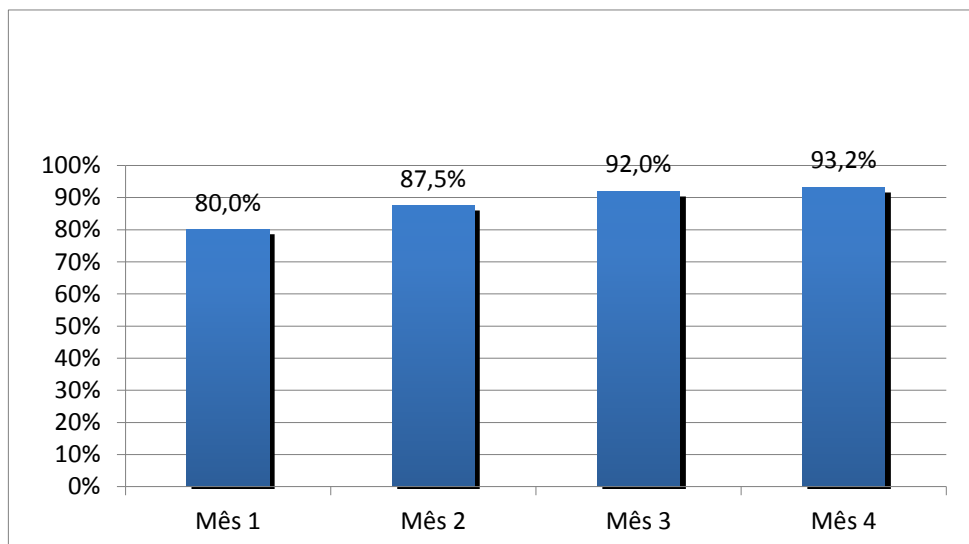


Figura 6: Proporção de Diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Salem Duarte, 2015.

**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.**

Em relação à busca ativa dos faltosos, a visitados agentes de saúde teve um papel fundamental. Na figura 7 representa a proporção de hipertensos faltosos a consulta com busca ativa. No primeiro mês, começamos com 49 (94,2%) nos usuários hipertensos faltosos buscados e já depois começamos a ter dificuldades com o transporte nas visitas domiciliares e problemas de saúde de alguns agentes, o que proporcionou o afastamento por um tempo. Tudo isso impactou nos indicadores, que no mês 2: 69 (94,5%); mês 3 94 (85,5%) e no último mês alcançamos 130 (86,7%) nos usuários faltosos com Hipertensão Arterial. As principais ações que contribuíram adequadamente foram: identificação do atraso nas consultas pelo monitoramento da periodicidade ou pela identificação nas visitas domiciliares, organização da agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas

domiciliares e capacitação das agentes de saúde para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

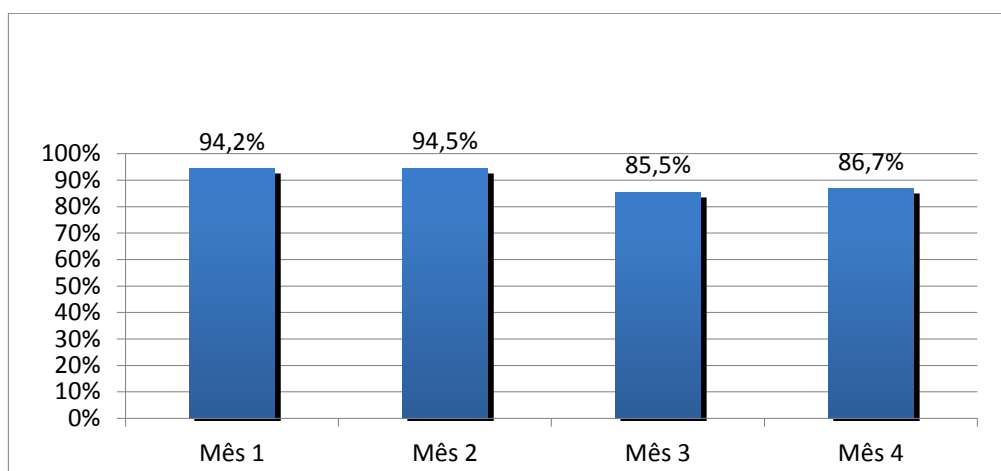


Figura 7: Proporção de Hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Salem Duarte, 2015.

