

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MODALIDADE A DISTÂNCIA  
TURMA 3**



**Melhoria da atenção aos Hipertensos e Diabéticos na Unidade Básica de Saúde  
Josefa Gonçalves da Silveira, Salgado-SE.**

**Karina Fabiana da Conceição Almeida**

**Pelotas, 2015**

**Karina Fabiana da Conceição Almeida**

**Melhoria da atenção aos Hipertensos e Diabéticos na Unidade Básica de Saúde  
Josefa Gonçalves da Silveira, Salgado-SE.**

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

Orientadora: Stelita Pacheco Dourado Neta

Co-Orientadora: Milena Hohmann Antonacci

Pelotas, 2015

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

A447m Almeida, Karina Fabiana da Conceição

Melhoria da atenção aos hipertensos e diabéticos na Unidade Básica de Saúde Josefa Gonçalves da Silveira, Salgado-SE / Karina Fabiana da Conceição Almeida; Stelita Pacheco Dourado Neta, orientador(a); Milena Hohmann Antonacci, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

94 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da família 2.Atenção primária à saúde 3.Doença crônica 4.Diabetes mellitus 5.Hipertensão I. Dourado Neta, Stelita Pacheco, orient. II. Antonacci, Milena Hohmann, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A meu pai Rodomarque (*in memoriam*)  
cuja recordação afetuosa consola à minha  
saudade, à minha mãe Lourdes e a meus  
irmãos Adriana, Simone e Junior que  
encantam e iluminam minha vida.

## AGRADECIMENTOS

*“Dai graças ao Senhor, porque  
Ele é bom, porque eterno é seu  
amor” Sl 136, (135)*

Primeiramente a Deus, pela presença constante, mostrando-me o caminho da correção e das verdadeiras conquistas.

A meus pais, Rodomarque (*in memorian*) e Lourdes, minha eterna gratidão, pelo amor, zelo, dedicação e constantes exemplos.

A meus irmãos Adriana, Simone e Junior que sempre me amaram, compreenderam e apoiaram, incondicionalmente.

Aos professores tutores pelo zelo e dedicação com que transmitiram seus conhecimentos.

À professora Stelita Pacheco Dourado Neta e Milena Hohmann Antonacci, pela confiança e incentivo nesta jornada e pela orientação na elaboração deste trabalho.

Por fim, a todos que contribuíram para mais essa vitória. Sem vocês nada disso seria possível.

Muito obrigada

## RESUMO

Almeida, Karina Conceição. **Melhoria da atenção aos Hipertensos e Diabéticos na Unidade Básica de Saúde Josefa Gonçalves da Silveira, Salgado-SE.**; 94 f. Trabalho Acadêmico (Especialização) – Programa de Pós- Graduação em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus acometem mais de 35% da população acima dos 40 anos no Brasil. As doenças cardiovasculares e as complicações advindas delas são importantes causas de morbimortalidade. O objetivo principal desse trabalho foi qualificar a atenção à saúde do indivíduo portador de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus na melhoria da atenção aos hipertensos e diabéticos na Unidade Básica de Saúde Josefa Gonçalves da Silveira, Salgado-SE, tendo como objetivos específicos, ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos, melhorar a adesão do hipertenso e/ ou diabético ao programa, melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde, melhorar o registro das informações, mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular, promover à saúde aos diabéticos e hipertensos inscritos no programa. O projeto de intervenção foi estruturado para ser desenvolvido no período de dezesseis semanas no horário de funcionamento da unidade utilizando como principal estratégia o levantamento dos dados em registro de prontuários de atendimento aos usuários portadores de Diabetes Mellitus e ou Hipertensão Arterial Sistêmica. As ações se desenvolveram em eixos de ação que foram: organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação. A intervenção iniciou na última semana de junho e encerrou na segunda semana de outubro de 2014 durando 16 semanas de intervenção. De acordo com o levantamento de dados realizado durante a Análise Situacional, no SIAB referente ao período de junho a agosto de 2013 tínhamos 190 pessoas portadoras de hipertensão arterial e 91 pessoas portadoras de diabetes mellitus, na área de abrangência da UBS.. Encerramos a intervenção com 169 hipertensos cadastrados, o que correspondeu a 88,9% dos 190 Hipertensos da Área e com 54 diabéticos cadastrados, o que correspondeu a 59,3% dos 91 Diabéticos da área. Algumas metas como orientação nutricional, para a prática de atividade física e tabagismo foram atingidas superando as expectativas. Em outros casos como exame clínico em dia de acordo com o protocolo e exames complementares em dia,

apesar do não alcance das metas houve uma melhora significativa dos resultados em mais de 70% da população atingida. Muitas mudanças puderam ser notadas com esse projeto desde a melhora do atendimento clínico realizado pelas equipes de saúde, como o engajamento da população com relação ao autocuidado até o envolvimento de toda equipe de trabalho nos resultados finais, mostrando que a organização dos serviços é fundamental para melhoria do atendimento prestado pelo serviço público a população.

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

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Gráfico da Cobertura do programa de atenção de hipertensos na UBS	56
Figura 2	Gráfico da Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS	56
Figura 3	Gráfico de Proporção de hipertensos com cadastro no Programa HIPERDIA ou em planilha própria	56
Figura 4	Gráfico Proporção de diabéticos com a consulta de acordo com o protocolo em dia	58
Figura 5	Gráfico Proporção de hipertensos com a consulta de acordo com o protocolo em dia	60
Figura 6	Gráfico Proporção de diabéticos com exame do pé diabético em dia	61
Figura 7	Gráfico Proporção de hipertensos com o exame clínico de acordo com o protocolo em dia	62
Figura 8	Gráfico Proporção de diabéticos os exames complementares do protocolo em dia	63
Figura 9	Gráfico Proporção de hipertensos com os exames complementares do protocolo em dia	64
Figura 10.	Gráfico Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos para controle da HAS	64
Figura 11.	Gráfico Proporção de diabéticos com tratamento medicamentoso da lista do HIPERDIA ou Farmácia Popular	65
Figura 12.	Gráfico Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos para controle da HAS	66
Figura 13.	Gráfico Proporção de diabéticos que conseguem todos os medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular	66
Figura 14.	Gráfico Proporção de hipertensos que conseguem todos os medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular	67

Figura 15.	Gráfico Proporção de diabéticos que tomam todos os medicamentos de acordo com a prescrição	68
Figura 16.	Gráfico Proporção de hipertensos que tomam todos os medicamentos de acordo com a prescrição	69
Figura 17.	Gráfico Proporção de diabéticos com a glicemia compensada	70
Figura 18.	Gráfico Proporção de hipertensos com a Pressão Arterial compensada	71
Figura 19.	Gráfico Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	72
Figura 20.	Gráfico Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia	73
Figura 21.	Gráfico Proporção de diabéticos de alto risco com avaliação de comprometimento de órgãos alvo	74
Figura 22.	Gráfico Proporção de hipertensos de alto risco com avaliação de comprometimento de órgãos alvo em dia	75
Figura 23.	Gráfico Proporção de diabéticos com consulta periódica com dentista em dia	76
Figura 24.	Gráfico Proporção de hipertensos com consulta periódica com dentista	77
Figura 25.	Gráfico Proporção de hipertensos que receberam orientação nutricional	78
Figura 26.	Gráfico Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre a prática atividade física regular	79
Figura 27.	Gráfico Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo	79

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS- Agente Comunitário de Saúde

APS- Atenção Primária à Saúde

DCV- Doenças Cardiovasculares

DCNT-Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DM- Diabetes Mellitus

ESF- Estratégia de Saúde da Família

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

MS- Ministério da Saúde

MSP- Município de São Paulo NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PAS - Pressão Arterial Sistêmica

PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAVIS- Programa Ambientes Verdes Saudáveis

PETI - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil

PSF- Programa de Saúde da Família

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SISPED - Sistema de Informação em Saúde do Pé Diabético

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFPeI- Universidade Federal de Pelotas

## SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	12
1	ANÁLISE SITUACIONAL	13
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS postado em 29/07/2012	15
1.2	Relatório da Análise Situacional postado em 27/10/2012	15
1.3	Texto comparativo	18
2.	ANÁLISE ESTRATÉGICA: PROJETO DE INTERVENÇÃO	19
2.1	Justificativa	19
2.2	Objetivo Geral	21
2.2.1	Objetivos específicos	22
2.2.2	Metas	22
2.3	Metodologia	24
2.3.1	Detalhamento das Ações	25
2.3.2	Indicadores	34
2.3.3	Logística	44
2.3.4	Cronograma	46
3.	RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO	51
4.	AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO	53
4.1	Resultados	53
4.2	Discussão	79
4.3	Relatório da Intervenção para os Gestores	80
4.4	Relatório da Intervenção para Comunidade	81
5.	REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM NA IMPLEMENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO.	87
	REFERÊNCIAS	88
	ANEXO A: Ficha Espelho para coleta de informações	90
	ANEXO B: Planilha para Coleta de Dados e Obtenção de Indicadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus	91
	ANEXO C: Ficha B de Hipertensão Arterial Sistêmica (SIAB)	92
	ANEXO D: Ficha B de Diabetes Mellitus (SIAB)	93
	ANEXO E: Termo do comitê de ética	94

## **APRESENTAÇÃO**

O presente trabalho destina-se a qualificação da atenção à saúde do indivíduo portador de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus, mediante a execução das atividades proposta pelo curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, através da Universidade Aberta do SUS, na Universidade Federal de Pelotas. Com a finalidade em desenvolver as atividades propostas, procedeu-se a execução da análise situacional e estratégica, através do qual foram coletados e analisados os dados relacionados aos indicadores epidemiológicos, bem como a oferta e organização dos serviços da Unidade Básica de Saúde (UBS). Após sistematizar os dados, os mesmos serviram de base para a escolha do foco da intervenção prioritária para o nosso serviço, seguido da elaboração do Projeto de Intervenção.

