

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS - UNASUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MODALIDADE A DISTÂNCIA**



**MELHORIA NA ATENÇÃO À SAÚDE DE HIPERTENSOS E  
DIABÉTICOS TIPO 2 NA UBS MONTE ALVERNE, EM SANTA CRUZ  
DO SUL/ RS**

**AUGUSTO DE AVELAR BREUNIG**

**Pelotas, 2015**

**AUGUSTO DE AVELAR BREUNIG**

**MELHORIA NA ATENÇÃO À SAÚDE DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS TIPO 2  
NA UBS MONTE ALVERNE, EM SANTA CRUZ DO SUL/ RS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância – UNASUS/UFPEL como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família

Orientadora: Helen Pereira Rocha

Pelotas, 2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas  
Catalogação na Publicação

B846m Breunig, Augusto de Avelar

Melhoria na atenção à saúde de hipertensos e diabéticos tipo 2 na ubS Monte Alverne, em Santa Cruz do Sul/RS / Augusto de Avelar Breunig ; Helen Pereira Rocha, orientadora. — Pelotas, 2015.

73 f.

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. Hipertensão. 5. Diabetes mellitus. I. Rocha, Helen Pereira, orient. II. Título.

CDD : 362.14

**Dedico este trabalho a minha família.**

## **Agradecimentos**

À comunidade de Monte Alverne, pela recepção e reconhecimento do nosso trabalho.

À equipe da UBS, que muito ajudou na implementação desta intervenção.

À minha família, por apoiar e tornar tudo isto possível.

## Lista de figuras

Figura 01	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção a hipertensos na unidade de saúde. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.	49
Figura 02	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção a diabéticos na unidade de saúde. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.	50
Figura 03	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.	52
Figura 04	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.	53
Figura 05	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.	54
Figura 06	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.	55
Figura 07	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.	58
Figura 08	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.	59
Figura 09	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.	60
Figura 10	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Santa Cruz do Sul, RS, 2014.	61

## Lista de abreviaturas e siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ECG	Eletrocardiograma
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	Hemogluco teste
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PS	Pronto-Socorro
RS	Rio Grande do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

## Sumário

<b>1. Análise Situacional .....</b>	<b>01</b>
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	02
1.2 Relatório de Análise Situacional.....	02
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o relatório de análise situacional.....	13
<b>2. Análise Estratégica – projeto de intervenção .....</b>	<b>14</b>
2.1 Justificativa .....	14
2.2 Objetivos e metas .....	16
2.3 Metodologia .....	18
2.3.1 Ações .....	18
2.3.2 Indicadores .....	28
2.3.3 Logística .....	34
2.3.4 Cronograma .....	37
<b>3. Relatório da Intervenção .....</b>	<b>38</b>
3.1 Ações previstas desenvolvidas.....	38
3.2 Ações previstas que não foram desenvolvidas.....	41
3.3 Coleta e sistematização dos dados.....	41
3.4 Viabilidade de incorporação do projeto à rotina da unidade.....	42
<b>4. Avaliação da Intervenção .....</b>	<b>43</b>
4.1 Resultados .....	43
4.2 Discussão .....	53
4.3 Relatório da Intervenção para Gestores .....	56
4.4 Relatório da Intervenção para a Comunidade .....	59
<b>5. Reflexão Crítica sobre o processo de aprendizagem .....</b>	<b>63</b>
<b>Referências .....</b>	<b>64</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>65</b>
Anexo A – Ficha Espelho do Programa .....	66
Anexo B – Ficha de Coleta de Dados.....	67
Anexo C – Parecer do Comitê de Ética.....	68
Apêndices.....	69

## Resumo

BREUNIG, Augusto de Avelar. **Melhoria na atenção à saúde de hipertensos e diabéticos tipo 2 na UBS Monte Alverne, em Santa Cruz do Sul/ RS.** 79f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) da Universidade Federal de Pelotas, 2014.

Este trabalho foi realizado na UBS Monte Alverne, interior do município de Santa Cruz do Sul/ RS, como atividade do Programa de Valorização da Atenção Básica/PROVAB, durante o ano de 2014. Teve como objetivo analisar a situação estrutural da unidade e intervir na saúde da população com uma intervenção que trouxesse benefícios aos usuários. Devido a características demográficas e epidemiológicas, foi escolhida uma intervenção para ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos, além de melhorar a qualidade do atendimento. A intervenção durou três meses, com ações de monitoramento e avaliação, engajamento público, organização e gestão dos serviços e qualificação da prática clínica. O resultado deste trabalho foi a melhoria na saúde desta população alvo que alcançou uma cobertura de 44,9% e 33,3% de hipertensos e diabéticos, respectivamente. Além disso, houve uma grande melhora na qualidade da atenção aos usuários com essas doenças, no que se envolve estratificação de risco, solicitação de exames complementares, prescrição de medicamentos da farmácia popular, promoção da saúde, com enfoque para a alimentação saudável, a atividade física regular e riscos do tabagismo, bem como os registros adequados dos acompanhamentos realizados a estes usuários.

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

## **Apresentação**

O presente trabalho inicia-se com uma análise situacional da Unidade Básica de Saúde Monte Alverne, em Santa Cruz do Sul/ RS.

Após esta análise minuciosa da condição de saúde, construímos um projeto de intervenção, estabelecendo objetivos e metas e desenvolvendo um cronograma e uma logística coerente com nossa realidade.

Em seguida, descrevemos através do Relatório da Intervenção, as facilidades e as dificuldades encontradas nas ações desenvolvidas parcial ou integralmente.

Após este relatório, analisamos e discutimos os resultados, bem como realizamos um relatório da intervenção para gestores e para comunidade.

E, por fim, refletimos criticamente sobre o processo pessoal de aprendizagem.

## **1. Análise Situacional**

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

Comecei a trabalhar em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do distrito rural de Monte Alverne, interior de Santa Cruz do Sul, a 20km da sede. Em uma pequena, mas bem estruturada casa, dispomos de um consultório, uma sala de vacinas e uma pequena farmácia. Compõem a equipe duas técnicas de enfermagem, que realizam a triagem, aplicam vacinas, autorizam exames e dispensam alguns medicamentos. A farmácia possui apenas alguns medicamentos, tais como anti-inflamatórios e anti-hipertensivos, havendo uma maior variedade (incluindo os controlados) na Farmácia Municipal. A presença de uma Farmácia Popular no distrito é de grande importância. Ainda tenho um colega médico, que atende 10 usuários, no início da manhã, além de um turno mensal com uma ginecologista e dois turnos semanais com um pediatra.

A medicina praticada até então é basicamente voltada para problemas agudos, não havendo prevenção de doenças, nem promoção de saúde. Não há qualquer trabalho de educação em saúde, nem grupos de hipertensos ou diabéticos. As atividades em saúde para a população se resumem primordialmente às consultas médicas. Mesmo os exames de rotina, como mamografias, são solicitados conforme a demanda dos usuários e não há uma busca ativa nem controle, por parte da esfera pública, da proporção da população que está sendo rastreada. Assim também é o citopatológico de colo uterino, que por sua vez é realizado por uma enfermeira no pequeno hospital que possui o distrito.

Nas consultas que fiz inicialmente foi desde já possível realizar consultas visando a prevenção de doenças – e o controle das mesmas -, e não apenas tratar casos agudos. A população, de grande proporção idosa, tem doenças crônicas relacionadas tanto à faixa etária quanto aos hábitos, tais como tabagismo – a região é grande produtora de fumo -, a dislipidemia – também há um grande consumo de carne e gordura suína -, e osteoartrose, vide o trabalho braçal na agricultura ser a principal atividade da região. Felizmente, cuidados de proteção ao sol já são comuns, pois vejo uma população consciente em relação ao uso de bloqueador solar e roupas apropriadas, já que há uma população majoritariamente de etnia caucasiana, em uma zona subtropical, onde a camada de ozônio é rarefeita. Penso

que deveria haver mais grupos e trabalhos voltados a esses assuntos, especialmente à reeducação alimentar e mais ainda à educação física, pois o ensino de atividades laborais, alongamentos, exercícios e grupos de caminhada/fortalecimento muscular seriam extremamente benéficos e preventivos em relação à osteoartrose, tão comum na população.

Há alguns agentes de saúde, mas a equipe não abrange toda a população e não há intercâmbio frequente nem sistematizado de informações entre as equipes. Devido à distância da sede do Município elas podem exercer – e exercem – a vital função de, na sede, marcar exames e buscar medicamentos, já que muitas vezes os agricultores não têm como perder um dia de trabalho para ir à cidade.

O distrito tem em torno de 2 mil habitantes, dos quais mais 4 mil são de distritos adjacentes e, após reorganização e territorialização foram destinados 1800 usuários para minha Unidade. A comunidade, de etnia germânica, apresenta uma forte ligação com a língua alemã, sendo o português a segunda língua, especialmente entre os idosos. Felizmente tenho formação na língua alemã, pois em algumas vezes eles se sentem mais à vontade para explicar o que sentem em alemão. Já que se fala um dialeto, e minha formação se deu no alemão padrão (moderno, da Alemanha), houve um estranhamento inicial, mas estou adaptando-me, aos poucos, ao dialeto local (mesmo que tenha de alternar eventualmente com o português). Esta comunidade, muito unida economicamente, não tem a mesma conscientização quanto à fiscalização do poder público. É muito raro irem até a ouvidoria do Município com sugestões, críticas e elogios em relação à saúde. Durante muitos anos, mesmo após a implantação do SUS, não havia médico de família pela prefeitura no município, e isto só foi acontecer nos anos 2000. Mesmo hoje, o engajamento público não é forte nem coordenado.

Ao final da etapa inicial, de ambientação, esperava regularizar as atividades e promover de forma importante a saúde na população, de acordo com nossas possibilidades e membros da equipe, para podermos trabalhar também com educação em saúde, o que levaria a uma melhora substancial na qualidade de vida de todos.

## **1.2 Relatório de Análise Situacional**

O município de Santa Cruz do Sul possui 118 mil habitantes e possui 22 unidades de saúde, das quais 12 são tradicionais e 10 são ESF. Há o apoio de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) apenas para as Estratégias de Saúde da Família (ESF). Já a atenção especializada está disponível para ambos, e para todas as especialidades, com maior demora para certas áreas, como oftalmologia e traumatologia. Há quatro hospitais no município, havendo certa disponibilidade de leitos para média complexidade e uma maior dificuldade em se conseguir leitos para alta complexidade. São obtidos com facilidade e sem necessidade de espera quase todos os exames laboratoriais e radiogramas simples, assim como mamografias. Há a oferta, também, de exames tais como ecografias e eletrocardiogramas (ECG) e espirometrias, porém há uma certa demora em se obter estes exames. Os mais complexos só podem ser pedidos por especialistas. Há também o apoio do Centro Materno Infantil, no qual os usuários conseguem prontamente atendimento pediátrico e obstétrico-ginecológico.

A unidade em que trabalho é a UBS Monte Alverne, que é rural, de modelo tradicional. É exclusivamente vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS). Ela atende uma área de mil e seiscentos habitantes, porém é aberta para qualquer usuário do qualquer localidade do município. Ela se situa a 24km, asfaltados, da sede. A comunicação, na maioria das vezes, é realizada por ônibus, em linha direta com o centro. Não há transporte da prefeitura para a sede, sendo necessário solicitar um carro quando houver alguma necessidade de transporte rápido de usuários. Há apenas uma equipe, composta pelo médico e duas técnicas de enfermagem, embora haja o apoio de outro clínico geral, que atende por uma hora todos os dias, um pediatra, duas manhãs, e uma ginecologista, uma manhã por semana. A unidade não possui vínculo com instituições de ensino.

Construído em 1979, o local da UBS não dispõe de rampa para cadeirantes, há degraus na entrada, não se preserva espaço mínimo para trânsito de pessoas com necessidades especiais de locomoção, assim como não há corrimãos, que auxiliariam os muitos idosos que frequentam a unidade. É sempre dependendo da boa vontade e do auxílio físico da equipe, que certos usuários conseguem acessar o consultório, trazendo transtornos tanto para os usuários quanto para os profissionais, sendo a deficiência estrutural mais importante. Há um arquivo onde se armazenam os prontuários de maneira tradicional. Não há computadores e

recentemente foi implantada a internet, cujo funcionamento não se encontra em perfeição.

Diversos serviços são localizados na recepção, servindo também de farmácia e sala de espera. Esta possui poucos lugares em que os usuários possam esperar, não chegando a 7 ou 8 assentos. Há uma sala de vacinas mais adequada, estando separada das demais e tendo tanto todos os equipamentos, incluindo geladeira e ar condicionado, quanto apresenta um bom estado de conservação. A sala de procedimentos é dividida da cozinha apenas por uma divisória, mas é satisfatória na sua função, embora o espaço seja muito pequeno. A cozinha, por sua vez, tem menos de 6 m<sup>2</sup> e não permite o trânsito de duas pessoas simultaneamente. O banheiro, separado do almoxarifado por uma divisória, é apenas para funcionários, e tem tamanho muito reduzido. O único consultório é amplo, iluminado e ventilado, porém com mesa e cadeiras velhas, com uma maca em mau estado e não possui banheiro. O sabonete é em barra e a torneira da pia é tradicional. Contudo, as paredes são laváveis. Há placas de sinalização, com escrita e figuras, para localizar os cômodos. A higiene da unidade, contudo, é bem realizada. São feitas diariamente, incluindo as paredes. Há boa ventilação e iluminação natural, exceto no banheiro e na cozinha. Os lixos são recolhidos duas vezes por semana e há separação dos resíduos biológicos, que são recolhidos uma vez por semana.