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.

Em relação à busca ativa dos faltosos à consulta, como já foi dito, os agentes de saúde tiveram um papel fundamental. Na figura 8 representa a proporção de diabéticos faltosos a consulta com busca ativa. De forma que, quando todos estavam envolvidos, alcançamos 15 (100%) dos usuários com diabetes faltosos buscados no primeiro mês. Entretanto, após as dificuldades com transporte e com o afastamento de alguns agentes, começamos a ter dificuldades e, no segundo mês 22 (84,6%) foram buscados. No terceiro mês, 32 (84,2%) e no último mês alcançamos 41 (91,1%). As principais ações que contribuíram adequadamente foram: identificação do atraso nas consultas pelo monitoramento da periodicidade ou pela identificação nas visitas domiciliares, organização da agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares e capacitação das agentes de saúde para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

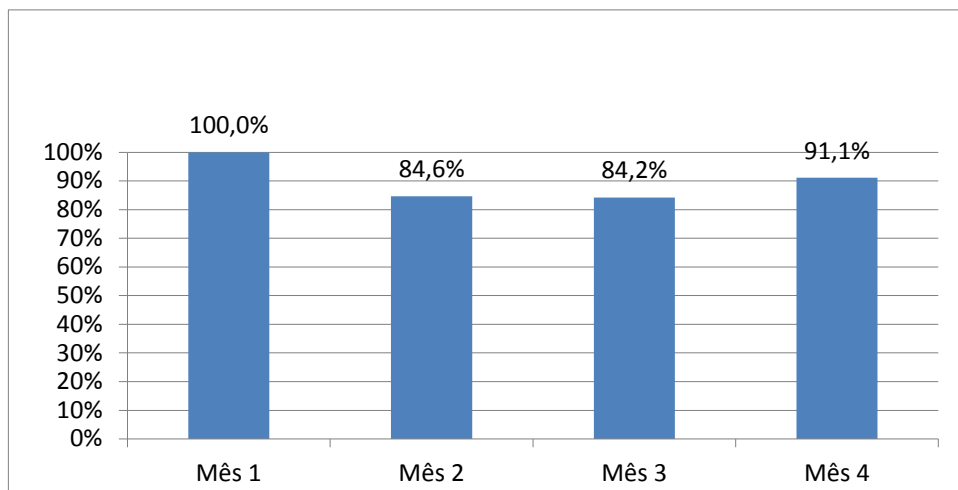


Figura 8: Proporção de Diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Salem Duarte, 2015.

#### 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.

Em relação a esse indicador podemos dizer que cumprimos com a meta proposta já que garantimos o registro adequado a 100% dos usuários hipertensos avaliados durante a intervenção. No mês 1: 146 (100%), mês 2: 235 (100%), mês 3: 374 (100%), mês 4: 525 (100%). Isso foi possível por o trabalho de toda a equipe. Foram muito importantes as capacitações da equipe de saúde no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e o trabalho de supervisão feito pelo médico e enfermeira da equipe.

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.

Em relação a esse indicador podemos dizer que cumprimos com a meta proposta já que garantimos o registro adequado a 100% dos usuários diabéticos avaliados durante a intervenção. Mês 1: 55 (100%), mês 2: 88 (100%), mês 3: 137 (100%), mês 4: 162 (100%). Isso foi possível por conta do trabalho de toda a equipe. Foram muito importantes as capacitações da equipe de saúde no preenchimento de

todos os registros necessários ao acompanhamento do diabético e o trabalho de supervisão feito pelo médico e enfermeira da equipe.

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.

Avaliando este indicador, a nossa equipe de saúde ficou muito contente com o trabalho feito, já que garantimos a realização de estratificação de risco cardiovascular a 100% dos hipertensos que participaram da intervenção. Cada um dos usuários hipertensos foi avaliado na estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. No mês 1: 146 (100%), mês 2: 235 (100%), mês 3: 374 (100%), mês 4: 525 (100%). As ações que facilitaram alcançar esta meta foram primeiramente a capacitação da equipe sobre estratificação de risco cardiovascular e as atividades de prevenção de saúde que realizamos todas as semanas onde sempre se falavam dos fatores de risco e importância da avaliação desses riscos e registros na ficha de acompanhamento de cada um dos usuários. Portanto, cumprimos com a meta proposta.