Este volume se inicia pela análise situacional, que discorre sobre a situação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) antes da intervenção, seguida da análise estratégica, composta pelo projeto de intervenção propriamente dito, com sua justificativa, objetivos, metas, metodologia, ações, indicadores, logística e cronograma. Ainda apresenta-se um relatório final da intervenção que versa sobre as facilidades e dificuldades encontradas no decorrer da intervenção e então a análise da intervenção, com a apresentação dos resultados e discussão da importância da intervenção para a equipe, para o serviço e para a comunidade.

Por fim, conclui-se com uma reflexão crítica do processo de aprendizagem no desenvolvimento do trabalho e o significado do curso para a prática profissional.

O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês julho de 2012, quando começaram a serem postadas às primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de dezembro de 2015 com a conclusão da implementação e avaliação de seus resultados. Este prolongamento na execução da atividade ocorreu devido à impossibilidade em terminar em 2014 em função de uma intervenção cirúrgica que foi necessário o meu afastamento durante três meses das atividades no Curso e na UBS, além de constantes mudanças na coordenação da atenção básica, que proporcionava um atraso no decorrer da especialização principalmente devido a alterações do cronograma das atividades da equipe e falta de materiais, insumos e equipamento para as atividades, dentre outras dificuldades pessoais.

## **1 ANÁLISE SITUACIONAL**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS postado em 29/07/2012**

#### **“Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?”**

Sou enfermeira do município de Sergipe há 05 anos, distando 54 km da capital, ou seja, 1 hora e 30 minutos de transporte coletivo, com população de 19.365 habitantes segundo a contagem populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE ocorrido em de 2010. Possui sete equipes de saúde da família, sendo duas em atuação na sede e cinco nos povoados.

A equipe em que trabalho é composta de 01 médica, 01 enfermeira, 01 técnica de enfermagem, 07 Agente Comunitário de Saúde (ACS), não dispomos de dentista (faz uns dois meses, aguardamos contratação) e nem Atendente de Consultório Dentário (ACD). Possuímos uma ótima relação de diálogos e convivência dentro da equipe e para com a população por nós assistida.

Possuímos 13 povoados, entre pequenos e grandes, ficando um afastado do outro, com atendimento de 740 famílias, acompanhamento de 54 diabéticos e 170 hipertensos, aproximadamente 70 crianças menores de 02 anos e 13 gestantes.

Apesar da quantidade dos povoados e da distância entre eles, apresento a única unidade básica de saúde, que abrange somente dois povoados, para a realização da ESF. Esta UBS apresenta estrutura bastante rudimentar, composta por uma sala de recepção, uma sala de curativo e uma sala de consultório. A sala de recepção tem a capacidade para 04 (quatro) pessoas, não possui uma recepcionista, e por muitas vezes precisamos alternar nossas atividades com atividades de recepção (enfermeira, técnica e ACS), neste caso só conseguimos deixar na recepção um paciente por vez, ficando as demais pessoas a serem atendidas na varanda da unidade. Com relação à sala de curativo a mesma possui condições mínimas sendo composta de uma estufa e de um armário para os

medicamentos. Já o consultório, friso que possuímos na unidade apenas um, é dividido entre as consultas médicas e de enfermagem, ocorrendo estas apenas nos dias em que não há consulta médica. Neste caso as consultas de enfermagem são feitas na recepção, na presença de pessoas não envolvidas no atendimento. Ressalto que na unidade que trabalho não há salas de vacinação. A vacinação é feita por minha equipe nos momentos em que visitamos os povoados. Isso ocorre porque na sede do município, existe uma unidade destinada a ponto de apoio para vacinação, armazenamento e distribuição das vacinas para imunização, a sistemática utilizada para a distribuição é a seguinte: as vacinas são solicitadas pelas equipes, e acondicionadas em caixas térmicas com gelox, para que possamos fazer o transporte até o local onde serão utilizadas. Não podemos afirmar ou negar que a temperatura se mantém a ideal, já que as caixas não possuem termômetros.

Visando a necessidade de contemplar os outros povoados, alguns atendimentos são realizados em escolas (cedidas para o dia de atendimento, somente), em casa de moradores, em prédios alugados e em casas comunitárias.

As atividades no nosso dia-dia são: atendimentos domiciliares (visitas) sempre que necessários, com presença médica, atendimento de gestantes (pré-natal), visitas puerperais, puericultura, imunização, realização de curativos, palestras, PSE, acompanhamento de pacientes psiquiátricos (encaminhados pelo Centro de Apoio Psicossocial - CAPS), consulta médica, consulta de enfermagem, atendimento aos diabéticos e hipertensos, planejamento familiar, entre outras. Apesar de serem realizadas as atividades preconizadas pela ESF, não possuímos condições para priorizarmos as atividades específicas e o atendimento aos povoados mais carentes. Outro fator que prejudica o funcionamento da equipe refere-se à ausência de transporte, disponível a equipe, entre a sede e os povoados a que atendo.

Dado a falta de condições com que trabalho, algumas atividades estão pendentes de execução, entre elas, cito o acompanhamento da saúde do homem, a dificuldade em realização de puericultura, coleta de citopatológico, etc.

Associado aos problemas já relatados tem-se ainda: falta de banheiros (nos locais de apoio) para higienização das mãos, falta de macas, falta de birôs, dificuldade nos transportes da equipe para os povoados, ausência de conforto (cadeira, mesas) para a população e o trabalhador, ausência de algumas medicações.

Visando a busca de melhorias no cronograma, o atendimento da população e a execução das atividades mínimas e necessárias à saúde da família estão (a equipe) buscando meios para minimizar as dificuldades realizamos reuniões, onde ocorreu a discussão dos problemas e a elaboração de uma matriz de intervenção, onde ficaram estabelecidos os pontos a serem sanados, assim como quais as prioridades.

Ainda na busca de melhorias, estamos buscando a implantação de atividades relacionadas à saúde do homem, execução do SISPED (Sistema de Informação em Saúde do Pé Diabético), agendamentos e aprazamentos de consultas, realização de exames do Papanicolau (que só ocorrem na sede do município ou na UBS, ficando as demais pacientes não residentes nestas localidades desacompanhadas), bem como o aperfeiçoamento das atividades hoje executadas, visando o atendimento do que preconiza o Ministério da Saúde.

A equipe apresenta uma boa convivência, sendo que a há um estreitamento entre a técnica e eu, em função da própria enfermagem.

Ressalto ainda a dificuldade com a gestora municipal, pois esta acredita ser a ESF voltada somente a medicina, além de não existir diálogo com os demais profissionais.

Apesar de todas as dificuldades enfrentadas, o vínculo com a população a cada dia é fortalecido e tentamos envolver a população a participar ativamente da ESF, apesar das tentativas a comunidade ainda não consegue acreditar no conselho de saúde municipal, associando este órgão a ações puramente políticas, o que prejudica o desenvolvimento do conselho e de deliberações que melhorem a situação da saúde no município.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional postado em 27/10/2012**

O município em que atuo chama-se Salgado e fica localizado na região centro-sul do estado de Sergipe. Possui uma população de 19.365 habitantes, atendidos por 07 equipes da Estratégia de Saúde da Família, distribuídos entre a zona urbana e rural, deste total fica a cargo da minha equipe um total de 2.662 pessoas situadas na zona rural, dividida entre 1.337 homens e 1325 mulheres, que

são atendidas por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e por 07 agentes comunitários de saúde. Composta

O atendimento realizado pela equipe é feito através de uma unidade básica de saúde, que apresenta a estratégia de saúde da família, apesar de o município dispor de 14 unidades de saúde básica, sendo 07 com ESF e 07 com estruturas tradicionais, além de contar com 01 CAPS tipo 1, bem como 01 centro de fisioterapia( que dispõe de duas fisioterapeutas e não atendem a demanda). Ocorre também atendimento especializado, tipo ambulatorial, com ginecologista, assistente social e pediatra. Ainda não há disponibilização do NASF, sendo que este tem previsão para o ano de 2013 ocorre à implantação.

O atendimento odontológico é feito por 04 profissionais ligados a ESF e 01 ambulatorial, deixando os atendimentos especializados encaminhados a regionais que possuem o Centro de Especialização Odontológica-CEO, bem como os exames complementares são direcionados para as regionais, além de possuir uma demanda reprimida para as marcações de exames complementares (mamografias, ECG, entre outros).

A unidade de saúde em que atuo está em reforma, desde metade do mês de julho deste ano sem previsão de voltarmos a atuar no estabelecimento, porém a antiga unidade apresentava 02 salas (01 para o consultório médico e às vezes eu a utilizava também e a outra para curativo e esterilização de material). Não possuía acomodação adequada à população, esta ficava no sol. A sala de recepção era dividida para proceder as minhas consultas de enfermagem em conjunto com os atendimentos da técnica de enfermagem, ficando o paciente totalmente exposto. Cabendo neste tópico ressaltar que a maioria dos atendimentos para os demais povoados ocorrem em residências, nas salas do PETI e casas alugadas (sem adequada estrutura física). Possui somente 01 banheiro destinado tanto à população quanto a equipe. Não possui uma sala destinada à vacinação (esta ocorre na recepção), por sinal as vacinas andam em uma caixa térmica, compostas com gelox, que não possuem termômetros para indicar a temperatura ideal. Mediante ao citado acima, fica difícil desenvolver as funções programáticas da estratégia, pois a unidade de saúde não apresenta pontos positivos ao trabalho, sendo a maioria das atividades improvisadas e com a realização dos mínimos dos procedimentos para não deixar a comunidade sem o devido atendimento.

Analisando o Caderno de Ações Programáticas e as questões reflexivas sobre as ações relacionadas à atenção à Saúde da criança na UBS temos estimado na área 48 crianças menores de 1 anos de idade porém temos acompanhadas apenas 28 (58%) destas e os indicadores de qualidade estão a desejar, principalmente relacionado à periodicidade das consultas de acordo com o que está preconizado pelo MS; teste do pezinho dentro do período considerado mais adequado; monitoramento de crescimento e de desenvolvimento e avaliação de saúde bucal.