A dimensão reduzida, a ausência de mais consultórios, assim como a confluência de serviços em um mesmo lugar levam a um atendimento dificultoso e demorado, que vem sendo superado apenas pela boa dinâmica da equipe. Contudo, a acessibilidade é o maior problema. No local destinado à UBS, faz-se um bom aproveitamento. Houve um empenho da equipe em tornar o lugar o mais organizado possível, para as suas dimensões.

Acredito que há pouco a se melhorar, sem a construção de nova unidade. Porém, há como se fazer uma melhor distribuição das consultas, realizando agendamentos, em horários diferenciados, para que os usuários não tenham que esperar por muito tempo, na unidade, ou seja, cada usuário terá um horário para chegar, diferente de, atualmente, que todos chegam no início do turno. Isso se tornaria mais produtivo para os usuários e causaria muito menos stress entre eles, permitindo inclusive que certas consultas, quando necessário, durem mais, sem que isso deixe os outros frustrados por esperarem demais.

Já em matéria de equipamentos e medicações, a unidade está mais bem servida, inclusive pelo fato de possuir uma pequena farmácia, estando tão longe da sede do Município. Os materiais essenciais estão quase todos presentes, excetuando-se negatoscópio e oftalmoscópio. Entre os materiais de procedimentos, porém, faltam matérias de sutura, bisturi e agulhas, o que torna necessário uma viagem de 25km até a sede, para uma simples sutura. Não há equipamentos de informática, o que torna o atendimento menos eficiente, pois há um armazenamento deficiente das informações e uma maior lentidão na organização da equipe. Tampouco há livros didáticos na unidade. Não há também consultório de odontólogo. Por algum motivo, ele se encontra junto à subprefeitura, na mesma vila, não prejudicando tanto, assim, a saúde bucal da população. Compromete, porém, a multidisciplinaridade do atendimento. Não há, inclusive, estufa nem autoclave, tornando necessário o transporte dos materiais para esterilização. Há reposição esporádica de equipamentos, mas não há de mobiliário. Alguns, inclusive, estão em más condições, tal como a escrivaninha do consultório. Há agentes de saúde para apenas pouco mais da metade dos usuários, pois não houve, até há pouco, abertura de editais para contratação. Eles dispõem da maioria dos materiais necessários para o serviço. Materiais de insumo para curativos e ginecológicos estão disponíveis e são satisfatoriamente repostos. Dos medicamentos, há a maioria necessária, tanto de uso contínuo quanto anti-inflamatórios e antibióticos. Os remédios controlados, porém, devem ser buscados na sede, pois estes necessitam de farmacêutico para sua dispensação. Vacinas são realizadas todas as que integram o calendário, excetuando-se a vacina contra a raiva, que deve ser realizada na sede. Exames de sangue são obtidos com rapidez, em menos de quinze dias. Radiogramas, mamografias e espirometria, dentro de um mês. ECG, dentro de dois meses. Os restantes, só podem ser pedidos por especialistas. Estes, por sua vez, demoram entre um e seis meses para se conseguir. A UBS consegue marcar consultas com especialistas e ECG, os outros devem ser marcados na sede.

Acredito que a situação da unidade, em relação a estes materiais, é boa. Há vacinação e a maioria das medicações necessárias. Penso que, para melhorar o atendimento, há, dentro de minha governabilidade, a opção de requisitar, junto à Secretaria, equipo e soros para a realização de medicação na unidade, e até mesmo fios de sutura e bisturis, para evitar o deslocamento do usuário até a sede para um

procedimento muito simples. Isto acarretaria numa melhora substancial do atendimento aos usuários.

Há apenas três profissionais trabalhando em turno integral, o que torna o atendimento bastante convencional, não havendo estrutura humana para intervenções mais diretas na população, havendo basicamente atendimento em resposta à demanda espontânea. Também por isso, a notificação compulsória de doenças se faz por estes três profissionais, eventualmente sob orientação das enfermeiras da coordenação das unidades. Os agentes de saúde também se dirigem à Secretaria de Saúde e à enfermeira da coordenação, logo não há atividades programáticas realizadas fora da Unidade. Pela mesma razão, não há busca ativa de usuários nem cuidado domiciliar. Há um déficit importante no atendimento integral e universal, permanecendo um modelo de atendimento iníquo. Não há material para suturas, nem para procedimentos. Também não há atendimento de urgência/emergência, pois não há soro, oxigênio, nebulizador ou eletrocardiograma para estes atendimentos. O que se faz é um pequeno rastreio do risco para um pronto encaminhamento ao pronto-socorro. Não há porta de entrada direta para internação, quando necessário, tendo que passar pelo PS da Sede previamente. Isso leva sempre a grandes deslocamentos, muitas vezes com custos para o usuário.

Felizmente, há um bom sistema de encaminhamento para referências. Não temos todos os profissionais disponíveis, mas para os que temos, demoram alguns meses e o agendamento é realizado na própria unidade, dispensando grandes deslocamentos. Há também contra-referência adequada. Atividades de qualificação profissional são louváveis, no município. Há, entre os médicos, reuniões mensais e eventuais aulas e treinamentos. Não são, porém, sobre gestão, mas apenas sobre matérias técnicas. Isso leva a um aperfeiçoamento constante da prática médica (e também da prática das técnicas de enfermagem), havendo assim um atendimento melhor. São as técnicas que gerenciam o insumo necessário, realizando pedidos de materiais junto à Secretaria. São levados em conta os hábitos e as necessidades dos profissionais, sendo em geral bem atendidos. Devido à dimensão reduzida da equipe e a impossibilidade de fechar a unidade mais cedo, não há reuniões periódicas entre os membros, mas os assuntos são prontamente discutidos assim que surgem dúvidas e sugestões, nos finais dos turnos, o que minimiza o problema.

Há pouco a se fazer sem uma equipe mais completa, porém há como se pedir, junto à Secretaria de Saúde, matérias para suturas, procedimentos, atendimentos emergenciais e medicação intravenosa ou inalatória para que haja um melhor aproveitamento do espaço disponível na unidade, além de evitar deslocamentos. Seria muito difícil fazer uma busca ativa dos usuários com maior necessidade que ainda nunca compareceram à Unidade, mas estamos trabalhando e registrando aqueles que já se consultaram e que necessitam, por diversas razões, de um retorno mais breve, assim como maior brevidade em exames.

A população alvo da UBS é estimada em torno de mil e seiscentas pessoas. É a única unidade de saúde na região, logo toda a população a tem como referência. A presença de uma equipe é adequada ao tamanho da população de usuários, pois se encontra dentro da faixa recomendada. A distribuição por sexo, com leve predomínio de mulheres na população parece estar de acordo com a realidade da área. Contudo, devido a peculiaridades sociais e econômicas, a proporção de idosos entre os usuários é muito maior do que a distribuição brasileira, tanto pela menor natalidade, já desde os anos 80, quanto pela emigração dos mais jovens para zonas urbanas. O número estimado de menores de 1 ano é de 36, porém a estimativa, na unidade, é de que seja menos, principalmente, devido a uma menor taxa de natalidade entre os usuários, ainda que não possuamos os dados. Também não há dados sobre gestantes, sendo que nenhuma utiliza a UBS para pré-natal, preferindo a saúde complementar. Pensa-se, contudo, que haja muito menos que as 45 gestantes estimadas, devido à baixa natalidade do local. Soma-se a isto o fato de mulheres em idade fértil mudarem-se para zonas urbanas, por causa de facilidades maiores de emprego.

Na unidade básica, as profissionais responsáveis pela recepção e triagem, a saber, as técnicas de enfermagem, têm o primeiro contato com o usuário e acabam o acolhendo. Eles marcam as consultas e verificam os sinais necessários. Todavia, são sobrecarregadas, pois são responsáveis também pelas vacinas, distribuição de medicamentos, autorização de exames, curativos e, quando surge uma queixa mais urgente, são elas que as ouvem e as discutem com o médico assim que possível, para avaliar a necessidade de atendimento imediato ou agendamento para um dia próximo, dependendo do caso e da disponibilidade. É feito o melhor possível, pois não há sala para este acolhimento, mas as profissionais se saem bem, ouvindo as queixas dos usuários e prontamente discutindo com o médico a ação mais

adequada, e encaminhando para consulta médica no mesmo período, quando necessário.

Com o registro do atendimento às crianças não foi possível preencher exatamente o Caderno de Ações Programáticas. O registro é feito somente no prontuário e, como esse atendimento era até há pouco feito por pediatra, não havia como resgatar e enumerar as crianças atendidas. De qualquer forma, não há puericultura programada, sendo feito apenas o atendimento conforme procura das mães. Também não há busca ativa destes, todavia as orientações de puericultura são todas realizadas, em todas as consultas. A estimativa de crianças atendidas foi feita através dos dados dos exames do pezinho, em média de uma criança por mês. Todas estão com o exame em dia, assim como as vacinas e dados antropométricos. Tampouco há desnutrição entre os avaliados. Há uma cobertura de 33% dessa faixa etária, o que se pode considerar razoável. Isso porque a estimativa para o número de crianças é de certa forma alta para esta região, já que o perfil demográfico é muito diferente, com uma proporção muito grande de idosos. Já os indicadores de qualidade estão bons, porque, embora o atendimento periódico não seja universal, as orientações são todas bem realizadas.

Contudo, certamente a cobertura ainda não é a ideal, devendo-se fazer uma busca ativa, juntamente aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com marcações periódicas de consulta, para se atingir a totalidade da população pediátrica. Já vim implementando um atendimento integral de puericultura conforme vêm os usuários com problemas agudos, mas planejo liberá-los já com uma próxima consulta marcada. Os registros também não são ideais, devendo ser implementado o registro por faixa etária e não apenas os exames e vacinas.

Não há gestantes em acompanhamento na UBS. Obviamente, existem gestantes na região, porém elas se utilizam da saúde suplementar ou do Centro Materno Infantil para o acompanhamento. O número exato das gestantes não é sabido, porém, pela diferença do perfil demográfico, mais idoso e com bons índices socioeconômicos, pensa-se em um índice baixo. Com isto conclui-se que a cobertura do pré-natal é insuficiente, pois não há registros sobre o número de gestantes e estas nem se dirigem à unidade e, na área dos ACS, não há nenhuma gestante. Assim, não há como avaliar a qualidade, infelizmente.

Assim também não há registro sobre puerpério. Nos primeiros 60 dias de trabalho, não atendi nenhuma consulta deste tipo, assim não pude contabilizar nem registrar as puérperas. Tampouco pude avaliar a qualidade destes atendimentos.

Mesmo que não seja necessária a realização das consultas na UBS quando a gestante se dirige ao médico de sua preferência, deveria haver um acompanhamento quanto ao número destas, por parte do ACS cadastrando-as, e das vacinas, por parte da equipe. Comparecimento das gestantes, mensalmente, a fim de registro, deveria ser incentivado, para que a unidade mantenha controle tanto dos dados e indicadores de qualidade quanto da qualidade do seu atendimento fora dali. A falta de registro atinge também a avaliação da saúde da mulher, através da cobertura de exames de rotina na prevenção do câncer de colo de útero e de mama. Não foi possível precisar o número de mulheres na faixa etária de screening, nem saber o número de exames de citopatológico de colo coletados. Este último também devido à ausência de uma enfermeira que faça a coleta e também porque ela é realizada junto ao hospital da vila, ou seja, sem conexão de dados com a unidade. Assim, não se pode avaliar a cobertura, tampouco os indicadores de qualidade. Logo, presume-se que seja insuficiente: sem controle não há como realizar-se a busca ativa das usuárias.

Para aprimorar o acompanhamento e melhorar o atendimento, primeiramente, deve ser implantado um registro específico de atendimentos, estratificando-os por faixa etária, o que permitiria saber quantas mulheres há nesta faixa. Após, deveria haver um registro dos citopatológicos solicitados e dos realizados, seguido de um registro sobre o resultado do exame e da periodicidade com que foram realizados. Também poder-se-ia adotar um registro específico, que seria verificado periodicamente, com os exames alterados, sua data e a previsão da nova realização, com o qual se poderia fazer uma busca ativa das usuárias, não permitindo perder seu seguimento.

Quanto ao controle do câncer de mama, também não é possível avaliar a cobertura devido à ausência de dados. Ainda assim, já iniciei a solicitação mamografia sempre dentro dos critérios, nas consultas por qualquer motivo. Também os ACS estão recomendando à população alvo consultas com esse fim. Porém, sem dados presume-se que seja insuficiente a cobertura, pois prejudica a busca ativa das usuárias. A qualidade, também não se pode avaliar, pela ausência de dados disponíveis.

Para melhorar esta situação, deveria haver um registro para saber quantas mulheres dentro da faixa etária estão sendo atendidas pela Unidade. Outro registro deveria ser criado para acompanhar os exames pedidos, em períodos de tempo, para se avaliar a cobertura dos exames. Por fim, um registro de mulheres com risco aumentado de câncer permitiria um acompanhamento ainda melhor. Outro registro específico importante para ser criado seria o dos exames alterados, verificado periodicamente, que seria estabelecido assim que eles chegassem acompanhados das recomendações de novos exames ou da periodicidade que seriam refeitos, para realizar uma busca ativa das usuárias que, por qualquer motivo, perdessem o acompanhamento.