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.

Esse indicador também deixou nossa equipe de saúde muito contente, pois foi possível realizar estratificação de risco cardiovascular em 100% dos diabéticos que participaram na intervenção. Cada um dos usuários diabéticos foi avaliado na estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. Mês 1: 55 (100%), mês 2: 88 (100%), mês 3: 137 (100%), mês 4: 162 (100%). As ações que facilitarão alcançar esta meta foram primeiramente a capacitação da equipe sobre estratificação de risco cardiovascular e as atividades de prevenção de saúde que realizamos em todas as semanas, onde sempre se abordavam os fatores de risco e importância da avaliação desses riscos e registros

na ficha de acompanhamento de todos os usuários. Portanto, cumprimos com a meta proposta.

#### 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.

Este indicador foi desenvolvido com muita qualidade já que nossa equipe estava muito bem preparada para a realização desta atividade. Todos os usuários com hipertensão receberam orientações nutricionais sobre alimentação saudável. Por tanto, cumprimos com a meta proposta de orientar 100% dos hipertensos. No mês 1: 146 (100%), mês 2: 235 (100%), mês 3: 374 (100%), mês 4: 525 (100%). As atividades que impulsionaram o alcance desse indicador foram as atividades de capacitação a toda a equipe de saúde, as atividades de promoção de saúde na unidade de saúde e comunidade e a participação da nutricionista da unidade em algumas destas atividades educativas.

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.

Da mesma forma que o indicador anterior, esse indicador foi desenvolvido com muita qualidade e foi possível orientar 100% dos usuários com diabetes. Mês 1: 55 (100%), mês 2: 88 (100%), mês 3: 137 (100%), mês 4: 162 (100%). Reforça-se aqui a importância das ações de capacitação, de promoção de saúde, bem como o apoio da nutricionista da unidade em algumas destas atividades educativas.

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.

Esse indicador foi alcançado em 100% desde o primeiro mês da intervenção e assim seguimos com todos os usuários orientados quanto à prática regular de atividade física nos quatro meses da intervenção. No mês 1: 146 (100%), mês 2: 235 (100%), mês 3: 374 (100%), mês 4: 525 (100%). As atividades que contribuíram para o alcance desse indicador foram as atividades de capacitação a toda a equipe de saúde sobre prática regular de exercícios físicos, as atividades de promoção de saúde na unidade de saúde e comunidade explicando a importância da prática física para controle do peso corporal e dessa forma controle da Hipertensão Arterial.

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.

O alcance desse indicador foi permeado por ações de muita qualidade. Garantimos a orientação da prática regular de atividade física a 100% dos usuários com diabetes nos quatro meses de intervenção. Mês 1: 55 (100%), mês 2: 88 (100%), mês 3: 137 (100%), mês 4: 162 (100%). Aponta-se aqui a importância da capacitação sobre o tema, bem como as atividades de promoção de saúde na unidade de saúde e comunidade explicando a importância da prática física para controle do peso corporal e dessa forma controle da Diabetes Mellitus.

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.

Em relação a este indicador nossa equipe fez um trabalho excelente já que 100% dos usuários com hipertensão receberam orientações em relação ao risco do tabagismo. Portanto, cumprimos a meta proposta em 100%. . No mês 1: 146 (100%), mês 2: 235 (100%), mês 3: 374 (100%), mês 4: 525 (100%). As ações que ajudaram a alcançar 100% desse indicador nos quatro meses foram: orientação sobre os riscos do tabagismo, assim como as consequências e complicações que podem produzir na Hipertensão Arterial e as orientações sobre tratamentos para

abandonar este mau hábito. Reforça-se o papel fundamental das atividades de promoção e prevenção de saúde desenvolvidas na unidade e comunidade e as capacitações da equipe sobre tabagismo.

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.

Em relação a este indicador nossa equipe fez um trabalho excelente já que 100% dos usuários com diabetes receberam orientações em relação ao risco do tabagismo. Por tanto cumprimos a meta proposta em 100% dos usuários nos quatro meses. Mês 1: 55 (100%), mês 2: 88 (100%), mês 3: 137 (100%), mês 4: 162 (100%). As ações que ajudaram a cumprir a meta foram: orientação sobre os riscos do tabagismo; orientações sobre tratamentos para abandonar este hábito, bem como as atividades de promoção e prevenção de saúde desenvolvidas na unidade e comunidade e as capacitações da equipe sobre tabagismo.