Analisando o Caderno de Ações Programáticas e as questões reflexivas sobre as ações relacionadas à atenção ao Pré-natal e Puerpério temos na UBS 17 gestantes cadastradas, sendo que estas gestantes encontram-se acompanhadas em conformidade ao preconizado pelo MS; realizado o cadastramento; acompanhamento iniciado o pré-natal no primeiro trimestre; avaliação do cartão vacinal e administração de vacinas, se necessário; avaliação do Índice de Massa Corpórea, bem como a Pressão Arterial; análise e solicitação dos exames gestacional orientações quanto ao consumo de ácido fólico e sulfato ferroso, a partir da 20ª semana; seguida da orientação quanto à maternidade de referência. .

Já as ações de Prevenção de Câncer Ginecológico encontra-se em acordo com as determinações do MS, sendo realizado a coleta de exame citopatológico com priorização da faixa etária indicada (25 e 64 anos), a avaliação subsequentes (uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos). Além desta ação também é realizada a solicitação e análise de mamografias, em mulheres acima de 40 anos, uma vez ao ano, bem como a estimulação do autoexame das mamas. Esta ação está em conformidade com o preconizado.

Ao analisarmos o caderno de Ações Programáticas e as questões reflexivas sobre as ações voltadas para a atenção aos hipertensos e diabéticos encontra-se na área o total de 179 hipertensos e 56 diabéticos e os indicadores de qualidade estão em desacordo com o preconizado pelo MS, principalmente: avaliação do risco cardiovascular durante as consultas; ausência de uma abordagem multiprofissional; periodicidade dos encaminhamentos para avaliação das consultas médicas; ausência de grupos de palestras; ausência em proceder aos agendamentos.

Por fim informo que é difícil ver os pontos positivos das ações, reconheço e tenho a certeza que fazemos o melhor que podemos, nas condições difíceis, já para evidenciar os maiores desafios estou relacionando os pontos negativos ou o que não

conseguimos realizar: atendimentos aos grupos, protocolos na unidade, anotação em registros específicos, realizar alguns procedimentos em tempo hábil, as consultas têm quantidades mínimas por semana.

Ao responder os questionários pude constatar que faltavam algumas ações de fácil implantação, para adequação da unidade de saúde e melhoria da saúde da população, tais como: o agendamento dos hipertensos e diabéticos e gestantes, anotação em livros próprios, utilização de protocolos na unidade, realização de visitas puerperais dentro dos sete dias, entre outros.

### **1.3 Texto comparativo**

No início do Curso de Especialização realizou-se uma análise situacional sobre a estrutura física da Unidade e do processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família. Finalizando as informações levantadas no Relatório da Análise situacional, nossas impressões foram satisfatórias e apresentavam uma unidade de saúde relativamente qualificada para os atendimentos à população. Após a análise estratégica com indicadores e referências de padrão de atendimento as impressões que se tinha sobre a Unidade Básica de Saúde mudaram significativamente. Percebeu-se que apesar de acreditar se estar fazendo um bom trabalho seria necessário ter indicadores de qualidade e padrões de referência para que se entenda a realidade da situação que se apresenta.

Atualmente as equipes de trabalho na unidade de saúde tem consciência dessa importância e contribuem de forma gratificante com o levantamento desses números e padrões de referência para se classificar ações e padrões de qualidade da atenção prestada à população.

## **2. ANÁLISE ESTRATÉGICA: PROJETO DE INTERVENÇÃO**

### **2.1 Justificativa**

A Atenção Básica (AB), segundo o Ministério da Saúde- MS- está “orientada pelos princípios da universalidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilidade, da humanização, da equidade e da participação social” (BRASIL, 2012). Nesse sentido, como forma de buscar atender esta orientação, faz-se necessário pensar em ações de intervenção na ação programática de atenção ao Hipertenso e Diabético posto que após o Relatório da Análise Situacional, notamos que na unidade de saúde do povoado Moendas seria importante intervir na ação programática de atenção primária em saúde na atenção básica focando a Hipertensão Arterial Sistêmica- HAS e a Diabetes Mellitus- DM. Isto é importante principalmente para que possamos contribuir para a redução da morbimortalidade associada a estas patologias dos custos elevados para o seu tratamento (principalmente o custo e de suas consequências).

A Unidade de Saúde Josefa Gonçalves da Silveira localiza-se em Salgado, que está situado na região centro-sul de Sergipe, com população em torno de 19.365 habitantes, distribuídos entre zona urbana e zona rural.

No município contamos com 07 equipes da ESF, alocadas em 07 UBS distintas e com estruturas adaptadas provenientes de antigos postos de saúde, em sua composição mínima completa, 01 médico clínico geral, 01 enfermeiro, 01 técnico de enfermagem e ACS.

Acrescidos aos atendimentos destinados ao município têm equipe odontológica (formada por 03 dentistas e 03 Técnicos em Saúde Bucal), 01 CAPS-tipo 01 e 01 centro de fisioterapia (composto por 02 fisioterapeutas que promovem o atendimento somente com encaminhamento do neurologista e ortopedista). Além destes profissionais, acontecem atendimentos a nível ambulatorial tipo:

ginecologista, pediatra e odontológico. Sendo os atendimentos realizados em unidades de saúde distintas e improvisados.

De acordo com o sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2012), a população adscrita da ESF de Moendas conta com 2.647 habitantes situados na zona rural, com distribuição em 13 povoados e apresentando 738 famílias cadastradas e 05 pessoas que utilizam plano de saúde. Destas famílias, 107 apresentam abastecimento de água proveniente da rede pública, enquanto que 597 famílias a água é proveniente de poços ou nascentes e as demais famílias o abastecimento ofertado é proveniente de outros recursos. O tratamento executado no domicílio da população destinado a água utilizada concentra-se em: 230 realizam a filtração, 05 utilizam a fervura como tratamento, 277 famílias utilizam o método de cloração e 226 famílias não realizam métodos de tratamento de água. Ainda de acordo com a caracterização da população, as moradias são classificadas em: tijolo/adobe (518), taipa revestida (53), taipa não revestida (85) e de outros tipos de moradias (82). Com base em dados do SIAB (2013) tínhamos 190 pessoas portadores de hipertensão arterial e 91 pessoas portadores de diabetes mellitus, na área de abrangência da UBS, sendo o quantitativo de cobertura de 60% dos pacientes.

O atendimento prestado a população acima descrita é realizado pela ESF composta por 01 médico, 01 enfermeira, 01 técnica de enfermagem e 07 ACS. As consultas realizadas pela médica e pela equipe de enfermagem estão distribuídas entre 01 UBS, e em pontos de apoio, tais como: casa destinada ao Programa de Erradicação do Trabalho Infantil- PETI, residências de populares, em pátios de escolas e/ou salas de aulas. A precariedade da UBS é caracterizada pela ausência de locais destinados para atendimentos específicos (01 sala destinada para atendimento alternado da médica e da enfermeira), em uma mesma sala realiza-se o procedimento de curativo e a esterilização (com 01 estufa), não dispõe de espaço para alocação da população enquanto espera, possui somente 01 banheiro, destinado à equipe de saúde e a população. Não dispomos de sala para vacinação, as vacinas são transportadas em caixas térmicas com gelox e não dispõe de termômetro, bem como as medicações dispensadas, que são transportadas em caixas juntamente com a equipe.

Ao retratar sobre a associação da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus no Brasil, constata-se ser “a primeira causa de mortalidade e de

hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetido à diálise” (Brasil, 2006). Ressalta-se que a hipertensão arterial seja considerada o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio. Avaliando o desenvolvimento da ação de Atenção ao Hipertenso e Diabético na UBS Josefa Gonçalves da Silveira constatou-se que o atendimento disponibilizado, está muito aquém do preconizado pelo MS, necessitando atenção e desenvolvimento de ações que contemplem parte da população que não está sendo assistida adequadamente.

Em busca de promover a redução de internações hospitalares, óbitos e agravos à saúde, faz-se importante promover mudanças na execução do programa de atenção ao hipertenso e diabético pela equipe citada, pois esta intervenção será “capaz de desencadear estratégias de saúde pública que levarão à modificação do quadro atual, a melhoria na qualidade de vida dessas pessoas e a redução do custo social” (MS, 2013). Para alcançar este conceito deveremos intervir principalmente na ampliação da cobertura de hipertensos e diabéticos e realizar mapeamento da população-alvo, promover a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa, realizar qualificação profissional da equipe. Além de realizar atividades para promoção em saúde.

A fim de viabilizar a intervenção proposta, ressalto a participação da equipe e da própria comunidade, entretanto a participação do gestor municipal seja fundamental, ainda não possuímos este envolvimento. Cabe ressaltar que as atividades a serem desenvolvidas infelizmente não serão realizadas, em plenitude, na unidade de saúde, pois o local designado encontra-se em reforma, sendo realizado na associação de moradores, um galpão sem divisória, no qual presta atendimento ao mesmo tempo e sem privacidade, a médica, enfermeira e a técnica.

## **2.2 Objetivo Geral**

Melhorar a atenção aos adultos portadores da hipertensão arterial sistêmica e /ou diabetes Mellitus.

### 2.2.1 Objetivos específicos

1. Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos;
2. Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa;
3. Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade;
4. Melhorar o registro das informações;
- 5..Mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular;
6. Realizar ações de promoção à saúde dos hipertensos e diabéticos

### 2.2.2 Metas

**Relativa ao objetivo 1:** Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos;

Meta 1- Rastrear 100% dos adultos com 18 anos ou mais de idade para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Meta 2- Rastrear 100% dos adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM)

Meta 3- Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade Básica de Saúde Josefa Gonçalves da Silveira;

Meta 4- Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade Básica de Saúde Josefa Gonçalves da Silveira;

**Relativa ao Objetivo 2.** Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa;

Meta 5- Buscar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 6- Buscar 70% dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos à realização de exames complementares conforme periodicidade recomendada

**Relativa ao Objetivo 3.** Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade;

Meta 7- Capacitação de 100% dos profissionais no atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético.

Meta 8- Realizar de exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 03 meses para diabéticos.

Meta 9- Realizar solicitações de exames complementares periódicos em 100% dos pacientes;

Meta 10- Garantir tratamento medicamentoso para 100% dos pacientes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia;

Meta 11- Identificar de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos descompensados de acordo com o protocolo adotado;

Meta 12- Monitorar 100% dos atendimentos dos pacientes encaminhados para serviços especializados.