O acompanhamento dos usuários tanto com diabetes mellitus, quanto com hipertensão arterial, ao contrário, pôde ser analisado. Através da revisão das Fichas de Atendimento e das de renovação de receita dos primeiros 60 dias de estágio, pois elas foram preenchidas com os diagnósticos correspondentes, pôde-se contabilizar o número de hipertensos acompanhados na unidade neste período. Também contabilizou-se assim as orientações e exames, examinando os prontuários quando necessário. A estimativa de hipertensos na área, de 358, parece bastante adequada, pois é uma doença bastante prevalente e a população da área é de perfil mais idoso, portanto, fator de risco para HAS. Já a cobertura se encontra em 61%. Inadequada, portanto, já que há quase a metade de hipertensos que não estão sendo acompanhados pela Unidade. Os indicadores de qualidade variam: a saúde bucal, com 23%, é muito inadequada, pois não há a cultura de consulta com odontólogo, e este não atende na unidade, dificultando um atendimento multidisciplinar. Orientações de hábitos de vida, exames e estratificação estão com 100%, e por enquanto 78% dos usuários estão com exames em dia. 19% estão com consultas atrasadas. Para melhorar os índices, e conseqüentemente o acompanhamento, deveria ser criada uma ficha espelho para usuários hipertensos, para que haja sempre um acompanhamento do número desses usuários, além, é claro, de uma busca ativa para trazer os hipertensos ainda não diagnosticados para a Unidade e manter um acompanhamento de perto. Esta busca ativa pode ser incentivada pelos ACS, trazendo usuários ainda não rastreados para a unidade. A ausência de grupos de hipertensos compromete bastante o acompanhamento destes usuários, sendo importante a criação destas atividades, assim que haja material humano para realizá-las.

Em relação à diabetes, estima-se em 102 o número de diabéticos e isto parece adequado, devido ao perfil etário da população e da ausência de promoção de hábitos saudáveis através de ações por parte do poder público. A cobertura, que é de apenas 43%, avalia-se como muito insuficiente. Os indicadores, porém, estão bons. Há atraso na consulta de apenas 18% dos usuários, havendo orientações recentes quanto aos hábitos e avaliações físicas, de risco e nutricionais em todos os restantes. Logo, conclui-se que a maior dificuldade é que o diabético ou não é diagnosticado, ou não chega até a unidade, mas quando rompe esta barreira, tem um bom seguimento e uma boa orientação.

Para melhorar estes dados, deve-se criar uma ficha espelho de usuários diabéticos, para acompanhar melhor o número de usuários com essa condição, além de uma busca ativa para rastrear os diabéticos que ainda não foram diagnosticados, para depois, fazer um acompanhamento pela Unidade. Esta pode ser incentivada pelo ACS que, junto à população, pode incentivar a marcação de consultas com os usuários de hábitos e faixa etária de risco que não realizam triagens periódicas para Diabetes Mellitus (DM). Também para a DM não há grupos, e a criação destes centralizaria as ações preventivas e terapêuticas, além de proporcionar uma melhora na coleta de dados estatísticos.

O registro do número de idosos na área foi feito também a partir da revisão das fichas de atendimento nos últimos 60 dias, o que permitiu saber a quantidade que realizou acompanhamento na UBS neste período de tempo recente. A estimativa de 218 idosos parece aquém da realidade, pois a expectativa de vida na região é bastante alta, há um êxodo de jovens da área, e a taxa de natalidade é muito baixa. Portanto, deve haver mais idosos que o estimado. A avaliação de cobertura, por sua vez, ficou em 96%, o que é uma cobertura muito boa, caso o número destes fosse realmente igual ao estimado. A Caderneta de saúde da pessoa idosa nunca foi distribuída pela unidade, tendo recebido o primeiro lote há uma semana, a meu pedido. Havia sido, porém, entregue apenas uma, no momento, o que é insuficiente e menos de 1%. Não foi possível estimar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida, nem de Riscos de Morbimortalidade, tampouco de Indicadores de Fragilização na Velhice e da Saúde Bucal. Contudo, o acompanhamento em dia preenche 100%, o que é muito bom, mas deve-se ao fato de que só são registrados os idosos que se consultaram recentemente. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) acomete 47% dos idosos e 13% tem DM. São

taxas de acordo com o esperado para a faixa etária. Orientações para atividade física regular e nutricionais são repassadas com periodicidade, representando 69% da cobertura, o que é um índice insuficiente.

Para melhorar a cobertura e os indicadores, deve ser feito o cadastro, pelos ACS, dos idosos em cada região, assim que se delimitar uma área para a UBS e forem contratados ACS em número suficiente para cobrir todas as áreas, e deverá ser incentivado o comparecimento periódico à Unidade por estes usuários. A distribuição da Caderneta do Idoso será mandatória, o que facilitará o seguimento e o cumprimento das prescrições pelo usuário. Também deverão começar a ser usados os indicadores de risco de morbimortalidade e avaliação multidimensional, com registro específico, a fim de melhorar tanto o atendimento quanto os indicadores. É claro que os registros usados são de má qualidade, pois demandam muito tempo para a pesquisa e só refletem um determinado período de tempo. Seria necessária a criação de registros com mais rigor e acessibilidade.

As maiores dificuldades que se enfrenta na unidade são físicas. A estrutura, antiga e inadequada, compromete tanto a acessibilidade do usuário, quanto o espaço reduzido se traduz em uma menor capacidade de atendimento, tanto quanto para a realização de procedimentos. O fato de a equipe ser pequena também reflete numa maior dificuldade em se implementar protocolos ou registros, devido ao pouco tempo que resta, após as numerosas atividades que exercem. Com a falta de informatização se perde um tempo que poderia ser gasto de formas mais produtivas, além de perder um importante instrumento de pesquisa. A ausência de registros, de fácil aplicabilidade e pesquisa, também compromete o trabalho, pois é a partir da análise de dados que podemos partir para ações e condutas mais relevantes para a comunidade, assim que se diagnostica as maiores carências ou os piores indicadores, em relação aos usuários.

Já as principais vantagens do trabalho no local são principalmente a compreensão facilitada, por parte dos usuários, e a facilidade com que se obtém orientação teórica, tanto com o telessaúde quanto com as referências para especialidades. A farmácia, por sua vez, tem numerosos medicamentos e supre a maioria das necessidades dos usuários, em especial os de uso contínuo. Recursos como exames de fácil obtenção são valiosos no tratamento e diagnóstico, pois permitem condutas com grande rapidez.

A estrutura física da UBS Monte Alverne está apresentada através de fotos ao final do trabalho (apêndice).

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o relatório de análise situacional**

Conforme decorreu o início deste estágio, e conseqüentemente com a análise situacional, percebi que, embora as consultas tenham resolubilidade e a demanda espontânea seja atendida, com seus respectivos diagnósticos realizados, não foi possível fazer um diagnóstico da população como um todo: quem são, quais doenças tem menor cobertura, como é a saúde da mulher, do idoso, o screening para câncer ginecológico. Isto ocorreu pela ausência de registros adequados na unidade, e também por ser uma unidade aberta à população de outros distritos. Durante este processo, adaptei e orientei como pude, minhas condutas e diagnósticos para que pudessem ser contabilizadas nas estatísticas. Percebi que é difícil mudar muitas coisas, mas algumas puderam ser realizadas. Também, em visitas domiciliares, pude conhecer um pouco da realidade dos usuários e ajudá-los no que consegui.

Após o término da análise situacional, percebi como formei uma visão crítica mais importante da situação do serviço. Como se pode ver, ignorei, no texto, muito sobre estrutura, sobre registros de saúde da população em geral, sobre as doenças mais prevalentes e sobre a rede de apoio da unidade: para exames, referências, multidisciplinaridade.

Depois de meses de estudo, tenho em mente agora a necessidade maior de criar registros com qualidade no serviço, que são importantes para diagnosticar a saúde da população como um todo e a partir disto focar nas deficiências e implementar protocolos, formas de atendimento que propiciem melhorar os indicadores e a qualidade da cobertura. Da mesma forma, criar uma busca ativa de crianças e gestantes, para que haja uma adequação do atendimento a estes usuários. Em relação a hipertensos e diabéticos, é importante a criação de grupos ou, se não houver material humano para tal, a criação de um fluxo de atendimento, talvez marcando um dia para renovação de receitas, ou mesmo controlando a assiduidade e a periodicidade em que estes vêm à consulta, quando da renovação das receitas.

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

### **2.1 Justificativa**

A hipertensão arterial e o diabetes mellitus são doenças altamente prevalentes na população e apresentam elevado grau de morbidade e mortalidade, se não tratados precocemente. O tratamento, inclusive, é relativamente simples e acessível, necessitando de modificações de hábitos de vida e de medicamentos, sendo por isso necessário que o usuário seja acompanhado na atenção primária à saúde, pois não requer exames complexos e necessita de intervenção por alguém próximo a ele, que conheça seu ambiente, ou seja, a equipe da Unidade Básica. Ambas as doenças predisõem a patologias mais graves, incluindo acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, perda de acuidade visual e insuficiência renal.

A HAS predis põe também a insuficiência cardíaca, enquanto o diabetes predis põe a neuropatias diversas, úlceras e eventualmente podendo levar a amputações ou coma. As patologias têm origens hereditárias, mas os hábitos de vida influenciam profundamente na fisiopatologia. Desta forma, seu tratamento e sua prevenção provocam uma melhora muito importante da qualidade da população em geral e um grande aumento na expectativa de vida do usuário.

A Unidade de Saúde de Monte Alverne possui, além de uma pequena recepção, uma sala de curativos, uma de vacinas e um consultório. Possui medicamentos anti-hipertensivos básicos para a distribuição, além de ser próximo a uma Farmácia Popular. Tem esfigmomanômetros, balança e aparelhos para a realização de hemogluco testes. Trabalham na unidade um médico e duas técnicas de enfermagem. A população atendida é de 1600 usuários. Pela dimensão reduzida da unidade e da equipe, torna-se difícil realizar atividades em grupo, mas há o necessário para o bom atendimento e seguimento dos usuários.

Minha ação prestará atendimento a usuários hipertensos com mais de 20 anos, os quais se estimam em 358 usuários. Destes, já recebem atendimento 220, ou 61%. Em relação à qualidade, 19% tem consultas atrasadas, 100% receberam orientações sobre alimentação saudável, atividade física e estratificação de risco cardiovascular, 81% tem exames complementares em dia e 23% tem avaliação da saúde bucal em dia.

Também prestarei atendimento a diabéticos com mais de 20 anos, cujo número na área estima-se em 102 e que atualmente consultam-se 44, ou 43%. Em relação à qualidade, 100% tem estratificação de risco cardiovascular, 18% tem consultas atrasadas, 82% tem exames complementares em dia, exame físicos dos pés nos últimos três meses, palpação dos pulsos dos pés nos últimos três meses, orientação de atividade física e alimentação saudável, mas apenas 52% tem avaliação bucal em dia e nenhum mediu sensibilidade nos pés, por ausência de material. Não há ações em grupo para estes usuários, apenas atendimento convencional, com reconsultas marcadas e garantia de seguimento através da renovação de receitas, a cada quatro meses.

Isto posto, nota-se a importância de elevar os indicadores de cobertura destas patologias entre os usuários e, tão importante quanto, elevar os indicadores de qualidade para 100%. Quanto à cobertura, pretende-se chegar em 85% entre os hipertensos e 80% entre os diabéticos. Os técnicos em enfermagem envolver-se-ão através do acolhimento, marcando consultas e encaminhando para as mesmas quando necessário, através de aferições de pressão e medidas de hemoglicoteste (HGT), com a subsequente anotação no cartão de acompanhamento do usuário. Toda a equipe poderá orientar e questionar sobre hábitos saudáveis quando solicitados. Os ACS, por sua vez, poderão buscar os usuários que percam o seguimento e marcar consultas para eles. Haverá, contudo, dificuldades. Não há espaço para atividades em grupo e a equipe é pouco numerosa, havendo muitas tarefas concomitantes que poderão limitar sua atuação. Contudo, o grau de comprometimento e capacidade, tanto da equipe quanto da população, poderão facilitar o processo, podendo proporcionar aos usuários uma vida mais longa e com mais qualidade.

Ao abordar o acompanhamento de hipertensos e diabéticos na minha unidade, pretendo elevar o índice de cobertura, respectivamente, de 61% e 43% para 85% e 80%. Penso em fazê-lo com apoio dos ACS e da equipe do atendimento domiciliar, além das técnicas de enfermagem, que podem, a partir das aferições de pressão arterial, encaminhar para consultas.

Quanto aos indicadores de qualidade, penso em transformá-los em 100%, dando ênfase na adesão de usuários faltosos. Isso terá de ser realizado através de busca ativa dos usuários. Implementarei o protocolo para estratificar o risco cardiovascular em cada um dos usuários com essas patologias. Este será utilizado,

também, para dar todas as orientações necessárias: nutricionais, sobre tabagismo, atividade física e higiene bucal. Por fim, o protocolo desta atividade será utilizado para solicitar exames complementares com periodicidade necessária, de prescrição de medicamentos e atendimento odontológico.

Penso que implementar o registro do e-sus, sistema de informação informatizado em substituição ao SIAB, colaborará com a coleta destes dados, sendo necessário uma ficha espelho para acompanhar os dados restantes, em especial a das orientações para promoção de saúde. Será utilizado para busca 100% da adesão dos usuários faltosos e manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários.

## **2.2 Objetivos e Metas**

### **2.2.1 Objetivo Geral**

Melhoria na atenção à saúde de hipertensos e diabéticos tipo 2 na UBS Monte Alverne, em Santa Cruz Do Sul/ RS.

### **2.2.2 Objetivos Específicos**

- Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos
- Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos
- Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa
- Objetivo 4: Melhorar o registro das informações
- Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular
- Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

### **2.2.3 Metas**

Objetivo 1:

- Meta 1: Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

- Meta 2: Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

#### Objetivo 2:

- Meta 1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
- Meta 2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.
- Meta 3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- Meta 4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- Meta 5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Meta 6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- Meta 7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.
- Meta 8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

#### Objetivo 3:

- Meta 1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.
- Meta 2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

#### Objetivo 4:

- Meta 1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Meta 2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

#### Objetivo 5:

- Meta 1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Meta 2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

#### Objetivo 6:

- Meta 1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.
- Meta 2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.
- Meta 3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.
- Meta 4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.
- Meta 5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.
- Meta 6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.
- Meta 7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.
- Meta 8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

## **2.3 Metodologia**

### **2.3.1 Ações (Incluindo o detalhamento)**

**Objetivo 1: Ampliar a cobertura para 80% dos hipertensos e 85% dos diabéticos da área de abrangência com acompanhamento na unidade de saúde.**

- Meta 1: Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde
- Meta 2: Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

#### No eixo de Monitoramento e Avaliação:

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

Detalhamento: O médico cadastrará e acompanhará os dados dos usuários semanalmente, através de fichas-espelho e planilhas de coleta de dados.