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

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

Em relação a este indicador nossa equipe fez um trabalho excelente já que 100% dos usuários com hipertensão receberam orientações em relação à higiene bucal. . No mês 1: 146 (100%), mês 2: 235 (100%), mês 3: 374 (100%), mês 4: 525 (100%). As ações que ajudaram a alcançar este indicador foram: orientação sobre a importância de manter uma boa higiene bucal assim como as consequências e complicações que podem produzir ter uma má higiene bucal na Hipertensão Arterial; orientações sobre o correto modo de escovar os dentes e a importância de ter seguimento em consulta de odontologia; ações de promoção e prevenção de saúde bucal onde o odontólogo da equipe teve papel fundamental.

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

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

Em relação a este indicador nossa equipe fez um trabalho excelente já que 100% dos usuários com diabetes receberam orientações em relação à higiene bucal. Portanto cumprimos a meta proposta de 100%. Mês 1: 55 (100%), mês 2: 88 (100%), mês 3: 137 (100%), mês 4: 162 (100%). As ações que ajudaram a alcançar este indicador foram: orientação sobre a importância de manter uma boa higiene bucal assim como as consequências e complicações que podem produzir ter uma má higiene bucal na Diabetes Mellitus. Orientações sobre correto modo de escovar os dentes e a importância de ter seguimento em consulta de odontologia. Tiveram papel fundamental as atividades de promoção e prevenção de saúde bucal onde o odontólogo da equipe teve um papel importante, pois, apesar de não ter iniciado a intervenção conosco, realizou depois de sua chegada um trabalho com a equipe, que muito alcançou esses resultados.

## **4.2 Discussão**

Com a realização deste trabalho de intervenção sobre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus a equipe garantiu ter uma maior cobertura de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos e a melhoria da qualidade na atenção destes usuários. Garantimos uma melhor organização e atualização dos registros dos usuários, melhor a adesão dos hipertensos e/ou diabéticos ao programa. Além disso, garantimos o melhor atendimento e seguimento odontológico para nossos usuários, que era um aspecto deficitário na unidade.

A realização desta intervenção foi de muita importância em todos os sentidos. Primeiramente porque nossa equipe de saúde, apesar de trabalhar todos os dias junta, nunca havia feito um trabalho como este, onde cada membro da equipe tinha sua responsabilidade. A intervenção contribuiu para ter um maior conhecimento sobre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, a trabalhar com os protocolos do Ministério da Saúde relativo ao Programa de HIPERDIA e a favorecer a união da equipe.

Destaca-se também a atualização e organização dos registros dos usuários, que facilitou o trabalho que nós fazemos diariamente e desta forma temos o melhor seguimento do programa de Hiperdia. Agora podemos saber quais são os usuários faltosos à consulta, quais não têm exames complementares de acordo com

protocolo, entre outros aspectos. Além disso, garantimos ter um odontólogo fixo em nossa equipe de saúde para seguimento de nossa população. Acredito que este trabalho será um motor impulsor para a realização de outros projetos de nossa equipe em nossa comunidade.

Com o desenvolvimento desta intervenção melhoramos as atividades de acolhimento na unidade, assim como a preparação dos trabalhadores para exercê-lo. Também melhoramos as atividades de promoção e prevenção de saúde que acontecem na unidade. Melhorou o conhecimento dos trabalhadores sobre a organização dos prontuários e fichas espelho dos usuários, o qual facilita o trabalho da unidade para a busca de algum documento.

A intervenção contribuiu ainda com os aspectos subjetivos da equipe, melhorando as relações entre a unidade de saúde e os líderes da comunidade, o qual é importante para a realização de projetos futuros.