**Relativa ao Objetivo 4.** Melhorar o registro das informações;

Meta 13- Promover a manutenção da ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 14- Cadastrar de 85% dos hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência no HIPERDIA

**Relativa ao Objetivo 5.** Mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 15- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na UBS periodicamente (pelo menos 01 vez ao ano).

Meta 16- Avaliar comprometimento de órgãos alvo em 100% dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos de alto risco.

**Relativa ao Objetivo 6.** Realizar ações de promoção à saúde dos hipertensos e diabéticos

Meta 17- Garantir avaliação odontológica a 30% dos pacientes hipertensos e diabéticos:

Meta 18: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 19- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes tabagistas.

### **2.3 Metodologia**

Trata-se de um projeto de intervenção para qualificação da atenção à saúde de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Este projeto de intervenção está estruturado para ser desenvolvido no período de quatro meses. A intervenção será realizada na Unidade Básica de Saúde Josefa Gonçalves da Silveira (UBS pov. Moendas), localizada no município de Salgado em Sergipe- SE.

Elaborados pela instituição de ensino, Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), denominados “Planilha para coleta de dados HAS e DM” que fora elaborada pelo MS. Também serão utilizados instrumentos que fazem parte da rotina na UBS, como: os prontuários familiares, com foco nas “Fichas A” e “ Fichas B” do SIAB, as fichas de Cadastramento e Acompanhamento do HIPERDIA, bem como a ficha complementar, ambas utilizadas para cadastro e acompanhamento dos pacientes acometidos por HAS e DM. Todos os meios de coleta de dados serão utilizados durante as semanas de realização da intervenção. Os dados serão analisados e quantificados, gerando um número absoluto e um percentual relativo aos diversos questionamentos que serão abordados. Cabendo ressaltar que não será utilizado o quantitativo disponibilizado pelo CAP e sim o quantitativo mediante a população de hipertensos e diabéticos informada pelo Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB.

Com a finalidade de cumprir os objetivos propostos faremos ações voltadas aos 04 Eixos Pedagógicos: Eixo da Organização e Gestão do Serviço, Eixo da Qualificação da Prática Clínica, Eixo Monitoramento e Avaliação e Eixo Engajamento Público.

Foi adotado como protocolo para nortear a intervenção o caderno de Atenção Básica nº16 da Série de Normas e Manuais Técnicos do Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica sobre Diabetes Mellitus (Brasília- DF, 2006) e o caderno de Atenção Básica nº 15 do Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica sobre Hipertensão Arterial Sistêmica (Brasília- DF, 2006) respectivamente.

Parte dos Instrumentos que foram utilizados para a coleta de dados, o monitoramento e avaliação foram elaborados pela instituição de ensino, Universidade Federal de Pelotas (UFPel), denominados “Ficha Espelho HA/DIA” (anexo A) e “Planilha para coleta de dados”(Anexo B) . Foram Utilizados instrumentos que fazem parte da rotina na UBS Prontuários, Fichas B do SIAB (Anexo C e D),

Para melhor organização do trabalho as ações foram organizadas em eixos de atuação que serão descritos mais detalhadamente abaixo.

### **2.3.1 Detalhamento das Ações**

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

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

Detalhamento:

- Serão cadastrados os usuários hipertensos e diabéticos na ficha espelho;
- Os ACSs serão orientados a preencher as fichas B de acompanhamento;
- Serão verificados se todos os usuários cadastrados possuem a ficha B preenchida;
- Serão discutidos com os ACS questões para que esse levantamento seja feito com maior atenção nas visitas domiciliares;

- Será avaliado se a qualidade do esfigmomanômetro, estetoscópio e fita métrica utilizados pelas auxiliares de enfermagem, fazem necessários serem encaminhados para manutenção;
- Será realizada uma sensibilização para que todas as auxiliares de enfermagem que verificarem Pressão Arterial-PA- alterada na sala de procedimentos encaminhe o usuário para agendamento de consulta com a equipe.

Objetivo 2. Melhorar a adesão do Hipertenso e/ ou diabético ao programa.

Detalhamento:

- Organizaremos visitas domiciliares para buscar os faltosos;
- Organizaremos a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

Objetivo 3: Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde

Detalhamento:

- Serão definidas atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos;
- Será organizada a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde;
- Estabeleceremos periodicidade para atualização dos profissionais;
- Disponibilizaremos a versão atualizada do protocolo impressa ou digital na unidade de saúde;
- Será garantida a solicitação dos exames complementares para os usuários nas consultas;
- Será garantida e reforçada com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo;
- Estabeleceremos sistemas de alerta os exames complementares preconizados;
- Realizaremos controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos;
- Manteremos um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

##### Detalhamento:

- Manteremos as informações do SIAB atualizadas;
- Implantaremos planilha/registro específico de acompanhamento;
- Pactuaremos com a equipe o registro das informações;
- Definiremos o responsável pelo monitoramento registros;
- Organizaremos um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

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

##### Detalhamento:

- Priorizaremos o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco;
- Organizaremos a agenda para o atendimento desta demanda.

#### Objetivo 6. Promoção da saúde

##### Detalhamento:

- Será organizada a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e ao Diabético;
- Serão estabelecidas prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico;
- Discutiremos junto ao gestor oferta de consultas com dentista para os usuários Diabéticos e Hipertensos;
- Organizaremos práticas coletivas sobre alimentação saudável;
- Será discutido junto ao gestor parcerias institucional para envolver nutricionistas nesta atividade;
- Organizaremos com a equipe práticas coletivas para orientação de atividade física;
- Promoveremos junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade;

- Será discutida junto ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

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

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

Detalhamento:

- Verificaremos com a equipe se a quantidade de usuários diagnosticados e levantados pela equipe está condizente com a prevalência brasileira de HAS e DM;
- Será criada ficha de fechamento da ficha B. Compilando os dados coletados pelas ACS mensalmente;
- Priorizaremos a discussão em reunião todos os diagnósticos novos de HAS e DM para que o ACS faça a ficha B de acompanhamento.

Objetivo 2. Melhorar a adesão do Hipertenso e/ ou diabético ao programa.

Detalhamento:

- Será monitorado o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) através da ficha espelho.

Objetivo 3: Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde

Detalhamento:

- Faremos busca ativa de faltosos em prontuários levantados mensalmente de 30 usuários HAS e de 20 usuários DM;
- Será disponibilizada uma listagem de todos os usuários hipertensos e diabéticos da área e a data da última consulta;
- Serão monitoradas com a ficha de fechamento da ficha B a quantidade de faltosos e agendar consultas convocatórias;
- Será monitorada a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos;
- Será monitorada a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos;

- Será monitorado o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde;
- Será monitorado o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada;
- Será monitorado o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde;
- Será monitorado o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada;
- Será monitorado o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

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

##### Detalhamento:

- Será monitorada a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

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

##### Detalhamento:

- Será monitorado o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

#### Objetivo 6. Promoção da saúde

##### Detalhamento:

- Será monitorada a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e dos Diabéticos com o dentista;
- Será monitorada a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos;
- Será monitorada a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos;
- Será monitorada realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos e hipertensos.

#### **Eixo Engajamento Público:**

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

#### Detalhamento:

- Será entregue pelo médico e pelo enfermeiro que realizarem os atendimentos em consultórios a cartilha do hipertenso do ministério da saúde para todos os hipertensos da área pelo agente comunitário de saúde;
- Será distribuído por toda equipe, incluindo os auxiliares e técnicos administrativos panfletos informativos de Diabetes nas visitas domiciliares do ACS e no momento de chegada do usuário na UBS;
- Será criado o grupo de informações sobre HAS na comunidade nos locais de aglomeração, bares e botecos;
- Convidaremos todas as pessoas acima de 18 anos para aferir a PA pelo menos uma vez ao ano;
- Serão solicitados os exames de glicemia de jejum para todos os adultos com PA acima de 135/80 mmHg;
- Os ACS serão orientados para os fatores de risco para hipertensão e Diabetes.

### Objetivo 2. Melhorar a adesão do Hipertenso e/ ou diabético ao programa.

#### Detalhamento:

- Informaremos a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos);
- Esclareceremos aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas;
- Informaremos a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos);
- Será esclarecido aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

### Objetivo 3: Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde

Detalhamento:

- Orientaremos os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente;
- Orientaremos os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares;
- Orientaremos os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares;
- Orientaremos os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possível alternativa para obter este acesso.

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

Detalhamento:

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

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

Detalhamento:

- Orientaremos os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular;
- Esclareceremos os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

#### Objetivo 6. Promoção da saúde

Detalhamento:

- Buscaremos parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde;
- Faremos falas na comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista;

- Orientaremos hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável;
- Orientaremos hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular;
- Orientaremos os hipertensos e Diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

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

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

Detalhamento:

- Será verificado se os auxiliares de enfermagem estão aferindo PA adequadamente;
- Será verificado se os auxiliares de enfermagem estão medindo a glicemia capilar adequadamente;
- Redefiniremos com os ACS os critérios para cadastramento de HAS e DM na área de abrangência da equipe e esclarecer dúvidas com relação ao assunto.

Objetivo 2. Melhorar a adesão do Hipertenso e/ ou diabético ao programa.

Detalhamento:

- Será realizado treinamento com os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade;
- Será realizado treinamento com os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Objetivo 3: Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde

Detalhamento:

- Será realizado treinamento com a equipe para a realização de exame clínico apropriado;
- Será realizado treinamento com a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares;

- Será realizado treinamento com a equipe para atualização do profissional no tratamento da hipertensão;
- Será realizado treinamento com a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

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

##### Detalhamento:

- Orientaremos os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

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

##### Detalhamento:

- Será realizado treinamento com a equipe para realizar estratificação de risco segundo o Escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo;
- Será realizado treinamento com a equipe para a importância do registro desta avaliação;
- Será realizado treinamento com a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

#### Objetivo 6. Promoção da saúde

- Será realizado treinamento com a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso e diabético;
- Será realizado treinamento com a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável;
- Será realizado treinamento com a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde;
- Será realizado treinamento com a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular;
- Será realizado treinamento com a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

### 2.3.2 Indicadores:

Os Indicadores para monitorar o alcance das metas serão:

**Relativa ao objetivo 1:** Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos;

Meta 1- Rastrear 100% dos adultos com 18 anos ou mais de idade para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Meta 2- Rastrear 100% dos adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM)

*Indicador 1:* Proporção de diabéticos com PA alterada, que possa levar a associação com a HAS.