#### No eixo de Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento: Toda a equipe registrará, em planilhas, diariamente, os hipertensos e diabéticos acompanhados pelo posto.

Ação: Garantir material adequado para a medida da PA e glicemia capilar.

Detalhamento: As técnicas de enfermagem solicitarão junto à gestão esfigmomanômetros e fitas e aparelhos de hemoglicoteste e cuidarão dos estoques.

#### No eixo de Engajamento Público

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

Detalhamento: Toda a equipe usará a rádio da vila para informar a população sobre esse programa, mensalmente.

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

Detalhamento: Toda a equipe exporá cartazes contendo as informações, no posto e pela vila, na primeira semana.

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos.

Detalhamento: Toda a equipe exporá cartazes contendo as informações, no posto e pela vila, na primeira semana.

Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Mensalmente, as técnicas solicitarão à rádio local que veicule estas informações.

#### No eixo de Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: O médico, na primeira semana, logo após a reunião de equipe, orientará as 3 ACS sobre o cadastramento dos usuários com estas patologias.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: Na primeira semana, logo após a reunião de equipe, o médico instruirá as técnicas sobre a propedêutica correta de aferir a pressão arterial.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Na primeira semana, logo após a reunião de equipe, o médico instruirá as técnicas sobre a correta medição da glicemia capilar pelo HGT.

**Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos que fazem acompanhamento na unidade de saúde.**

- Meta 1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
- Meta 2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.
- Meta 3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- Meta 4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- Meta 5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Meta 6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- Meta 7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.
- Meta 8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

No eixo de Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo e a periodicidade adotado na unidade de saúde.

Detalhamento: Toda a equipe, semanalmente, revisará os registros para monitorar estes dados.

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

Detalhamento: As técnicas, semanalmente, verificarão a disponibilidade do acesso a este programa

#### No eixo de Organização e Gestão do Serviço:

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: Exames laboratoriais já são garantidos e prontamente realizados

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

Detalhamento: Os exames complementares já são realizados prontamente, sem necessidade de espera.

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

Detalhamento: o médico, ao renovar as receitas, verificará no prontuário a necessidade de novos exames complementares.

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

Detalhamento: as técnicas, mensalmente, controlam o estoque, incluindo a validade, e solicitam novos lotes, se necessário.

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

Detalhamento: As técnicas, mensalmente, avaliarão a quantidade de medicamentos dispensados para os usuários.

#### No eixo de Engajamento Público

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

Detalhamento: o médico, em todas as consultas, orientará esta necessidade e as técnicas, na aferição da pressão e glicemia capilar, reforçarão esta orientação.

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

Detalhamento: O médico orientará, em cada consulta, a periodicidade dos exames.

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

Detalhamento: As técnicas, em toda dispensação de medicamento, orientarão o usuário nestas questões.

#### No eixo de Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: Na primeira semana, após a reunião de equipe, a equipe estudará o exame clínico do usuário hipertenso e do diabético para atualização.

Ação: Capacitar a equipe quanto à periodicidade na solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Na primeira semana, logo após a reunião de equipe, o médico explanará quanto à periodicidade na solicitação destes exames

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Detalhamento: O médico, mensalmente, estudará em novas fontes, sobre o assunto.

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

Detalhamento: Na primeira semana, logo após a reunião de equipe, o médico capacitará a equipe neste quesito.

**Objetivo 3: Melhorar a adesão dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.**

- Meta 1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.
- Meta 2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

No eixo de Monitoramento e Avaliação:

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

Detalhamento: Mensalmente, as ACS monitorarão as consultas em dia de seus usuários.

No eixo de Organização e Gestão do Serviço:

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Detalhamento: Em cada reunião de equipe, as ACS, as técnicas e o médico agendarão visita domiciliar aos faltosos

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

Detalhamento: As técnicas reservarão duas consultas semanais para cada ACS, que marcará com seu usuário, e o estimulará a comparecer.

No eixo de Engajamento Público

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

Detalhamento: toda a equipe o realizará, mensalmente, nos grupos

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

Detalhamento: toda a equipe o realizará, mensalmente, nos grupos.

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

Detalhamento: pelo médico, em todas as consultas e por toda a equipe, nos grupos.

#### No eixo de Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: Na primeira reunião de equipe, o médico treinará os ACS.

#### **Objetivo 4: Melhorar os registros das informações sobre o acompanhamento de hipertensos e diabéticos na unidade de saúde.**

- Meta 1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Meta 2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

#### No eixo Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento: em todas as consultas, o médico se utilizará de uma ficha-espelho para tal.

#### No eixo de Organização e Gestão do Serviço

Ação: Manter as informações do e-sus atualizadas.

Detalhamento: o médico, as técnicas e as ACS, em cada consulta, preencherão o formulário.

Ação: Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.

Detalhamento: O médico solicitará, junto à gestão, na primeira semana, a impressão e distribuição de tais planilhas.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Na primeira reunião de equipe, o médico assim orientará.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: o médico, na primeira reunião de equipe, dispor-se-á a ser o responsável.

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

Detalhamento: toda a equipe terá acesso à planilha, que será preenchida pelo médico, em todas as consultas.

#### No eixo Engajamento Público

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

Detalhamento: toda a equipe, em cada consulta/procedimento, orientará a respeito da manutenção dos registros.

#### No eixo Qualificação da Prática Clínica

Ação: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do usuário

Detalhamento: Na primeira reunião de equipe, o médico treinará a equipe no preenchimento dos registros

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

Detalhamento: Na primeira reunião de equipe, o médico treinará a equipe no registro adequado dos procedimentos.

### **Objetivo 5: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.**

- Meta 1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Meta 2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

#### No eixo Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento: O médico, em todas as semanas, monitorizará isto através dos registros utilizados

#### No eixo Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento: As técnicas de enfermagem acolherão os usuários de alto risco e os encaminharão para consulta e as ACS darão prioridade na marcação de consultas para estes usuários.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: as técnicas reservarão cinco atendimentos semanais para esta demanda

#### No eixo de Engajamento Público

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

Detalhamento: O médico, em cada consulta, orientará seus usuários.

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

Detalhamento: Em cada consulta, o médico orientará seus usuários.

#### No eixo de Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: na primeira reunião de equipe, o médico orientará os demais.

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

Detalhamento: na primeira reunião de equipe, o médico orientará os demais.

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

Detalhamento: o médico, na primeira reunião de equipe, orientará as técnicas e as ACS.

### **Objetivo 6: Promover a saúde dos hipertensos e diabéticos na unidade de saúde**

- Meta 1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.
- Meta 2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.
- Meta 3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.
- Meta 4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.
- Meta 5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.
- Meta 6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.
- Meta 7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.
- Meta 8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

#### No eixo de Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientações nutricionais, de atividade física regular e de riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: pelo médico, em todas as consultas, junto à ficha-espelho do usuário.

#### No eixo de Organização e Gestão do Serviço

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas e educadores físicos.

Detalhamento: na primeira semana, o médico solicitará à gestão estas parcerias.

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

Detalhamento: o médico, na primeira semana, demandará junto à gestão estes medicamentos.

#### No eixo de Engajamento Público

Ação: Orientar usuários e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, atividade física regular e sobre a existência de tratamento para cessar o tabagismo.

Detalhamento: o médico, em cada consulta, dará estas orientações.

#### No eixo de Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável e atividade física e tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento: na primeira reunião de equipe, o médico capacitará a equipe nestes quesitos.

Ação: Capacitar a equipe da UBS sobre avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso e do diabético.

Detalhamento: Na primeira semana, a equipe se reunirá para discutir as estratégias e o exame odontológico básico dos usuários.

### **2.3.2 Indicadores**

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura para 80% dos hipertensos e 85% dos diabéticos da área de abrangência com acompanhamento na unidade de saúde.

**Meta 1:** Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

**Indicador 1:** Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

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

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

**Meta 2:** Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 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 do atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos que fazem acompanhamento na unidade de saúde.

**Meta 1:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Indicador 3:** Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

**Meta 2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Indicador 4:** Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

**Meta 3:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

**Meta 4:** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 6:** Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

**Meta 5:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 7:** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

**Meta 6:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 8:** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

**Meta 7:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Indicador 9:** 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 8:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Indicador 10:** 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 dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 1:** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 11:** Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

**Meta 2:** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 12:** Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

**Objetivo 4:** Melhorar os registros das informações sobre o acompanhamento de hipertensos e diabéticos na unidade de saúde.

**Meta 1:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 13:** Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

**Meta 2:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 14:** Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

**Objetivo 5:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 15:** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

**Meta 2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 16:** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

**Objetivo 6:** Promover a saúde dos hipertensos e diabéticos na unidade de saúde

**Meta 1:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Indicador 17:** 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 2:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 3:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 19:** 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 4:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 20:** 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 5:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

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

**Indicador 22:** 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 7:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 23:** 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 8:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 24:** 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 realizar a intervenção, utilizarei como protocolos o Caderno de Atenção Básica nº 36 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus (BRASIL, 2013) e a diretriz da American Diabetes Association (2014). Para HAS, utilizarei o Caderno de Atenção Básica nº 37 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial (BRASIL, 2013) e a VIII Joint (2013).

Utilizarei para registro as fichas espelhos disponibilizadas neste programa. Espero atingir a meta de atender 304 hipertensos e 81 diabéticos. Providenciaremos, junto à gestão, tal número de fichas para permitir o acompanhamento. Mensalmente, utilizar-se-á a planilha eletrônica para acompanhar os dados.

Para organizar o registro, revisar-se-á os prontuários dos usuários já em acompanhamento e os dados serão transcritos para as novas fichas-espelho e

protocolos. Aos usuários que necessitarem melhorar a qualidade das orientações, marcar-se-á nova consulta.

Quanto à cobertura, os materiais do posto são adequados e as técnicas garantem a sua reposição. O registro será feito pelo médico, nos prontuários e nas fichas-espelho. A comunidade será informada, através de cartazes e do rádio, a importância da triagem para HAS e DM. Os agentes de saúde serão treinados para cadastrar os respectivos usuários e orientá-los a consultar-se com periodicidade recomendada.

Quanto à qualidade, a monitorização será feita pelo médico através dos protocolos e fichas-espelho. Os técnicos controlarão a reposição de medicamentos e o médico solicitará os exames complementares periodicamente conforme os protocolos. Através, de cartazes, a comunidade será orientada a acessibilidade a medicações, através da Farmácia Popular, e da importância de realizações de exames complementares. O médico e a equipe realizarão atualização na prática através do estudo dos protocolos.

Quanto à adesão, a monitorização será feita pelo médico e pelos técnicos e agentes de saúde, seguindo os protocolos. Os ACS identificarão os faltosos para visita domiciliar e a agenda terá 5 consultas diárias reservadas para os usuários com as patologias. A comunidade será informada da importância de consultas regulares através dos ACS, de grupos comunitários e rádio. Os ACS serão orientados a encaminhar os usuários para consulta, conforme a periodicidade.

Quanto ao registro, fichas-espelho ajudarão o médico a monitorar a qualidade do atendimento. As fichas do e-sus se manterão atualizadas. Através de grupos comunitários, a sociedade será orientada a organizar e manter seus registros de saúde. A equipe será treinada para preencher os registros necessários.

Quanto à avaliação de risco, serão estratificados os usuários pelo score de Framingham, cujo registro estará na ficha-espelho. Uma consulta diária será reservada para aqueles com risco alto. Cartazes e explicações orientarão a comunidade a importância de práticas e alimentação saudáveis. As técnicas serão treinadas para observar o score e orientar consultas periódicas, além de práticas saudáveis.

Quanto à promoção de saúde, registrar-se-á a orientação para práticas e alimentação saudáveis na ficha-espelho. Solicitar-se-á junto ao gestor práticas em conjunto com nutricionista para orientações à comunidade. As práticas também

serão orientadas aos não-portadores das patologias, pelo médico e pelas técnicas. As técnicas e os ACS serão capacitados, através de estudo do protocolo, para poderem orientar estas práticas.

### 2.3.4 Cronograma

Cronograma de atividades												
ATIVIDADES	SEMANAS											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Implementação da planilha e fichas-espelho	X											
Elaborar informativos em rádio e cartazes	X			X				X				
Capacitação dos profissionais de saúde sobre o protocolo	X	X										
adastramento dos usuários	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Contato com líderes comunitários sobre importância do acompanhamento de diabéticos e hipertensos na UBS	X					X						
Atendimento clínico a hipertensos e diabéticos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Capacitação dos ACS para busca de usuários ausentes ou faltosos	X	X										
Buscar usuários faltosos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoramento da intervenção	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Garantir com a gestão os recursos necessários para a intervenção	X											
Reuniões de equipe	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atividades em grupo				X				X				X

### **3 Relatório da Intervenção**

#### **3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente**

Durante o projeto, visando aumentar a cobertura dos programas de acompanhamento de hipertensos e diabéticos e melhorar o cuidado, foram previstas diversas ações, sendo a maioria delas bem sucedidas, as quais cito a seguir:

Foi proposta a implementação de fichas-espelhos e planilhas de coletas de dados, os quais foram impressos pela prefeitura no prazo. A equipe atualizava a planilha pelo computador, enquanto que as fichas-espelho eram impressas e anexadas aos prontuários. Toda a equipe se empenhou no registro, especialmente nas fichas, sendo a planilha de responsabilidade do médico. A prefeitura também disponibilizou o material adequado para medida de PA e glicemia capilar.