Esta intervenção foi de muita importância para a comunidade já que garantimos modificar estilos de vida não saudáveis por estilos de vidas saudáveis e com ele melhoramos a qualidade de vida dos usuários. Também garantimos que a comunidade tivesse um maior conhecimento sobre as doenças crônicas não transmissíveis especificamente Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, já que estas doenças são o principal problema de saúde de nossa população. Realizamos atividades de promoção e prevenção de saúde não só com os usuários do programa de Hiperdia, mas com toda a comunidade explicando quais são os principais fatores de risco e como prevenir, para desta forma evitar a aparição de casos novos e para fazer o diagnóstico precoce destas doenças. Nossos usuários demonstram satisfação com a prioridade e qualidade no atendimento. Eles ficaram muito felizes com todas as atividades realizadas, com nossa dedicação, não só da equipe de saúde sim não de todos os funcionários da unidade. Os usuários estão muito agradecidos por ter uma equipe de saúde completa, por contar com um médico enfermeira, odontólogo e agentes de saúde que se preocupam por eles e trabalham por melhorarsua qualidade de vida.

Caso eu estivesse iniciando a intervenção neste momento, faria uma melhor análise situacional mais profunda do estado de saúde da comunidade para ter um melhor conhecimento dos principais problemas de saúde da população. Também teria reunido mais com o gestor de saúde e dirigente de saúde do município para conhecer melhor qual era a situação do município em quanto a recursos logísticos

para de essa forma saber quais eram minhas fortalezas e debilidades que poderia enfrentar durante a intervenção. Teria comprometido mais aos líderes comunitários para alcançar uma maior participação da comunidade nas atividades desenvolvidas na intervenção. Também teria planejado minhas férias fora do período da intervenção para trabalhar a tempo completo e garantir melhores resultados.

Com esses resultados obtidos na intervenção, as ações já foram incorporadas na rotina do serviço. Temos que seguir trabalhando para melhorar esse problema de saúde. Para isso, temos que melhorar a cobertura dos usuários e seguir trabalhando com os líderes da comunidade. Além disso, continuar com a busca ativa dos usuários faltosos e continuar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de atendimento dos usuários no programa de HIPERDIA.

Os próximos passos para melhorar a atenção da saúde no serviço são: continuar trabalhando com os usuários de Hiperdia para melhorar a cobertura e continuar o seguimento deles. Também trabalhar com outras problemáticas de saúde que tem nossa comunidade, realizar projetos que ajudem a melhorar a qualidade de vida de nossa população.

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

Este relatório tem como objetivo fundamental apresentar para nossa gestora de saúde os resultados da intervenção realizada pela equipe de saúde da UBS Salem Duarte durante 4 meses de trabalho (período de março, abril, maio, junho de 2015) com o objetivo de melhorar a atenção a saúde dos usuário com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da área de abrangência da unidade.

A intervenção foi realizada com o acompanhamento do Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS).

Após a realização da análise da situação de saúde de nossa comunidade e identificação dos principais problemas de saúde de nossa população, notamos que as doenças crônicas não transmissíveis especificamente a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus tinham uma alta incidência em nossa população. Percebemos também uma baixa cobertura ao programa de atenção a saúde de hipertensos e diabéticos. Então nossa equipe decidiu fazer um projeto de intervenção com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção as pessoas com hipertensão e/ou diabetes. Foram estipuladas metas e planejadas ações que foram desenvolvidas de acordo com o cronograma definido previamente pela equipe para ser cumprido em um período de quatro meses e contando sempre com a ajuda da gestão. Finalmente obtivemos resultados muito favoráveis tanto para a comunidade como para a unidade de saúde e a equipe em geral, que ganhou em conhecimento e a unidade avançou bastante na organização do trabalho.

Durante a intervenção garantimos o atendimento a 525 usuários com hipertensão, que representa 84,1% do total, o que para nossa equipe é um bom resultado para um projeto de apenas quatro meses. A cobertura dos usuários com

diabetes foi 162 usuários o que representa 100% dos usuários com Diabetes Mellitus. Nossa meta neste indicador foi de 95% dos usuários, mas além de não garantir essa meta nos usuários hipertensos, estamos satisfeitos com os resultados já que estamos conscientes das dificuldades para alcançar essa meta no tempo proposto.

Em relação ao atendimento de odontologia, por conta dos problemas que apresentamos no início, não conseguimos avaliar 100% dos usuários, mas alcançamos 96,2% e o mais importante é que garantimos ter um odontólogo fixo a nossa equipe que vai continuar trabalhando conosco em cada um dos programas de saúde da população.