Numerador: Número de adultos com PA > 135/85 mmHg rastreados para Diabetes Mellitus;

Denominador: número de adultos residentes na área de abrangência da UBS com PA > 135/85 mmHg.

Meta 3- Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade Básica de Saúde Josefa Gonçalves da Silveira;

*Indicador 2:* Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Josefa Gonçalves da Silveira.

Numerador: Número total de adultos hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS Josefa Gonçalves da Silveira.

Denominador: Número total de adultos residentes no território (área de abrangência da UBS)

Meta 4- Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade Básica de Saúde Josefa Gonçalves da Silveira;

*Indicador 3:* Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Josefa Gonçalves da Silveira.

Numerador: Número total de adultos diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS Josefa Gonçalves da Silveira.

Denominador: Número total de adultos residentes no território (área de abrangência da UBS

**Relativa ao Objetivo 2.** Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa;

Meta 5- Buscar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

*Indicador 4:* Proporção de diabéticos com a consulta de acordo com o protocolo em dia

Numerador: número de diabéticos com a consulta em dia

Denominador: Número de diabéticos residentes no território e acompanhados na UBS

*Indicador 5:* Proporção de hipertensos com a consulta de acordo com o protocolo em dia

Numerador: número de hipertensos com a consulta em dia em relação ao atendimento aprazado;

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS Josefa Gonçalves da Silveira.

Meta 6- Buscar 70% dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos à realização de exames complementares conforme periodicidade recomendada

*Indicador 6:* Proporção de hipertensos faltosos com a consulta médica com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos à consulta médica com busca ativa;

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

*Indicador 7:* Proporção de diabéticos faltosos com a consulta médica com busca ativa

Numerador: Número de diabéticos faltosos à consulta médica com busca ativa;

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

**Relativa ao Objetivo 3.** Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade;

Meta 7- Capacitação de 100% dos profissionais no atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético.

*Indicador 8:* Proporção de profissionais capacitados através da discussão do Protocolo no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS Josefa Gonçalves da Silveira.

Numerador: Número de profissionais que atuam na UBS que participaram da capacitação acerca da adoção do Protocolo no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS Josefa Gonçalves da Silveira;

Denominador: Número de profissionais que atuam na UBS Josefa Gonçalves da Silveira.

Meta 8- Realizar de exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 03 meses para diabéticos.

*Indicador 9 :* Proporção de diabéticos com exame do pé diabético em dia.

Numerador: número de diabéticos com exame do pé diabético em dia;

Denominador: número total de diabético na área de abrangência da UBS.

*Indicador 10:* Proporção de hipertensos com o exame clínico de acordo com o protocolo em dia:

Numerador: número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS

Meta 9- Realizar solicitações de exames complementares periódicos em 100% dos pacientes;

*Indicador 11:* Proporção de hipertensos com os exames complementares do protocolo em dia:

Numerador: número de hipertensos com exames complementares periódicos em dia

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS

*Indicador 12:* Proporção de diabéticos os exames complementares do protocolo em dia

Numerador: número de diabéticos os exames complementares do protocolo em dia;

Denominador: Número de diabéticos residentes no território e acompanhados na UBS.

Meta 10- Garantir tratamento medicamentoso para 100% dos pacientes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia;

*Indicador 13:* Proporção de diabéticos que utilizam medicamentos para controle da doença:

Numerador: número de diabéticos com tratamento medicamentoso;

Denominador: Número de diabéticos residentes no território e acompanhados na UBS Josefa Gonçalves da Silveira.

*Indicador 14:* Proporção de hipertensos que utilizam medicamentos para controle da doença:

Numerador: número de hipertensos com tratamento medicamentoso;

Denominador: Número de hipertensos residentes no território e acompanhados na UBS Josefa Gonçalves da Silveira

*Indicador 15:* Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do HIPERDIA ou da Farmácia Popular:

Numerador: número de hipertensos com tratamento medicamentoso da lista do HIPERDIA ou Farmácia Popular;

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS Josefa Gonçalves da Silveira.

*Indicador 16:* Proporção de diabéticos com tratamento medicamentoso da lista do HIPERDIA ou Farmácia Popular:

Numerador: número de diabéticos com tratamento medicamentoso da lista do HIPERDIA ou Farmácia Popular;

Denominador: Número de diabéticos residentes no território e acompanhados na UBS Josefa Gonçalves da Silveira.

*Indicador 17* Proporção de diabéticos que conseguem todos os medicamentos da lista do HIPERDIA ou da Farmácia Popular

Numerador: número de diabéticos que conseguem todos os medicamentos da lista do HIPERDIA ou da Farmácia Popular;

Denominador: Número de diabéticos residentes no território e acompanhados na UBS Josefa Gonçalves da Silveira.

*Indicador 18:* Proporção de hipertensos que conseguem todos os medicamentos da lista do HIPERDIA ou da Farmácia Popular:

Numerador: número de hipertensos que conseguem todos os medicamentos da lista do HIPERDIA ou da Farmácia Popular;

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS Josefa Gonçalves da Silveira.

Meta 11- Identificar de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos descompensados de acordo com o protocolo adotado;

*Indicador 19:* Proporção de diabéticos que tomam todos os medicamentos de acordo com a prescrição médica:

Numerador: Número de diabéticos que tomam todos os medicamentos de acordo com a prescrição

Denominador: Número de diabéticos residentes no território e acompanhados na UBS Josefa Gonçalves da Silveira.

*Indicador 20:* Proporção de hipertensos que tomam todos os medicamentos de acordo com a prescrição:

Numerador: Número de hipertensos que tomam todos os medicamentos de acordo com a prescrição médica;

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS Josefa Gonçalves da Silveira.

*Indicador 21:* Proporção de diabéticos com a glicemia com valores dentro do limite normais;

Numerador: número de diabéticos com a glicemia com valores dentro do limite normais;

Denominador: Número de diabéticos residentes no território e acompanhados na UBS Josefa Gonçalves da Silveira.

*Indicador 22:* Proporção de hipertensos com a Pressão Arterial com valores dentro do limite normais;

Numerador: número de hipertensos com a Pressão Arterial com valores dentro do limite normais;

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS Josefa Gonçalves da Silveira.

Meta 12- Monitorar 100% dos atendimentos dos pacientes encaminhados para serviços especializados.

*Indicador 23:* Proporção de pacientes hipertensos e diabéticos encaminhados para serviços especializados.

Numerador: número de pacientes hipertensos e diabéticos que necessitam de avaliação especializada

Denominador: número de hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da UBS Josefa Gonçalves da Silveira.

**Relativa ao Objetivo 4.** Melhorar o registro das informações;

Meta 13- Promover a manutenção da ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

*Indicador 24* Proporção de hipertensos e diabéticos devidamente acompanhados e com registro próprio ou em prontuário;

Numerador: número de hipertensos e diabéticos devidamente acompanhados e com registro próprio ou em prontuário.

Denominador: número de hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da UBS Josefa Gonçalves da Silveira.

Meta 14- Cadastrar de 85% dos hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência no HIPERDIA

*Indicador 25:* Proporção de hipertensos com cadastro no Programa HIPERDIA ou em planilha própria.

Numerador: Proporção de hipertensos com cadastro no Programa HIPERDIA ou em planilha própria

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS Josefa Gonçalves da Silveira.

*Indicador 26* Proporção de diabéticos com cadastro no Programa HIPERDIA ou em planilha própria

Numerador: Proporção de diabéticos com cadastro no Programa HIPERDIA ou em planilha própria

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS Josefa Gonçalves da Silveira.

**Relativa ao Objetivo 5.** Mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 15- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na UBS periodicamente (pelo menos 01 vez ao ano).

*Indicador 27* Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular, mediante o exame clínico em dia

Numerador: número de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular, mediante o exame clínico em dia;

Denominador: Número de diabéticos residentes no território e acompanhados na UBS Josefa Gonçalves da Silveira.

*Indicador 28* Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular, mediante o exame clínico está em dia:

Numerador: Número de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular, mediante o exame clínico está em dia;

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS Josefa Gonçalves da Silveira.

Meta 16- Avaliar comprometimento de órgãos alvo em 100% dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos de alto risco.

*Indicador 29:* Proporção de diabéticos de alto risco com avaliação de comprometimento de órgãos alvo:

Numerador: Número de diabéticos de alto risco com avaliação de comprometimento de órgãos alvo;

Denominador: Número de diabéticos residentes no território e acompanhados na UBS Josefa Gonçalves da Silveira.

*Indicador 30:* Proporção de hipertensos de alto risco com avaliação de comprometimento de órgãos alvo em dia:

Numerador: número de hipertensos de alto risco com avaliação de comprometimento de órgãos alvo

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS Josefa Gonçalves da Silveira.

**Relativa ao Objetivo 6.** Realizar ações de promoção à saúde dos hipertensos e diabéticos

Meta 17- Garantir avaliação odontológica a 30% dos pacientes hipertensos e diabéticos:

*Indicador 31:* Proporção de diabéticos com avaliação odontológica

Numerador: número de diabéticos avaliação odontológica

Denominador: Número de diabéticos residentes no território e acompanhados na UBS

*Indicador 32:* Proporção de hipertensos com consulta avaliação odontológica.

Numerador: número de hipertensos com avaliação odontológica

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS Josefa Gonçalves da Silveira.

*Indicador 33:* Proporção de diabéticos que receberam orientação nutricional.

Numerador: número de diabético que tiveram orientação nutricional, ao comparecer a UBS Josefa Gonçalves da Silveira;

Denominador: número de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS Josefa Gonçalves da Silveira;

*Indicador 34:* Proporção de hipertensos que receberam orientação nutricional.