Houve informativos à comunidade através de cartazes, rádio e reuniões de grupos, no quais informamos a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes, a importância de medir a pressão arterial anualmente a partir dos 18 anos e realizar exame de glicose quando há fatores de risco e informações sobre fatores de risco para o desenvolvimento destas patologias.

No início da intervenção, nas duas primeiras semanas, realizamos reuniões com toda a equipe para treiná-los nas ações de nosso Programa e na correta utilização das fichas, planilhas e equipamentos necessários. As técnicas participaram das reuniões, praticando novamente a propedêutica da aferição correta da pressão arterial e do uso do hemogluco teste.

Monitoramos o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo através da planilha de coleta de dados, que era revista semanalmente e pôde propiciar um panorama útil para a busca ativa de usuários com investigação incompleta. Quanto à monitorização do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, as técnicas controlavam diariamente o acesso dos usuários ao serviço.

A gestão prontamente garantiu a solicitação de exames complementares, os quais eram obtidos por acesso direto no laboratório, sem necessidade de autorização prévia.

Com as fichas-espelho, o médico controlava, a cada consulta ou revisão de prontuário, a necessidade de novos exames complementares, conforme preconizados. As técnicas, semanalmente, realizaram o controle do estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Para manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, as técnicas mantiveram um registro semanal, bem atualizado.

Para orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares, o médico, em todas as consultas ou revisando a planilha, reforçava esta orientação. Também em cada consulta, todos os profissionais orientaram os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Na primeira reunião de equipe, toda a equipe foi capacitada quanto à periodicidade na solicitação de exames complementares. O médico, quase diariamente, estudou em novas fontes a respeito de realizar atualização no tratamento da hipertensão e diabetes.

Para monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), a planilha era revisada semanalmente.

A fim de organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos, a cada reunião de equipe, realizada nas quintas-feiras, os ACS, as técnicas e o médico decidiam a necessidade. Para organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares, as técnicas reservaram duas consultas semanais para cada ACS, que marcará com seu usuário, e o estimulará a comparecer.

Para treinar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade, foram feitas reuniões de equipe.

A qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde foi monitorada através de fichas-espelho e da planilha de coleta de dados.

Já na primeira semana, cada usuário teve ficha-espelho criada para devido acompanhamento. Estas foram impressas com antecedência pela gestão.

Toda a equipe pactuou para o adequado o registro das informações.

Quanto a definir responsável pelo monitoramento dos registros, o médico ficou como responsável.

A planilha, revisada semanalmente, foi estabelecida como 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.

Em cada consulta e atendimento, os usuários e a comunidade foram orientados sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Da mesma forma, a cada consulta, o médico fazia um exame clínico apropriado, assim como um exame odontológico básico e realizava orientações e encaminhamentos a um odontólogo quando necessário.

Para treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do usuário, foram realizadas reuniões de equipe, com boa participação dos demais profissionais. Nesta também pôde-se capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Também foram realizadas apresentações a fim de capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e foi possível capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação e capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Finalmente, capacitou-se a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável e atividade física e tratamento de usuários tabagistas, além de orientações e o exame odontológico básico nos usuários-alvo. Também foi estudado e orientado a realização de exame clínico apropriado para cada usuário.

Através da planilha, pôde-se monitorar o número de usuários com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. Os usuários de alto risco tiveram registro próprio, na recepção e junto aos ACS, para priorizar o atendimento destes. Esta demanda foi organizada através da reserva de cinco atendimentos semanais.

A cada consulta, orientou-se os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Também nas consultas pôde-se esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação) e pôde-se orientar usuários e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, atividade física regular e sobre a existência de tratamento para cessar o tabagismo.

Para monitorar a realização de orientações nutricionais, de atividade física regular e de riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos, foi muito prática a utilidade da planilha de coleta de dados e fichas-espelho.

Foi solicitada à gestão parcerias institucionais para envolver nutricionistas e educadores físicos, cuja resposta foi a falta de profissionais, mas a equipe da unidade, através de contatos pessoais, conseguiu a vinda de uma nutricionista e um professor de educação física para orientações à comunidade, com grande participação.

### **3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas**

As únicas ações previstas que não puderam ser realizadas foram a atualização das informações do e-sus, devido ao atraso da implementação da informatização na unidade e a aquisição, por parte do gestor, de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo"; este não pôde ser cumprido devido à falta de recursos da prefeitura.

### **3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores**

Houve uma normal curva de aprendizado, quanto à utilização das fichas e da planilha, por parte da equipe, o que é normal e esperado. No início, haviam muitas dúvidas, por parte de todos os profissionais, que por vezes eram discutidas no fim do dia e posteriormente solucionados. A ficha-espelho, preenchida por todos, passava por uma última análise minha, antes de ser anexada ao prontuário, mas as informações estavam sempre corretas. A planilha, por sua vez, foi sendo preenchida conforme a vinda dos usuários, e não teve maiores problemas.

### **3.4 Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, mesmo com a finalização do curso**

Após o fim da intervenção, as consultas com os ACS continuaram a ser marcadas diretamente, assim como a busca ativa de usuários faltosos. As reuniões de equipe, nas quintas-feiras, foram efetivadas pela gestão, e agora podem ser feitas de portas fechadas. Ali são discutidos os problemas que temos no dia-a-dia da unidade, assim como a discussão de casos. O dia de grupo manteve-se uma vez por mês e ainda traz novos usuários para participar. Assim, esta intervenção, de caráter breve, permitiu uma continuidade na melhora dos cuidados e que, a médio prazo, pode trazer uma marca importante na saúde da população.

## 4 Avaliação da Intervenção

### 4.1 Resultados

**Objetivo:** Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos

**Meta:** Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

**Indicador:** Proporção 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.

A população alvo da intervenção é de 1600 pessoas. Destas, estima-se que haja 243 hipertensos e 60 diabéticos. Nunca houve uma intervenção desta natureza na comunidade em questão, por isso iniciamos cadastrando do zero. Na área da UBS, pudemos chegar a uma cobertura populacional de hipertensos de 69 usuários, ou 28,4%, no fim do primeiro mês para 98 usuários, ou 40,3%, no fim do segundo e 109 usuários, ou 44,9%, no terceiro, uma curva ascendente, cobrindo quase a metade dos hipertensos estimados.

Estes dados são positivos, pois demonstram uma grande capacidade de acolher estes novos usuários, que antes eram atendidos em outras unidades ou por médicos particulares. Também foi importante a atuação dos ACS na captação dos usuários nas suas próprias moradias. O número poderia ser maior, não fosse a ausência de ACS e muitas das microáreas.

A meta de 85% foi demasiado otimista, pois havia uma lista com um cadastro muito defasado e tivemos de partir do zero. Contudo, trouxemos uma importante melhoria em saúde para quase a metade dos usuários.

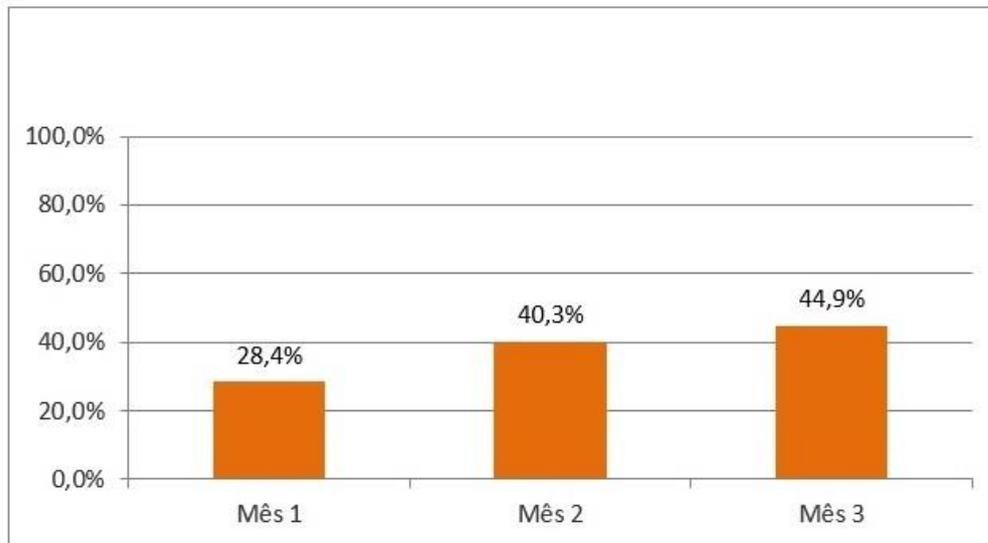


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde

Fonte: planilha de coleta de dados

**Objetivo:** Ampliar a cobertura a diabéticos e hipertensos

**Meta:** Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador:** Proporção 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.

Quanto à cobertura populacional de diabéticos, partimos do zero e passamos a 20% no fim do primeiro mês, para 36,7% no segundo e 33,3% em três meses. São 12, 16 e 20 usuários, respectivamente, enquanto a estimativa na comunidade é de que haja 60 usuários diabéticos. É um número de fato positivo, pois iniciamos já com novos diagnósticos e uma boa interligação entre a comunidade e os ACS e a unidade, para recebê-los. Infelizmente, também a ausência de ACS em todas as microáreas fez com que este número não fosse maior.

A meta de 80% não foi atingida, em parte por ter sido muito otimista ou porque não nos demos conta que não havia acompanhamento prévio e que partiríamos do zero e não dos 43% cadastrados antigamente em uma lista muito defasada. Concluimos, contudo, que atingimos um valor muito bom, trazendo melhorias em saúde para um terço dos usuários.

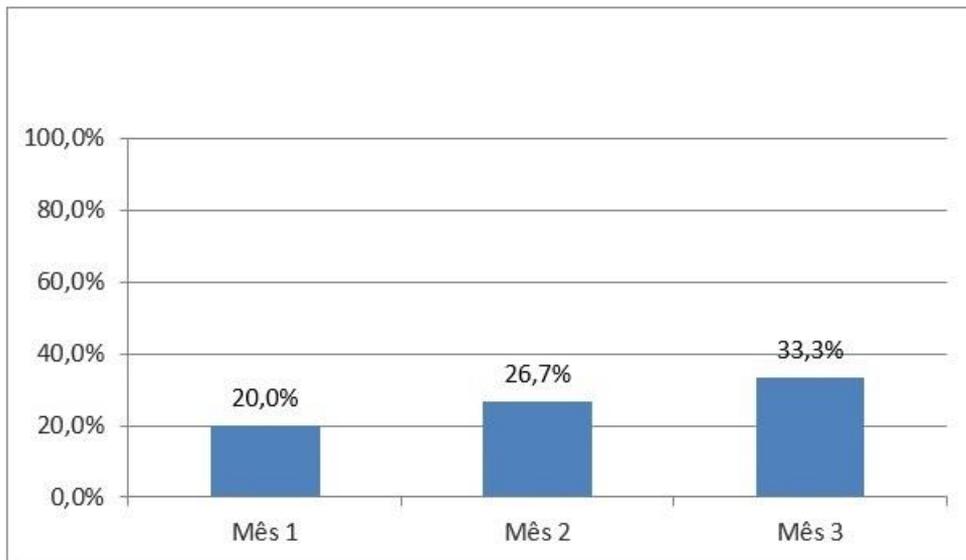


Figura 2: cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde  
 Fonte: planilha de coleta de dados

**Objetivo:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos

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

**Indicador:** Proporção de hipertensos com exame clínico apropriado.

Dentre os hipertensos, conseguimos manter sempre o exame clínico em dia, na marca de 100%, ou seja, 109 usuários no final do último mês, pois cada usuário cadastrado já passava para consulta ou para o acolhimento, no mesmo dia tendo sido examinado completamente. Assim, obteve-se o bom número de 100% em todas as três ocasiões.

**Objetivo:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos

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

**Indicador:** Proporção de diabéticos com exame clínico apropriado.

O exame clínico nos diabéticos também foi exemplar. Todos foram examinados, já a partir do primeiro mês, pois passavam para consulta no mesmo dia do cadastro, e manteve 100% em todos os três meses, ou seja, 20 usuários no final do terceiro mês.

**Objetivo:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos

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

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

Os exames complementares eram solicitados também na consulta, no mesmo dia do cadastro, porém muitos destes só eram realizados algum tempo após a solicitação. Assim, iniciamos com 45 usuários, ou 65,2%, de exames clínicos em dia que evoluiu para 75 usuários, ou 76,5%, no segundo mês e no terceiro mês chegou a 95 hipertensos com exames em dia, dos 109 acompanhados, o que equivale a 87,2%.

É uma curva ascendente, não chegou a 100%, que é a meta, pois houve a perda de usuários que se consultavam com um clínico particular, que foram dois, ainda em contato com os agentes de saúde, mas que preferiram buscar seu clínico, alguns que se recusaram a fazer os exames numa época do ano com muito trabalho (o plantio do fumo) e por fim alguns que não tiveram tempo de mostrar os exames até o fim da intervenção. Contudo, é um dado muito positivo, pois aproxima-se muito da meta e traduz em qualidade de vida e saúde para os usuários.