Em relação à busca ativa dos faltosos à consulta, os agentes de saúde tiveram um papel fundamental. No primeiro mês começamos com 94,2% dos usuários com hipertensão e 100% dos com diabetes. Já depois começamos a ter dificuldades com o transporte nas visitas domiciliares e alguns agentes de saúde apresentaram problemas de saúde, o que proporcionou o afastamento deles por um tempo. Tudo isso propiciou que no último mês alcançamos 86,7% dos usuários com Hipertensão Arterial e um 91,1% dos usuários com Diabetes Mellitus.

Todos nossos usuários cadastrados foram submetidos a exame clínico completo e a estratificação de risco cardiovascular. Indicamos exame complementares a todos os usuários conforme regulamenta o Ministério da Saúde. Também atualização do registro, ficha espelho de acompanhamento e dos prontuários melhorando o controle dos usuários com consultas, exames, classificação de risco, entre outras ações. Outro resultado favorável foi que 100% dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados receberam orientação de sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, higiene bucal e riscos do tabagismo.

Nossa equipe está muito satisfeita com os resultados de nosso projeto de intervenção, já que garantimos principalmente que nossos usuários tivessem mais conhecimento sobre suas doenças, que entendessem como é conviver com elas e o que fazer para mantê-las controladas. Acho que este projeto é a porta a outros projetos e novas ideias de trabalho para melhorar a qualidade de vida de nossa população, que é o mais importante e nosso maior propósito.

Temos também que agradecer a gestão por ter proporcionado apoio providenciando os materiais utilizados na intervenção como: fichas espelho,

esfigmomanômetro e glicosímetro. Sugerimos que você gestora de saúde pode envolver a outros equipes de saúde para realizar projetos de intervenção e desenvolver ações programática que podem ajudar a melhorar o estado de saúde de nossa população. Esperamos poder continuar contanto com este apoio e que possamos conseguir muitos outros benefícios para a população.



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

Este relatório tem como objetivo fundamental de apresentar a comunidade especificamente aos líderes da comunidade os resultados obtidos na intervenção realizada pela equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde Salem Duarte, durante 4 meses de trabalho ( março, abril, maio, junho de 2015), para qualificar a atenção oferecida aos usuários com hipertensão e diabetes. Depois de fazer uma análise da situação de saúde de nossa comunidade e identificar os principais problemas de saúde de nossa população, notamos que muitas pessoas tinham Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Além disso, os usuários hipertensos e diabéticos não tinham um bom seguimento e os registros e prontuários não estavam atualizados. Com o objetivo de melhorar os problemas encontrados, foi planejado um grupo de metas e ações para alcançá-las no prazo de quatro meses.

Organizamos um cronograma com todas as ações para desenvolver durante o período de trabalho. Todas estas ações foram desenvolvidas de acordo com o cronograma previamente definido pela equipe

. Ao final obtivemos resultados muito favoráveis tanto para a comunidade, como para a equipe e a unidade de saúde em geral. Esta intervenção foi de muita importância para a comunidade já que garantimos modificar estilos de vida não saudáveis por estilos de vidas saudáveis e com ele melhoramos a qualidade de vida dos usuários. Também garantimos que a comunidade tivesse um maior conhecimento das doenças crônicas não transmissíveis especificamente Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, já que estas doenças são o principal problema de saúde de nossa população. Realizamos atividades de promoção e prevenção de saúde não só com os usuários do programa de Hiperdia, mas com toda a comunidade explicando quais são os principais fatores de risco e como prevenir, para desta forma evitar a aparição de casos novos.

Em relação à cobertura ao final garantimos o atendimento a 525 usuários com hipertensão, que representa 84,1% do total, nos usuários com diabetes foi 162 usuários o que representa 100% dos usuários com Diabetes Mellitus. Em relação ao atendimento de odontologia, por conta dos problemas que apresentamos no início, não conseguimos avaliar a 100% dos usuários, mas alcançamos 96,2% e o mais importante é que garantimos ter um odontólogo fixo a nossa equipe que vai continuar trabalhando conosco em cada um dos programas de saúde da população. A cada usuário na consulta foi feito exame físico clínico, estratificação de risco cardiovascular, foram indicados exames complementares e revisados os resultados. Também garantimos o registro adequado nas fichas de acompanhamento de todos os usuários. Realizamos sempre orientação em saúde, falando sobre nutrição, tabagismo, prática de atividade física regular, controle do peso corporal e sobre higiene bucal. Todos esses indicadores foram desenvolvidos em 100% dos usuários, alcançando assim a meta proposta.