Numerador: número de HAS que tiveram orientação nutricional, ao comparecer a UBS Josefa Gonçalves da Silveira;

Denominador: número de HAS residentes na área de abrangência da UBS Josefa Gonçalves da Silveira.

Meta 18: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos.

*Indicador 35:* Proporção de diabéticos que receberam orientações sobre à prática de atividades físicas regulares.

Numerador: número de diabéticos que tiveram orientação sobre a atividade física, ao comparecer a UBS Josefa Gonçalves da Silveira;

Denominador: número de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS Josefa Gonçalves da Silveira.

*Indicador 36* Proporção de hipertensos que receberam orientações sobre à prática de atividades físicas regulares.

Numerador: número de HAS que tiveram orientação sobre a atividade física, ao comparecer a UBS Josefa Gonçalves da Silveira;

Denominador: número de HAS residentes na área de abrangência da UBS Josefa Gonçalves da Silveira.

Meta 19- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes tabagistas.

*Indicador 37:* Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: número de diabéticos que tiveram orientação sobre os riscos do tabagismo, ao comparecer a UBS Josefa Gonçalves da Silveira;

Denominador: número de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS Josefa Gonçalves da Silveira.

*Indicador 38:* Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: número de HAS que tiveram orientação sobre os riscos do tabagismo, ao comparecer a UBS Josefa Gonçalves da Silveira;

Denominador: número de fumantes residentes na área de abrangência da UBS Josefa Gonçalves da Silveira.

### **2.3.3 Logística**

A fim de realizar a intervenção no programa HIPERDIA, vamos adotar o caderno de Atenção Básica nº16 da Série de Normas e Manuais Técnicos do Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica sobre Diabetes Mellitus (Brasília- DF, 2006) e o caderno de Atenção Básica nº 15 do Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica sobre Hipertensão Arterial Sistêmica (Brasília- DF, 2006), ficha de acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos, associado à ficha de registro específico que conterá: tempo e tipo de diabetes, tempo de HAS, condições associadas de HAS, dislipidemia, obesidade, Infarto Agudo do Miocárdio, retinopatia diabética, nefropatia, cardiopatia, Acidente Cerebral Vascular ou Acidente Isquêmico Transitório, doença vascular arterial periférica, tabagismo, alcoolismo e sedentarismo. Acrescentando-se ainda para intervenção: exames complementares, classe de risco de HAS e/ou Diabetes Mellitus, internação, óbito, classificação de risco, marcação vacinal (DT, influenza, hepatite B e pneumococos), data da última consulta (médica e de enfermagem) e realização das visitas domiciliares para os acamados.

Para organização dos registros específicos será realizada a atualização do cadastro do HIPERDIA, mensalmente, tarefa esta desenvolvida pelos ACS e técnica de enfermagem, além disto, será promovida análise do SIAB, verificação dos prontuários, dos últimos três meses, a fim de identificar os pacientes que freqüentaram a unidade de saúde para avaliação do tratamento, consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso, além da situação vacinal, visitas domiciliares. Esses dados serão transcritos para a ficha espelho e/ou livro de registro, além de serem avaliados e registrados pela médica clínica e/ou enfermeira.

Sendo necessário o uso de registro específico destinado ao programa, acontecerá reunião com a coordenadora da AB e a enfermeira, a fim de que a mesma possa disponibilizar materiais suficientes para utilizar nos registros, bem como será solicitado à coordenadora da AB: projetor multimídia cartolinas, cadeiras, glicosímetro, aparelho para aferição da PA, fita métrica, prontuários, fichas de registro, acrescida ficha complementar, canetas e pastas arquivos.

Ao iniciar a intervenção deverá ser promovida capacitação com a equipe de saúde (médica, enfermeira, técnica de enfermagem e ACS) a fim de ser apresentado o caderno de atenção básica que servirá de base para a intervenção. Esta reunião será ministrada pela enfermeira e contará com a exposição do caderno de atenção básica, além da folha de acompanhamento do HIPERDIA, bem como apresentação e análise da ficha complementar. A capacitação será realizada as quartas-feiras (três) com duração de uma hora e meia e será ministrada pela enfermeira mediante data show (slides) informando a função de cada profissional e suas atividades. Será disponibilizado folder que conterá as informações já mencionadas.

Estima-se que 130 hipertensos e 37 diabéticos deverão ser alvo da estratégia, para tanto, os ACS e enfermeira ministraram atividades educativas, às segundas-feiras, na tentativa de captar o número mais próximo do necessário para a intervenção. Estas serão realizadas no povoado-sede, na associação dos moradores, e terá duração de 01 hora, serão abordados temas como participação da população no combate a hipertensão e diabetes; participação dos pacientes e familiares no tratamento dos hipertensos e diabéticos; a necessidade de comparecimento aos tratamentos; melhoria na alimentação. Sendo que para execução das palestras utilizaremos: projetor multimídia, cartazes ilustrativos, teatro e dinâmica de grupos.

Mediante exposição do caderno de atenção básica, será destinado um dia por semana de atendimento para os hipertensos e diabéticos para avaliação dos prontuários e atualização destes e do cartão vacinal. Esta avaliação deverá ser promovida pela enfermeira e técnica de enfermagem. Para que aconteça o monitoramento deverá ser realizado o agendamento de consultas, promovido pela Técnica de enfermagem, além de aprazamento das vacinas e exames.

Caberá a médica e a enfermeira a realização das consultas clínicas, mediante o preconizado pelo MS, destinando o atendimento para 14 hipertensos e/ ou diabéticos, com avaliação do estado de saúde, aferição da pressão arterial, análise

da circunferência abdominal e do peso, realização de glicemia capilar, exames dos pés, aferição da PA e do peso, solicitação de exames e avaliação dos mesmos. Associando as tarefas das profissionais citadas, a execução dos: preenchimento dos prontuários, das fichas complementares e ficha do HIPERDIA, além da realização de visitas, aos pacientes acamados e aos faltosos, que será destinada 01 vez por semana contando com a participação da equipe de saúde.

### 2.3.4 Cronograma

#### PRIMEIRO MÊS

SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4
<p>-Reunião com a coordenadora da Atenção Básica para promover a organização, programação dos materiais, equipamentos e insumo para a intervenção, bem como o local de atendimento;</p> <p>-Reunião com os profissionais da Equipe de saúde para apresentação do projeto de intervenção;</p>	<p>- Capacitação e treinamento dos ACS e demais profissionais da saúde, envolvidos na intervenção;</p> <p>- Reunião com os populares e líderes comunitários;</p> <p>-Consulta de enfermagem, cadastramento e registro (atendimento clínico, com atualização dos prontuários).</p>	<p>- Promoção de rodas de conversação com a população alvo, na UBS;</p> <p>- Promoção do cadastramento;</p> <p>- Consulta de enfermagem, cadastramento e registro (atendimento clínico, com atualização dos prontuários).</p>	<p>- Avaliação dos prontuários;</p> <p>-Monitoramento do número de HÁ e diabéticos cadastrados (monitoramento e avaliação do registro e arquivo específico);</p> <p>-Consulta de enfermagem, cadastramento e registro (atendimento clínico, com atualização dos prontuários);</p>

<p>-Levantamento dos cadastros dos usuários do HIPERDIA;</p> <p>-Promover o agendamento compartilhado de atendimento, entre os profissionais da equipe, destinado à população-alvo;</p> <p>-Organização dos instrumentos de monitoramentos e disponibilização dos livros criados para registro dos pacientes da UBS;</p> <p>- Consulta de enfermagem, cadastramento e registro (atendimento clínico, com atualização dos prontuários).</p>			<p>-Capacitação e avaliação das atividades, com os profissionais envolvidos na intervenção.</p>
--	--	--	---

## SEGUNDO MÊS

SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4
<p>-Consulta de enfermagem, cadastramento e registro (atendimento clínico, com atualização dos prontuários);</p> <p>-Atualização do cadastramento do HIPERDIA;</p> <p>-Realização de palestra na UBS;</p> <p>-Realização de busca ativa</p>	<p>-Consulta de enfermagem, cadastramento e registro (atendimento clínico, com atualização dos prontuários);</p> <p>-Atualização do cadastramento do HIPERDIA;</p> <p>- Monitorar o número de HA e DIA cadastrados (monitoramento e avaliação do registro e arquivo específico)</p>	<p>-Consulta de enfermagem, cadastramento e registro (atendimento clínico, com atualização dos prontuários);</p> <p>-Atualização do cadastramento do HIPERDIA;</p> <p>- Reunião com os populares e líderes comunitários.</p>	<p>-Consulta de enfermagem, cadastramento e registro (atendimento clínico, com atualização dos prontuários);</p> <p>-Atualização do cadastramento do HIPERDIA;</p> <p>-Monitorar o número de HA e DIA cadastrados (monitoramento e avaliação do registro e arquivo específico);</p> <p>Capacitação e avaliação das atividades, com os profissionais envolvidos na intervenção.</p>

## TERCEIRO MÊS

SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4
<p>-Consulta de enfermagem, cadastramento e registro (atendimento clínico, com atualização dos prontuários);</p> <p>-Atualização do cadastramento do HIPERDIA;</p> <p>- Realização de palestra na UBS;</p> <p>- Realização de busca ativa.</p>	<p>-Consulta de enfermagem, cadastramento e registro (atendimento clínico, com atualização dos prontuários);</p> <p>-Atualização do cadastramento do HIPERDIA;</p> <p>-Monitorar o número de HA e DIA cadastrados (monitoramento e avaliação do registro e arquivo específico);</p> <p>- Reunião com os populares e líderes comunitários.</p>	<p>-Consulta de enfermagem, cadastramento e registro (atendimento clínico, com atualização dos prontuários);</p> <p>-Atualização do cadastramento do HIPERDIA;</p> <p>-Realizar a busca ativa;</p> <p>-Ação comunitária x micro área.</p>	<p>-Trabalho educativo para a população, seguido de atendimento clínico;</p> <p>- Capacitação e avaliação das atividades, com os profissionais envolvidos na intervenção.</p>

## QUARTO MÊS

SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4
-Ação comunitária x micro área;  -Consulta de enfermagem, cadastramento e registro (atendimento clínico, com atualização dos prontuários);	-Consulta de enfermagem, cadastramento e registro (atendimento clínico, com atualização dos prontuários);  -Atualização do cadastramento do HIPERDIA;  -Monitorar o número de HA e DIA cadastrados (monitoramento e avaliação do registro e arquivo específico);	-Consulta de enfermagem, cadastramento e registro (atendimento clínico, com atualização dos prontuários);  -Atualização do cadastramento do HIPERDIA;  .-Monitorar o número de HA e DIA cadastrados (monitoramento e avaliação do registro e arquivo específico);	- Consulta de enfermagem, cadastramento e registro (atendimento clínico, com atualização dos prontuários);  -Atualização do cadastramento do HIPERDIA;  .-Monitorar o número de HA e DIA cadastrados (monitoramento e avaliação do registro e arquivo específico);  - Avaliação das atividades, com os profissionais envolvidos na intervenção.