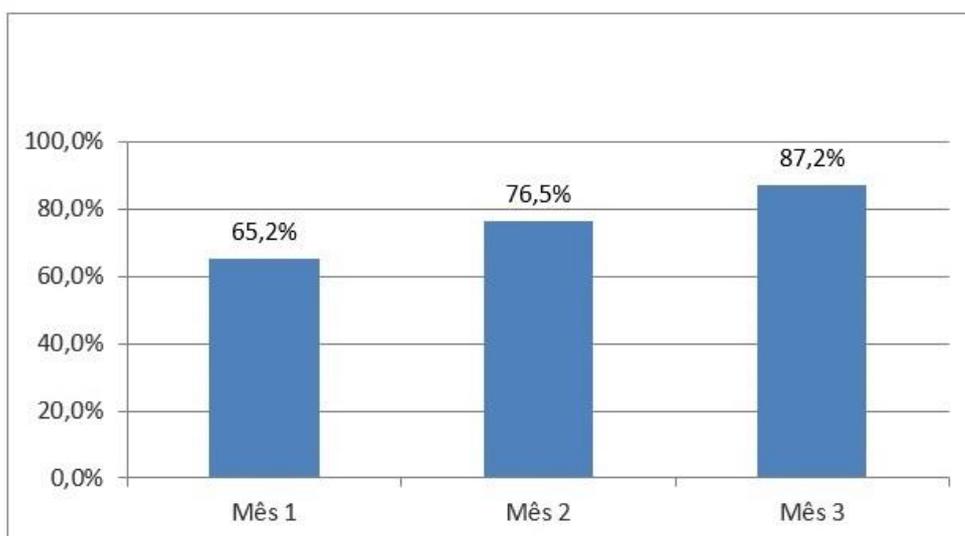


Figura 3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Fonte: Planilha de coleta de dados

**Objetivo:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos

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

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

Entre os usuários diabéticos, houve uma evolução de exames clínicos em dia de 8 usuários, ou 66,7%, para 12 usuários, ou 75%, no segundo mês e 18 diabéticos, ou 90%, no fim da intervenção, um resultado bastante adequado e muito próximo da meta de 100%. Foram 18 diabéticos com exames em dia, dos 20 acompanhados. São dados bastante positivos, que indicam que, no seguimento do trabalho a proporção chegaria a 100%.

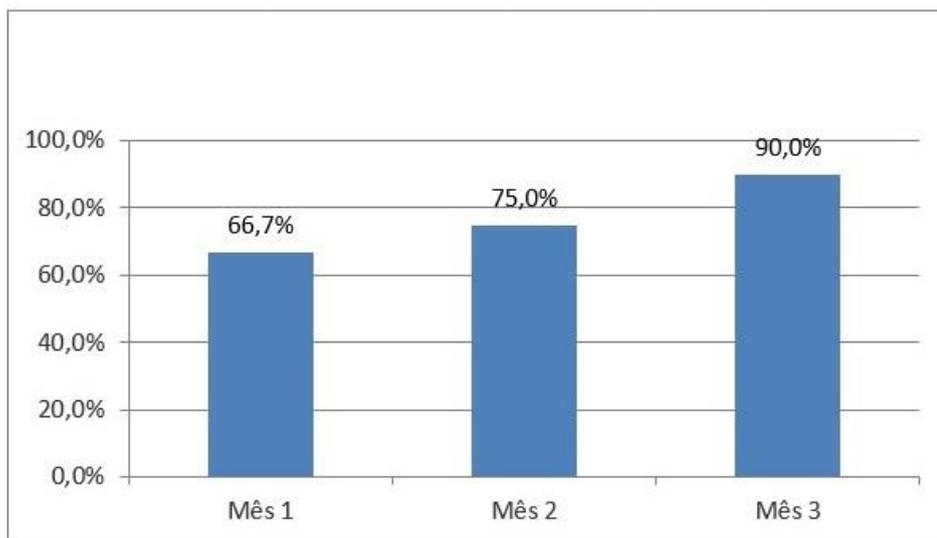


Figura 4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados

**Objetivo:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos

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

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

A proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia tinha uma meta de 100%, mas alcançou 61 usuário ou 88,4%, no primeiro mês, 90 usuários ou 91,8%, no segundo e 100 hipertensos ou 91,7%, no terceiro, em uma curva pouco ascendente. Foi um resultado positivo, embora abaixo da meta, pois foram de 4 usuários que necessitavam de medicação especial para controlar comorbidades, tais como o antagonista da aldosterona, que não está disponível no Programa, mas se obtém gratuitamente pela prefeitura municipal. No total, 100 dos 109 hipertensos acompanhados tinham prescrição de somente medicações encontradas na Farmácia Popular.

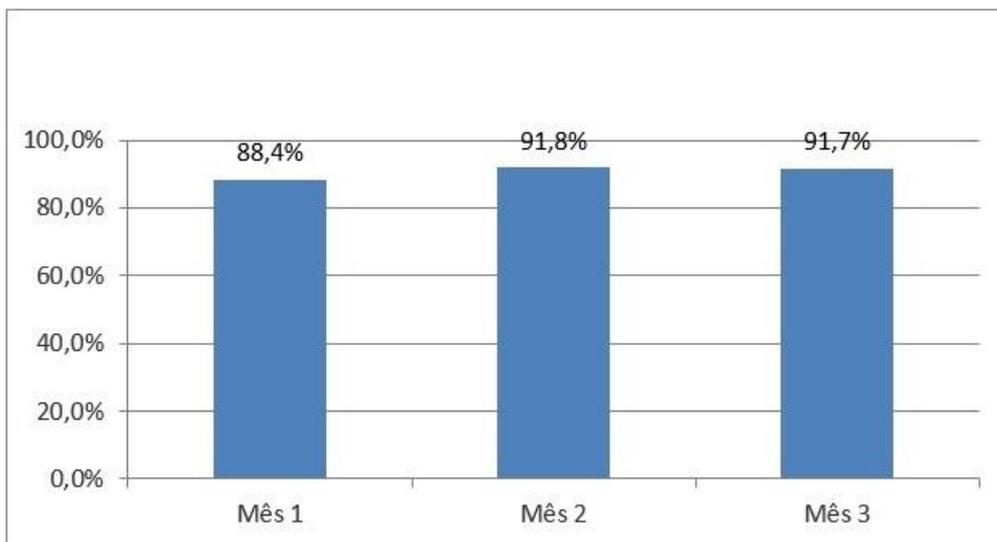


Figura 5: proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada

Fonte: Planilha de coleta de dados

**Objetivo:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos

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

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

A proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia iniciou em 11 usuários ou 91,7%, no primeiro mês, passou a 15

usuários ou 93,8%, no segundo mês e terminou em 19 diabéticos ou 95%, em uma curva ascendente e um resultado muito próximo da meta de 100%. É um resultado positivo, com apenas um usuário necessitando de outro medicamento. Este era o glicazida, usado no lugar da glibenclamida, cujo efeito foi muito mais proeminente neste usuário. Assim, 19 dos 20 diabéticos tem receita com somente medicamentos da Farmácia Popular.

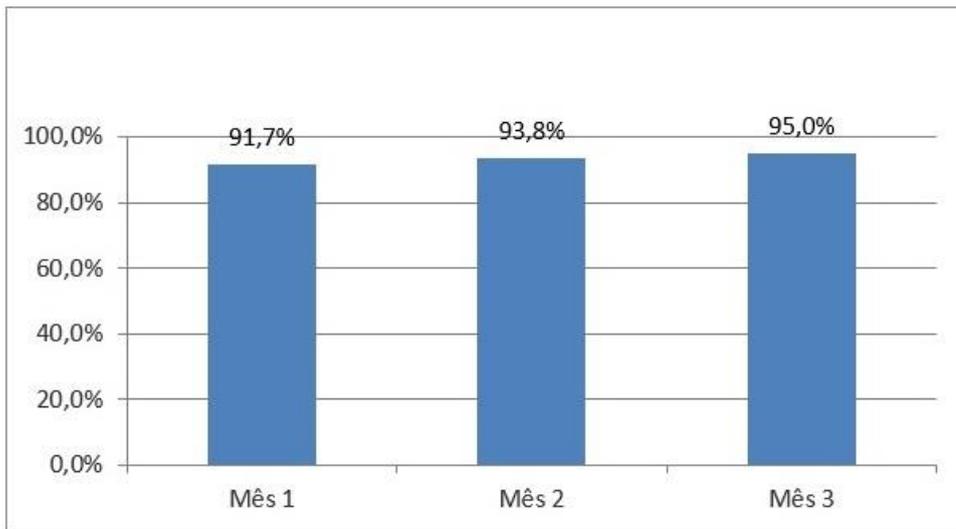


Figura 6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada

Fonte: Planilha de coleta de dados

**Objetivo:** Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos

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

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

A proporção de hipertensos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico foi muito satisfatória. A meta de 100% foi alcançada já no primeiro mês, mantendo-se estável nos seguintes e terminando com os 109 usuários no terceiro mês. A explicação para isto é a realização desta avaliação junto ao exame clínico, o qual é realizado no momento do cadastro deste usuário. Esta avaliação foi realizada

por mim, através de oroscopia e anamnese, e encaminhado ao odontólogo quando necessário.

**Objetivo:** Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos

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

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

A proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico tinha uma meta de 100% e esta foi atingida em todos os meses. Já iniciando com 100%, manteve-se, com a explicação de que esta avaliação é realizada junto ao exame clínico em todas as consultas, inclusive no momento do cadastro. No terceiro mês, os 20 diabéticos acompanhados receberam esta avaliação que, da mesma forma, foi realizada por mim, através de oroscopia e anamnese, e encaminhado ao odontólogo quando necessário.

**Objetivo:** Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa

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

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

A proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa tinha uma meta de 100%, e esta foi atingida já no primeiro mês, se mantendo até o final. Nas consultas em que o usuário faltava, as técnicas de enfermagem prontamente o colocavam em um cadastro, repassado mais tarde aos ACS para que fosse marcada nova consulta, além de este ir aos domicílios dar as orientações necessárias. Enquanto no primeiro e segundo mês haviam 17 usuários faltosos, no último mês, este número caiu para 11 hipertensos, todos cadastrados para busca ativa.

**Objetivo:** Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa

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

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

A proporção de diabéticos faltosos à consulta com busca ativa, do mesmo modo, tinha uma meta de 100% e esta foi atingida no primeiro mês, com 4 usuários, mantendo-se no segundo, com 3 usuários e finalmente no terceiro com 2 usuários. Quando registrava-se um atraso nas consultas de um usuário diabético, as técnicas de imediato comunicavam ao agente de saúde, que por sua vez o cadastrava para a busca ativa, marcando nova consulta e realizando visita, para dar as orientações necessárias.

**Objetivo:** Melhorar o registro das informações

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

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

A proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento tinha como meta 100% e esta iniciou com 52 usuários ou 75,4%, no primeiro mês, passando para 76 usuários ou 77,6%, no segundo e terminando com 95 hipertensos ou 87,2%, no terceiro. Foi um resultado negativo, pois ela deveria estar mais próximo da meta. Contudo, foi uma curva ascendente, e que provavelmente chegará à meta na continuação da intervenção.

No início, houve uma curva de aprendizagem no preenchimento das fichas, ou seja, fomos aprendendo a preencher melhor durante a intervenção, buscando dados com mais clareza e facilidade. Assim, no primeiro mês 52 usuários, dos 69 tinham registro adequado. No segundo, 76 de 98 usuários e no último 95 de 109 usuários tinham registro adequado. Destes, não considerei como adequados os registros em que faltavam dados, ou que não estavam com exames e estratificação de risco completos.

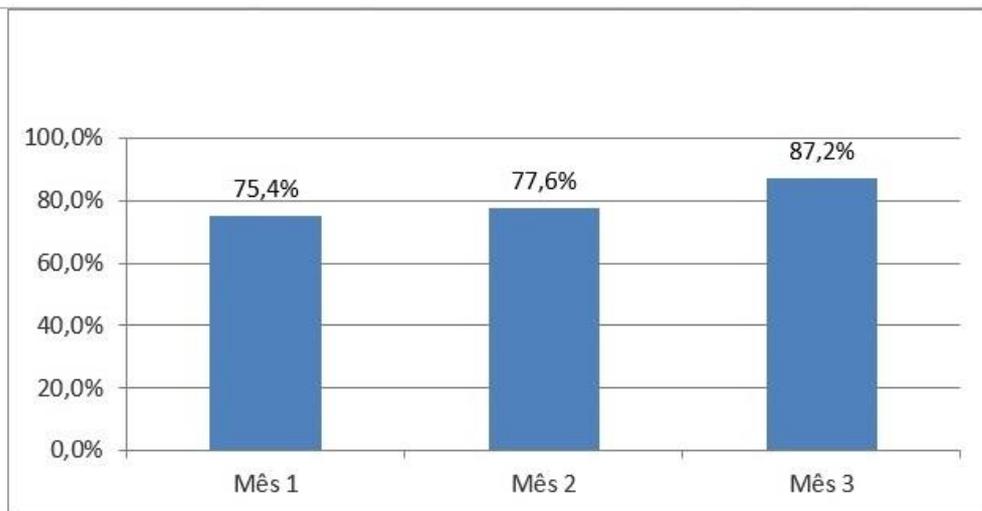


Figura 7: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

**Objetivo:** Melhorar o registro das informações

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

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

Da mesma forma, a proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento iniciou-se com 8 de 12 diabéticos ou 66,7 %, passou a 12 de 16 usuários ou 75% no segundo mês e chegou a 18 de 20 diabéticos ou 90% no terceiro. Como a meta era de 100%, o resultado não foi ótimo. Contudo, devido à curva ascendente, o resultado chegou muito próximo. No início, tivemos dificuldades com alguns itens da ficha de acompanhamento, problemas estes sendo resolvido ao longo da intervenção, resultando em uma melhora do preenchimento e da proporção de preenchimento das mesmas. Aqui, não considerei como completo fichas que estavam com dados incompletos, não trazia exames anotados ou estratificação de risco.