Nossos usuários demonstraram satisfação com a prioridade e qualidade no atendimento. Toda nossa equipe trabalhou com muita dedicação, não só a equipe de saúde, mas todos os funcionários da unidade. Os usuários estão muito agradecidos por ter uma equipe de saúde completa, por contar com um médico, enfermeira, odontólogo e agentes comunitários de saúde que se preocupam com eles e trabalham por melhorar sua qualidade de vida.

A comunidade pode continuar apoiando a equipe participando nos grupos de hipertensos e diabéticos e das atividades de educação em saúde desenvolvidas pela equipe assim como se responsabilizando em quanto à boa assistência as consultas programadas e a melhoria de seus estilos de vida já aprendidos na intervenção.

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

Eu estou muito satisfeito com o curso de especialização já que permitiu ter um melhor conhecimento da medicina brasileira e dessa forma fortalecer meus conhecimentos como profissional da saúde. No início foi um pouco difícil, pois nunca havia feito um curso pela internet e, ao começar a escrever em outro idioma, isso causou algumas dificuldades, mas com a ajuda da orientadora e os colegas que já tinham tempo no curso fui superando as dificuldades e melhorando meu desenvolvimento. As tarefas, as participações no fórum de saúde e de medicina, os casos clínicos, todo isso ajudou a meu trabalho diário e a compreender melhor as estratégias e políticas de saúde de Brasil, já que em meu país, Cuba, são diferentes. Acho que este curso é uma ferramenta de trabalho muito importante para o desenvolvimento de nossas atividades diárias em nossas unidades de saúde.

O curso foi muito importante para minha prática profissional, já que os conhecimentos adquiridos em saúde da família foram postos em prática durante minha atuação na unidade de saúde. Foi importante conhecer as funções da equipe de saúde, as atribuições de cada membro da equipe de saúde. Isso ajudou muito na organização e exigência do trabalho. Mediante o curso de Especialização em Saúde da Família, aprendi um pouco mais da realidade de saúde do Brasil e esse conhecimento me ajudou a melhorar a qualidade de meu atendimento e a contribuir com o desenvolvimento do sistema de saúde do Brasil e o estado de saúde do povo brasileiro. Por isso estou muito agradecido e feliz de ter formado parte de este curso o qual me ajudou a crescer como profissional e como pessoa.

Durante o curso abordamos muitas temáticas interessantes. Em primeiro lugar, destaco que tudo que foi referente ao SUS foi importante para meu desenvolvimento profissional. Conhecer seus princípios e diretrizes foi fundamental para entender a política de saúde de Brasil. Temas como acolhimento e demanda

espontânea foram temas importantes que enfrentamos dia a dia e o curso nos ajudou a trabalhar melhor isso temas em nossas unidades de saúde. Além disso, os temas de saúde coletiva, atenção à mulher, ao usuário idoso, atenção a crianças foram temas incorporados a nossas atividades diárias que ajudaram muito a nosso desenvolvimento profissional e a melhorar a qualidade de vida de nossa população.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde. Saúde da família. 2ª edição série a. normas e manuais técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003. Disponível em:  
<<http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccportuguese.pdf>> Acesso em: dezembro de 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivo Brasileiro de Cardiologia. V 95, supl. 1, 2010, p. 1-51. Disponível em:  
<[http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_associados.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf)>. Acesso em: dezembro de 2014

## **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>  
Pro<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 B- Planilha de coleta de dados

quivo | Página Inicial | Inserir | Layout da Página | Fórmulas | Dados | Revisão | Exibição

Calibri | 11 | A<sup>+</sup> A<sup>-</sup> | Quebrar Texto Automaticamente | % 000 | %0,00 %0,0

Fonte | Alinhamento | Número | Estilo | Células

C4

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1									
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1								
	2								
	3								

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês									
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1								

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês					
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1				





Fotos

Município Mossoró



Minha equipe da unidade básica de saúde



## Visitas domiciliares



## **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;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_

Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

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

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

\_\_\_\_\_

Assinatura do declarante