### **3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO**

Ao longo da intervenção podemos relatar algumas dificuldades voltadas para o eixo de organização e gestão, tais como: o envolvimento da gestão, representada pela coordenação de atenção básica. Esta dificuldade foi encontrada pelas trocas consequentemente de coordenador, segundo pela demora em conseguir agendar as reuniões com o gestor, terceiro pela não disponibilização de materiais necessários à realização da intervenção e por último pela disponibilização em promover consultas especializadas.

Já como facilidade deste eixo, tivemos a execução da busca ativa com envolvimento dos ACS, médica, técnica de enfermagem e enfermeira, conseguindo aumentar a procura da população em questão ao atendimento de enfermagem e clínico. Bem como a apresentação de protocolos e fichas a serem utilizadas, além da realização do cadastramento dos pacientes em questão.

Ao analisar as ações voltadas para o eixo do engajamento público, apresentou-se como facilidade a realização das palestras educativa, a aceitação da população em aceitar a realização da intervenção, bem como a execução de exames complementares, acrescentando a esta facilidade a realização de exames: clínico e do pé diabético, pela enfermeira e médica da equipe. Além da realização dos hemoglicoteste como rotina a ser realizado pelos integrantes da equipe. Já as dificuldades voltaram-se neste eixo para a equipe de saúde bucal, ou seja, o não envolvimento do odontólogo e ACD seja por causa do local de atendimento diferenciado da equipe de saúde ou pela dificuldade em realizar um agendamento conjunto com a equipe de saúde. Soma-se a dificuldade também, o envolvimento de outros profissionais para a realização da intervenção, nutricionista, educador físico.

No eixo Qualificação da prática clínica, tivemos por facilidade a realização da capacitação da equipe, bem como a utilização de fichas de acompanhamento. A dificuldade foi em torno de conciliarmos as agendas, tanto da equipe como da digitadora, além da interferência do coordenador da AB em alterar as atividades do cronograma.

As ações que apresentaram dificuldades em ser realizadas foram: reunião com a coordenação da AB e disponibilização de materiais necessários para as palestras, à promoção de rodas de conversação com a população, o monitoramento

do número de Hipertensos e diabéticos, promoção do agendamento compartilhado. Sendo que não foram realizados: a ação comunitária micro-área e a palestra com os integrantes da equipe de saúde bucal e outros profissionais.

Ao término desta intervenção, avaliamos como positiva a intervenção e, além disso, nos habituamos à realização da busca ativa, realização de reuniões para capacitação e treinamento da equipe que está no cronograma mensal. Realização do exame hemiglicoteste. Realização do exame do pé diabético, bem como registrar os dados coletados durante a consulta em livro de registro específico.

## 4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

### 4.1 Resultados:

A intervenção buscou melhorar a atenção à Saúde do indivíduo portador de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na Unidade de Saúde Básica Josefa Gonçalves da Silveira situada no povoado de Moendas localizado no município de Salgado em Sergipe. A população adscrita consta de 2.647 pessoas, mediante dados atualizados em 2014 pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Salgado-SE. Sendo que ao iniciar a intervenção o dado fazia referência a um total de 2.956 habitantes. De acordo com a Planilha de Coleta de Dados HA e DIA (Anexos B) utilizadas ao longo da Intervenção, na Aba Dados da UBS para esta população tínhamos estimados cerca de 1.981 pessoas com 20 anos ou mais (67% da população total) e desta população estimava-se que cerca de 624 seriam Hipertensos e 198 seria Diabéticos. De acordo com o levantamento de dados realizado durante a Análise Situacional, no SIAB referente ao período de junho a agosto de 2013 tínhamos 190 pessoas portadores de hipertensão arterial e 91 pessoas portadores de diabetes mellitus, na área de abrangência da UBS.

Antes da Intervenção, durante a Análise Situacional, avaliando o desenvolvimento da ação da Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos na UBS, constatou-se que o atendimento disponibilizado, estava muito aquém do preconizado pelo MS, necessitando atenção e desenvolvimento de ações para uma melhor cobertura e melhor qualidade na atenção aos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS, pois não estava sendo assistida adequadamente.

No projeto de intervenção estabelecemos Objetivos, metas e indicadores e traçamos ações a serem desenvolvidas correlacionadas aos objetivos e metas traçados.

A intervenção iniciou na última semana de junho e encerrou na segunda semana de outubro de 2014 durando 16 semanas de intervenção.

Para o monitoramento e avaliação utilizamos instrumentos que foram elaborados pela instituição de ensino, Universidade Federal de Pelotas (UFPel), denominados “ Planilha para coleta de dados HAS e DM” e Ficha Espelho (e Ficha Complementar . Também foram utilizados instrumentos que fazem parte da rotina na UBS, como: os prontuários familiares e a atualização das Fichas das “Fichas A” e “

Fichas B”do SIAB e das fichas de Cadastramento e Acompanhamento do HIPERDIA.

Ao longo da intervenção, foram cadastrados e acompanhados 169 (cento e sessenta e nove) pacientes hipertensos e 54 (cinquenta e quatro) pacientes diabéticos.

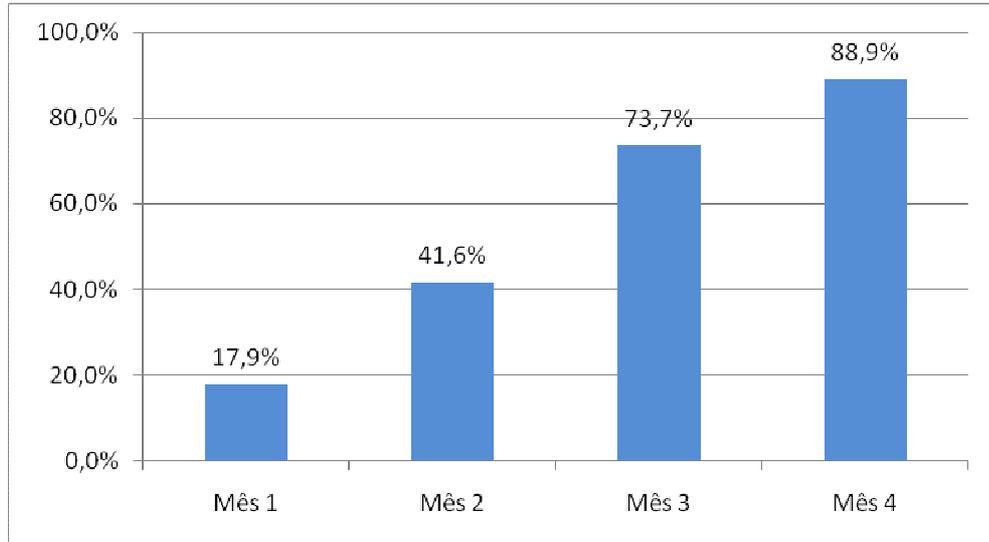
De acordo com o Objetivo 1 de “Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos”, na meta 1 buscávamos como a Meta 1 Rastrear 100% dos adultos com 18 anos ou mais de idade para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Durante Intervenção buscamos acolher todos os pacientes que procuram a UBS, garantindo a aferição da PA de todos pacientes maiores de 20 anos buscando realizar o procedimento adequado para a aferição da pressão arterial, mas estes dados não foram devidamente registrados. Não temos como aferir o alcance desta meta. Orientamos inclusive à equipe para a importância da calibragem correta do esfigmomanômetro bem como o uso adequado do manguito.

Tínhamos como Meta 2 “Rastrear 100% dos adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM)”, em função de não ser ofertado o exame de hemoglicoteste, por razão da desorganização das agendas e deficiência na participação dos pacientes, como também pela deficiência em fornecer pelo gestor, as fitas testes para realização deste exame não alcançamos esta meta.

Durante as 16 semanas foram atendidos, em nossa UBS Josefa Gonçalves, indivíduos adultos maiores de 20 anos e eles tiveram aferidos a Pressão Arterial.

A Meta 3 e Meta 4 era “Cadastrar 85% dos hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade Básica de Saúde Josefa Gonçalves da Silveira”.

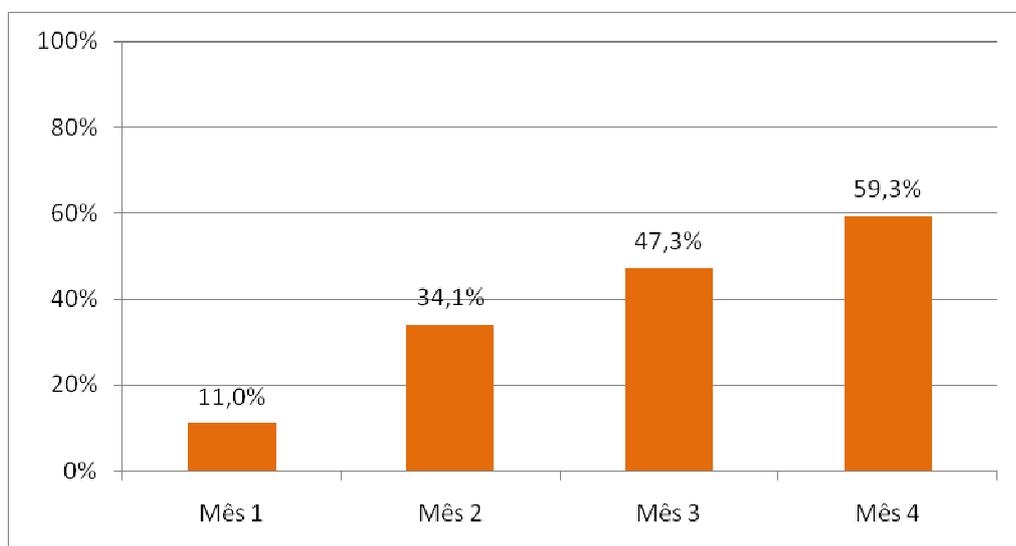
Para a análise das metas utilizamos o Indicador 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Josefa Gonçalves da Silveira e o Indicador 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Josefa Gonçalves da Silveira.