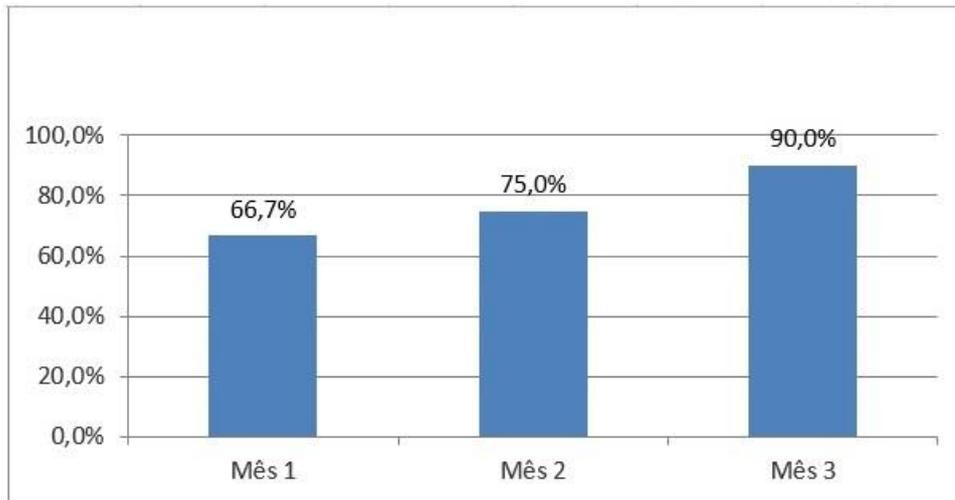


Figura 8: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

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

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

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

A proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia iniciou-se com 45 de 69 usuários no primeiro mês, ou 65,2%, passando a 75 de 98 no segundo, ou 76,5% e chegando a 95 de 109, ou 87,2% no terceiro mês. Embora a meta fosse de 100%, foi um resultado positivo. Isso porque a estratificação correta leva em conta a avaliação de exames complementares, em especial o escore de risco da American Heart Association. Ao final, com mais exames, a proporção aumentou e manteve uma curva ascendente.

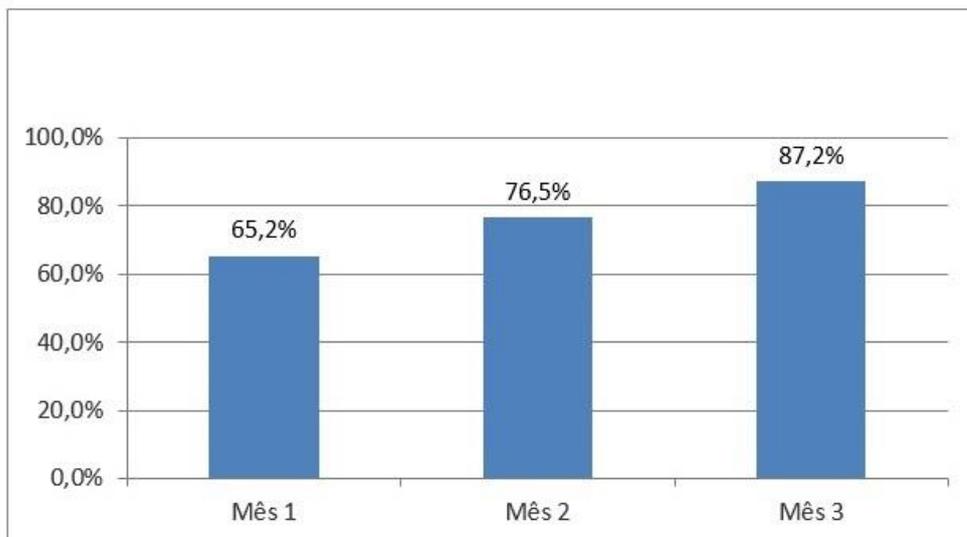


Figura 9: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Fonte: Planilha de coleta de dados

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

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

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

Já a proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia teve também como meta de 100%, e iniciou no primeiro mês com 8 de 12 usuários ou 66,7%, passando a 12 de 16 diabéticos ou 75,0% no segundo e terminando com 18 de 20 usuários ou 90%. Foi uma marca positiva, pois a estratificação também levava em conta resultados de exames complementares, e pôde-se obter uma proporção maior com o retorno dos usuários, levando a uma curva ascendente.

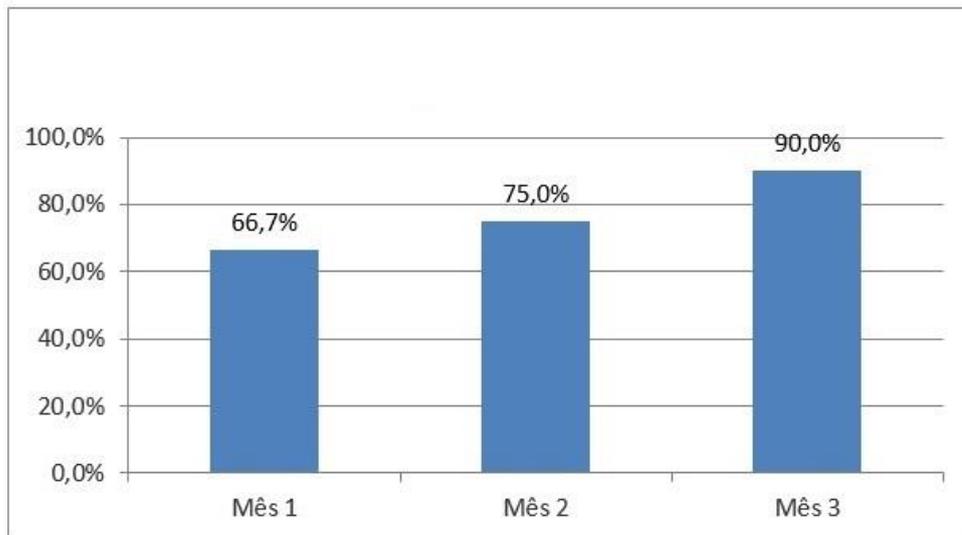


Figura 10: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Fonte: Planilha de coleta de dados

## 4.2 Discussão

A intervenção, na minha unidade de saúde, propiciou a melhora tanto da cobertura quanto da qualidade do atendimento a diabéticos e hipertensos. Os registros foram melhorados, criou-se um sistema de busca ativa de faltosos, todos foram examinados em todos os aspectos importantes, solicitou-se exames complementares e estratificou-se o risco cardiovascular de cada um dos indivíduos.

Esta intervenção possibilitou que a equipe atuasse em conjunto, em linha direta entre os membros, havendo reuniões semanais. Pôde-se também realizar capacitações sobre os protocolos do Ministério da Saúde para ambos os temas. Ainda, o serviço reorganizou-se de forma a atender toda a demanda deste tipo. As técnicas e o médico ficaram responsáveis pelo preenchimento das fichas-espelho, enquanto o médico realizou o cadastro em planilha específica. Os agentes de saúde realizaram busca ativa, rastrearam fatores de risco e trouxeram indivíduos suscetíveis para realizar exames de rastreio. As técnicas realizaram estratificação de risco, aperfeiçoaram a técnica de trabalho no acolhimento, e o médico ficou responsável pelo exame físico completo, solicitação de exames complementares. As orientações de todos os tipos passaram a ser dados por todos os membros.

Antes, o atendimento ocorria por demanda espontânea dos próprios usuários. Agora, há um cadastro, com busca ativa de faltosos, retornos periódicos e, o mais importante, todos os membros da equipe participam tanto da avaliação quanto das orientações dadas aos usuários. Ainda, foi iniciada uma prática de educação comunitária, dada pela equipe através de rádios, folders e grupos.

A comunidade, por sua vez, beneficiou-se de uma maior atenção dada a estas patologias, responsáveis pela maioria da mortalidade e morbidade, resultando em ganho em saúde claro. Fora isso, há um acompanhamento periódico e, também importante, há atendimento para todos que o procuram, além de haver busca ativa para os que se atrasam nos retornos.

Caso fosse iniciado hoje, não necessitaríamos de uma curva de aprendizado, principalmente em relação à busca ativa e ao preenchimento das fichas, porém foi uma atividade que não poderia ser evitada, nem prevista. Assim, penso que a intervenção foi realizada com a melhor das ações, considerando a governabilidade.

Estas ações todas podem ser e serão permanentemente incluídas na atividade diária do posto. Haverá sempre um cuidado especial nos usuários com risco cardiovascular maior, haverá acolhimento e atendimento no dia para todos e o cadastramento permanecerá, assim como o preenchimento das fichas-espelho. Porém, o que permanecerá de mais importante é o conhecimento da equipe frente a essas patologias e suas complicações.

O serviço conseguirá ser ainda melhor quando for contratada a enfermeira para a unidade, prometida para o próximo ano, e os agentes de saúde das microáreas ainda não contempladas. Os membros atuais da equipe ajudarão na adaptação destes novos profissionais e, com mais pessoas, mais usuários poderão ser beneficiados. Mas, também, talvez se possa estender estas ações para a atenção à saúde dos idosos, outra população numerosa na localidade e em risco de situações de morbidade e mortalidade.

### **4.3 Relatório para gestores**

Aos gestores municipais, gostaria de elucidar o processo de intervenção que realizamos no Posto de Saúde de Monte Alverne, a maior comunidade do interior do município, que nunca contara com um médico SUS em regime de 32h. Respeitando

as características demográficas e epidemiológicas da região, decidimo-nos por ações que envolvessem promoção em saúde, diagnóstico, tratamento e prevenção de complicações em usuários hipertensos e diabéticos, causas de maior mortalidade e morbidade atualmente. Na unidade, houve uma certa dificuldade no fato de ter de dividir o único consultório do local com o outro médico, não inserido nas atividades do PROVAB, mas pudemos contornar esse problema através de organização e planejamento, tais como consultas agendadas por horários e não por ordem de chegada.

Tal intervenção foi realizada nos meses de agosto, setembro e outubro. Primeiramente, solicitamos um horário semanal para reunião de equipe, que no primeiro momento seria para a capacitação da equipe tanto na programação e no cronograma quanto na capacitação teórica através de protocolos até no uso dos instrumentos de trabalho, e após manter-se ia como reunião onde se discutiria casos, problemas e soluções de qualquer natureza, que a equipe tenha vivenciado.

Assim, organizamos o fluxo de atendimento e realizamos treinamento para diagnóstico, através de medidas de pressão arterial e hemogluco teste, e consultas médicas, através de treinamento em detectar fatores de risco e maior integração entre os membros da equipe. Desta forma, determinamos que usuários podiam ser encaminhados para consulta médica após avaliados pelas técnicas de enfermagem e pelos agentes comunitários, tal como estes podiam marcar consultas diretamente, através de uma cota diária, com horário reservado, mas também através de acolhimento, quando necessário. As medicações básicas para HAS e DM também são distribuídas na unidade, o que facilitou a adesão e permitiu intervir naqueles usuários que vinham buscar estas medicações, mas não consultam ou não consultavam há muito tempo.

Dentre as dificuldades, também nos fez falta a ausência de Agentes Comunitários de Saúde em certas localidades, pois o trabalho deles foi fundamental para trazer os usuários faltosos e muitas vezes fazer novos diagnósticos. Por outro lado, o empenho de toda a equipe foi fundamental para superar estes obstáculos. Na unidade, as técnicas de enfermagem se organizaram para manter uma agenda e realizar acolhimento, mesmo sendo função delas realizar vacinas e dispensar medicações. Desta forma, tanto as patologias abordadas nesta intervenção quando os demais problemas de saúde puderam ser abordados sem prejuízo. Outra facilidade que tivemos foi a pronta disponibilidade da realização dos exames

complementares necessários, acrescido que poder realizar na própria localidade foi um fator que facilitou a adesão.

Infelizmente, as maiores dificuldades foram estruturais. O pequeno tamanho da unidade, somado à ausência de uma sala de espera de tamanho adequado e sala para medicações foram um obstáculo para que atendêssemos mais usuários. Contudo, com planejamento pudemos contornar isto, através de agendamento e organização. Já a população de usuários teve uma aceitação muito boa. Foi explicado, através das mídias mais presentes na localidade – o rádio – a razão e os métodos do nosso atendimento, e na unidade estes dados estavam expostos através de cartazes. Todos foram bastante compreensivos e aceitaram o fato de terem suas consultas com hora marcada.

Durante os três meses de intervenção, cadastramos 109 usuários hipertensos e 20 diabéticos, o que equivale a 44,9% e 33,3% dos usuários com a patologia esperados, número considerável, considerando que partimos do zero. Índices como proporção de usuários com exame clínico em dia, com avaliação nutricional e de saúde oral mantiveram-se em 100% para hipertensos e diabéticos. Também em 100% ficou a proporção de usuários faltosos com busca ativa, trabalho fundamental que foi realizado pelos Agentes de Saúde.

A proporção de usuários com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular foi 91,7% para hipertensos e 95% para diabéticos. Desta forma, pudemos solicitar exames complementares para todos, e no final do período 87,2% dos hipertensos e 90% dos diabéticos já puderam mostrá-los. Assim, pôde-se analisar diversos fatores relacionados às patologias, além de prevenir complicações. Desta forma, obteve-se uma avaliação do risco cardiovascular dos usuários, podendo ser realizada para 87,2% dos hipertensos e 90% dos diabéticos.

Tais resultados puderam ser obtidos através de organização da equipe, com um fluxo de atendimento diferenciado e com cadastro dos usuários, nos quais uma ficha-espelho para cada usuário uma planilha de dados foram confeccionados e utilizados. Dentre os maiores percalços, foram a ausência de ACS em determinadas microáreas e a estrutura física da unidade. Penso que esta deveria ser ampliada, para se obter um melhor resultado na cobertura do atendimento, assim como a contratação destes profissionais. Fora isso, penso ser necessário uma rede de promoção à saúde multidisciplinar na localidade, pois é nítida a ausência de apoio

psicológico ou de atividades físicas acompanhadas por profissionais, a fim de prevenir – e as vezes até mesmo tratar - doenças crônicas.

Por fim, estamos continuando com estas ações mesmo após o fim da intervenção, a fim de ampliar este número de cobertura e, esperamos, dar uma melhor qualidade de vida em saúde para a comunidade.

#### **4.4 Relatório para a comunidade**

À comunidade do Posto de Saúde de Monte Alverne, gostaria de explicar a intervenção no programa de atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos, realizada nesta unidade no período de agosto a outubro de 2014 e sua importância para os usuários. Esta unidade atua no local desde o início dos anos 80 e atualmente contava com a atuação de um médico, clínico geral, um turno por dia. Quando assumi, dividi o único consultório com este médico, mas, mesmo assim, pudemos dar início aos atendimentos.

Primeiramente, nossa equipe decidiu, devido às características da população, acompanhar os usuários já diagnosticados com hipertensão e diabetes, pois estas pessoas, quando não têm acompanhamento de saúde, estão em risco aumentado de diversas doenças. Além disso, tentamos fazer um modelo que explicasse a doença, seu tratamento e os fatores de risco, o que nos levou também a procurar novos casos, ainda não diagnosticados. Assim, durante três meses, criamos uma maneira de registrar e buscar novos casos destas doenças tão comuns.

Nossa equipe uniu-se para realizar uma série de atividades. A primeira e mais essencial, foi nos reunirmos, uma vez por semana, para que pudéssemos organizar nosso trabalho. Este é o motivo de o posto fechar por uma hora nas quintas-feiras de tarde. Ali, primeiramente, o médico, as técnicas de enfermagem e os agentes comunitários estudaram sobre as doenças e organizamos como faríamos para medir a pressão e a glicose dos usuários, e de quando em quando faríamos isso.

Também facilitamos consultas, reservando horários os usuários com hipertensão e diabetes e permitindo que se pudesse marcar diretamente com os ACS. Combinamos como faríamos o acolhimento, que registraríamos os dados e que pediríamos exames periodicamente.

Vocês também podem ter percebido que alguns usuários eram chamados para consultas, às vezes pelos ACS ou pelo rádio: isso se deve ao nosso processo de busca de usuários faltosos; dependendo do usuário, ele necessita de consultas, no mínimo, anual, e fazer exames todos os anos – às vezes mais de uma vez por ano. Isso foi uma novidade que implementamos, além do que estes usuários tinham uma vaga garantida na agenda da unidade.

Além disso, também ficou mais fácil ter sua pressão arterial aferida, sendo que muitas vezes o médico foi chamado para conversar com o usuário, especialmente quando sua pressão não está normal. Já a medida da glicose ficou exclusiva para os diabéticos, e estes tinham prioridade na agenda, pois necessitam de exame físico e exames complementares com mais frequência.

Nas quintas-feiras, uma vez por mês, vocês ficaram sabendo pelo rádio que havia um grupo, como o que acontece na sede do município, em que pode comparecer qualquer um, mas em especial hipertensos, diabéticos e familiares. Neste grupo, houve uma pequena participação no início, mas mais pessoas vieram nas reuniões subsequentes. Ali, pudemos dar algumas orientações sobre remédios, atividades físicas, alimentação, e até conseguimos a participação de um profissional de educação física e um nutricionista para dar umas orientações.

Também pode ter sido notado a diferença no atendimento. Além de ter ficado mais fácil conseguir agendar consulta, todos puderam ser atendidos no posto como acolhimento. Ainda, todos os profissionais do posto, em algum momento, tal como o médico na consulta, as técnicas no momento de medir a pressão, ou os ACS em visita domiciliar, podem ter perguntado sobre hábitos saudáveis de vida, realizado um exame físico ou odontológico e orientado sobre parar de fumar. Estas orientações e exames foram treinadas e sistematizadas em planilhas, para que não nos esquecêssemos de orientar ninguém.

Nós entramos em contato com representantes do hospital, vereadores e responsáveis pela rádio que muitos escutam e pudemos veicular nossas informações ali. Estas pessoas nos permitiram divulgar e intermediar com a comunidade e a prefeitura a facilitação de implementar nosso projeto, tais como agilizar exames, prover instrumentos e nos ajudar como possível neste trabalho.

Assim, fomos cadastrando mais e mais usuários hipertensos e diabéticos, além de melhorar a qualidade do atendimento. No fim de três meses, cadastramos 109 hipertensos e 20 diabéticos, destes alguns novos diagnósticos. Isto significa

uma cobertura estimada de 44,9% dos hipertensos e 33,3% dos diabéticos. Pedimos exames para todos os usuários e obtivemos o retorno de 87,2% dos hipertensos e 90% dos diabéticos. Fizemos busca ativa de 100% dos usuários faltosos. Assim, finalmente, fizemos os encaminhamentos necessários, controlamos as medicações e, o mais importante, tudo continuará após o fim desta ação, tentando melhorar a saúde da comunidade.

## 5 Reflexão Crítica Sobre o Processo de Aprendizagem

As atividades realizadas durante esta especialização tiveram um método bastante didático e com uma sequência que facilita o aprendizado. A começar pela análise da estrutura e dos atendimentos realizados na unidade de saúde, pude ter um panorama apropriado da qualidade do serviço oferecido à população, vendo o que faltava, em relação ao preconizado pelo Ministério da Saúde e o que estava de acordo. A seguir, aprendi como são abordadas as doenças mais prevalentes entre os usuários, no âmbito da saúde básica e pude relacionar com minha experiência prática. Após, analisando todos esses fatores, organizei um projeto de intervenção que visasse um segmento de saúde em que a população atendida é carente.

Foram atividades muito úteis, pois associou a teoria à prática, em especial os assuntos mais relevantes na atenção primária à saúde. Fora do âmbito do EAD, o contato com a supervisora do programa e dos colegas realizando projetos do tipo em outras Unidades foram muito importantes no aprendizado, em resolver dúvidas e discutir casos e assuntos.

Também associei a teoria à prática no relacionamento com os outros membros da equipe, principalmente quando se estabeleceu uma reunião de equipe anual. Foram importantes trocas de conhecimentos e um intercâmbio de experiências, além de podermos realizar as atividades com mais sincronia e efetividade.

Inicialmente, eu tinha expectativas de que fosse desenvolver um trabalho padrão na unidade, respondendo basicamente à demanda, o que incluía diversas patologias, mas não havia cadastro nem busca ativa das patologias crônicas mais prevalentes. Contribuiu para isto a estrutura da unidade, que a princípio parecia insuficiente para atender a um grande número de usuários.

Porém, com o passar dos meses e com o aprimoramento com os estudos, pudemos superar estas dificuldades estruturais e introduzir na Unidade uma forma de atender mais racional e efetiva. Também, o curso contribuiu com a minha conscientização de que é importante a busca, o diagnóstico e o seguimento de segmentos populacionais mais vulneráveis, tais como o atendimento a hipertensos e diabéticos, a realização de puericultura, a atenção à saúde da mulher e outros.

Considero muito relevante o fato de o profissional continuar a se atualizar, ter um pensamento crítico em relação ao seu trabalho e às suas condições de trabalho,

assim como sua estrutura e um bom relacionamento com os usuários e os colegas, fatores estes em que o curso proporcionou uma notável colaboração.

Para minha presente e futura atividade profissional, o curso tem um significado muito importante. Ele me proporcionou uma visão crítica em relação ao meu trabalho, me trouxe ferramentas para o aperfeiçoamento técnico contínuo, o que considero fundamental para uma boa prática médica e de saúde. Fora isso, ele também me inseriu nos programas e recomendações do Ministério da Saúde para o atendimento na atenção primária à saúde e fez-me rever minhas prioridades no atendimento e nas prescrições dos usuários e da comunidade.

Os aprendizados mais relevantes foram na estrutura do serviço, no reestabelecimento de um fluxo mais ordenado para o atendimento dos usuários, na coordenação dos cuidados com toda a equipe, na relação com a gestão, na Secretaria de Saúde, mas também na possibilidade de estudos contínuos em assuntos da área médica, sem esquecer a parte humana e nem a de saúde pública.

## Referências

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes – 2014. **Diabetes Care**, vol. 37, p. 14-80, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

JAMES, P. A. et al. 2014 Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: Report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). **JAMA**, vol. 311, p. 507-520, 2014.

## **Anexos**





**ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética**

 <b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS</b> <b>FACULDADE DE MEDICINA</b> <b>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b>	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Sr <sup>a</sup> Pro <sup>f</sup> Ana Cláudia Gastal Fassa	
<i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e <b>APROVADO</b> por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patrícia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel	
	

## Apêndice: Fotos



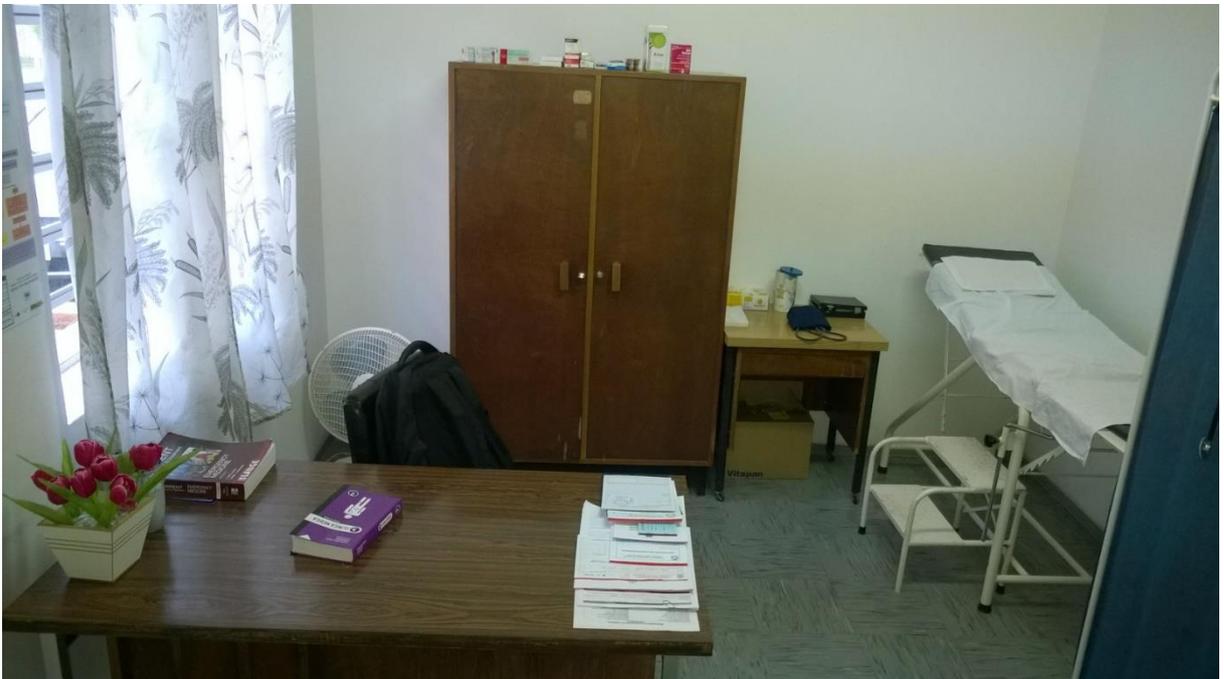
Figura 01 – Vista Externa da UBS Monte Alverde



Figura 02 – Recepção



**Figura 03 – Consultório médico**



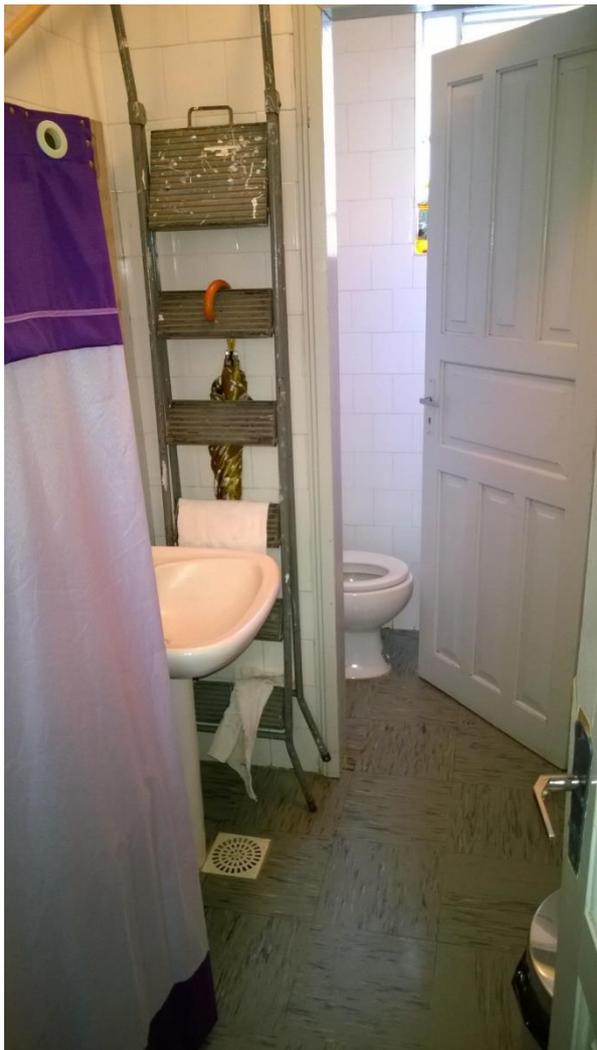
**Figura 04 – Consultório médico**



**Figura 05 – Sala de Procedimientos**



**Figura 06 – Sala de vacinas**



**Figura 07 – Banheiro de profissionais**



Figura 08 – Cozinha



Figura 09 – Sala de espera