**Figura1 Gráfico da Cobertura do programa de atenção de hipertensos na UBS**

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicador-Hipertensos

De acordo com a Figura 1, no mês 1 cadastramos 34 hipertensos (17,9%), no mês 2 foram 79 (71,6%), no mês 3 foram 140(73,7%) e encerramos o mês 4 com 169 hipertensos cadastrados, oque correspondeu a 88,9% dos 190 Hipertensos da área segundo o cadastro do SIAB.



**Figura2 Gráfico da Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS**

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores. Diabéticos

De acordo coma Figura 2 no mês 1 cadastramos 10 diabéticos (11%), no mês 2 foram 31 (34,1%), no mês 3 foram 43 (47,3%) e encerramos o mês 4 com 54

diabéticos cadastrados, o que correspondeu a 59,3% dos 91 Diabéticos da área, segundo o cadastro do SIAB.

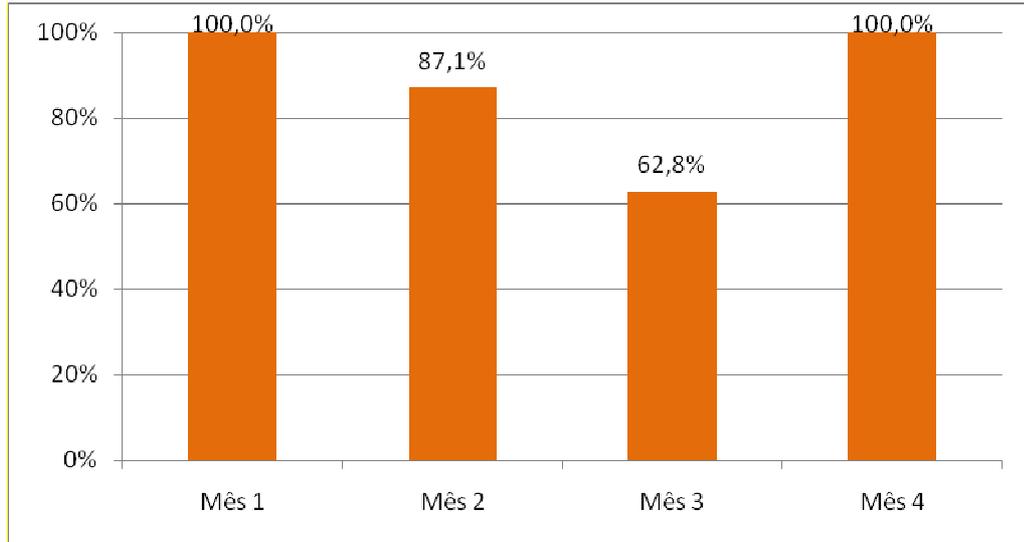
Finalizamos a intervenção e conseguimos superar a meta de Cadastrar 85% dos hipertensos, porém não conseguimos alcançar a meta de cadastro dos Diabéticos.

As Figuras 1 e 2 mostram um ritmo de cadastros ascendente e isto é muito satisfatório uma vez que nesta ação teve um esforço coletivo da equipe, em especial dos agentes comunitários de saúde e da enfermeira. No início da Intervenção realizamos o levantamento dos Hipertensos e Diabéticos da área e os que estavam cadastrados e acompanhados na UBS e com isto realizamos a atualização da Ficha B do SIAB com os dados de cadastramento dos ACS.

Não alcançamos a meta de cadastrar 85% dos diabéticos da área devido à dificuldade em conduzir estes pacientes para a unidade de saúde, pois fomos realocados para outro local de atendimento durante a intervenção e este local apresentava estrutura física deficitária, o que prejudicou em parte na qualidade do atendimento prestado.

Embora, a maioria dos agentes de saúde tenham se disponibilizado e realizado esforços para a captação desses, alguns por considerar desnecessário ou ser acompanhado em unidades privadas, não compareceram à unidade.

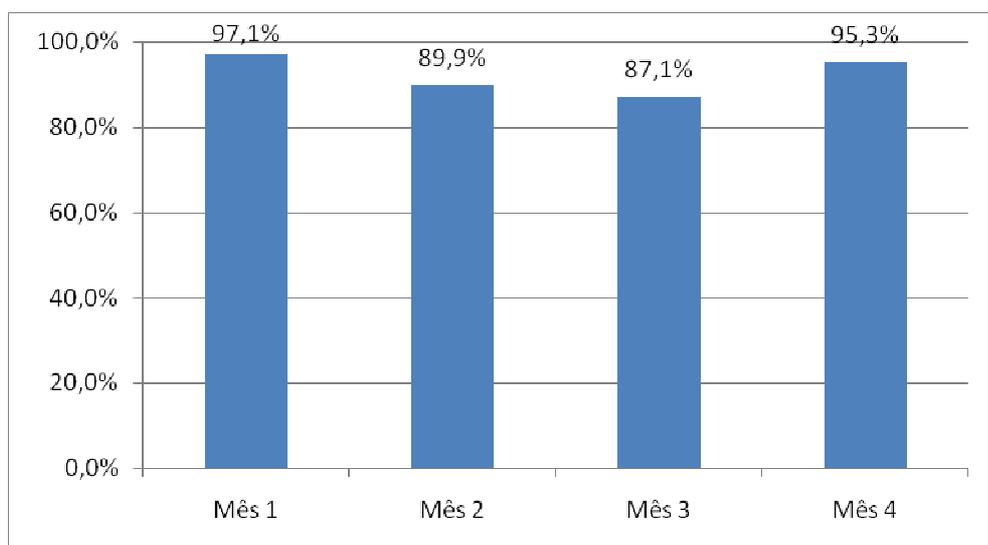
Com relação ao Objetivo 2 de Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético tínhamos como a Meta 5 “Buscar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada” e utilizamos para esta análise o *Indicador 4*: Proporção de diabéticos com a consulta de acordo com o protocolo em dia e o *Indicador 5*: Proporção de hipertensos com a consulta de acordo com o protocolo em dia. Para a Meta 6- Buscar 70% dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos à realização de exames complementares conforme periodicidade recomendada utilizamos o *Indicador 6*: Proporção de hipertensos faltosos com a consulta médica com busca ativa e o *Indicador 7*: Proporção de diabéticos faltosos com a consulta médica com busca ativa. Nisto obtivemos os seguintes resultados.



**Figura 3 Gráfico Proporção de diabéticos com a consulta de acordo com o protocolo em dia**

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores. Diabéticos

Na análise da meta no tocante à Proporção de diabéticos com a consulta de acordo com o protocolo em dia, de acordo com a Figura 3 temos que para o Indicador 4 “Proporção de diabéticos com a consulta de acordo com o protocolo em dia vemos que houve uma oscilação considerável no mês 2 e mês 3 da Intervenção e isto se deu em função da ausência de medicações, bem como alteração no Cronograma das atividades e período eleitoral. Chegamos ao final da intervenção com o alcance da meta de 100% dos diabéticos com a consulta de acordo com o protocolo em dia.



**Figura 4 Gráfico Proporção de hipertensos com a consulta de acordo com o protocolo em dia**

**Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores. Hipertensos**

Na figura 4 analisamos o **Indicador 5** Proporção de hipertensos com a consulta de acordo com o protocolo em dia. Infelizmente, não alcançamos a meta de 100% no atendimento dos hipertensos cadastrados de acordo com o Protocolo em dia visto que em todos os meses tivemos intercorrências constantes na alteração do agendamento das consultas e atividades da equipe e também sofremos com a irregularidade no fornecimento de medicamentos. Chegamos ao final da intervenção com a consulta em dia em relação ao atendimento apurado em apenas 161 (95,3%) dos 169 hipertensos cadastrados durante a intervenção.

Com a finalidade em reduzir o quantitativo de pacientes faltosos, foi desenvolvida a busca ativa a estes pacientes, sendo que houve uma evolução ao proceder esta busca e ao no final do 4º mês conseguimos buscar todos os pacientes que não estavam a comparecer a unidade de atendimento.

Na análise do Indicador 6 de “Proporção de hipertensos faltosos com a consulta médica com busca ativa” tivemos que no mês 1 faltou 1 Hipertenso dos 34 cadastrados. No mês 2 faltaram 8 dos 79 hipertensos e no mês 3 faltaram 18 e no mês 4 encerramos a intervenção com 8 faltosos às consultas apuradas dos 169 hipertensos cadastrados. Ainda que realizássemos busca ativa e com a agenda aberta e disponível para atendimento destes faltosos, não obtivemos êxito.

No tocante ao Indicador 7: Proporção de diabéticos faltosos com a consulta médica com busca ativa, salientamos que no mês 1 não tivemos diabéticos faltosos às consultas apuradas. No mês 2 faltaram 4 pacientes e no Mês 3 faltaram 16 usuários que estavam apurados e no mês 4 já havíamos recuperado todos os faltosos, devido às buscas ativas realizadas

Salientamos que as buscas ativas foram feitas através das visitas domiciliares de todos os integrantes da equipe que foram selecionados dependendo de cada caso e determinados em reunião de equipe individualmente. Em alguns casos a visita foi feita pelo médico e enfermeiro e o atendimento realizado no local.

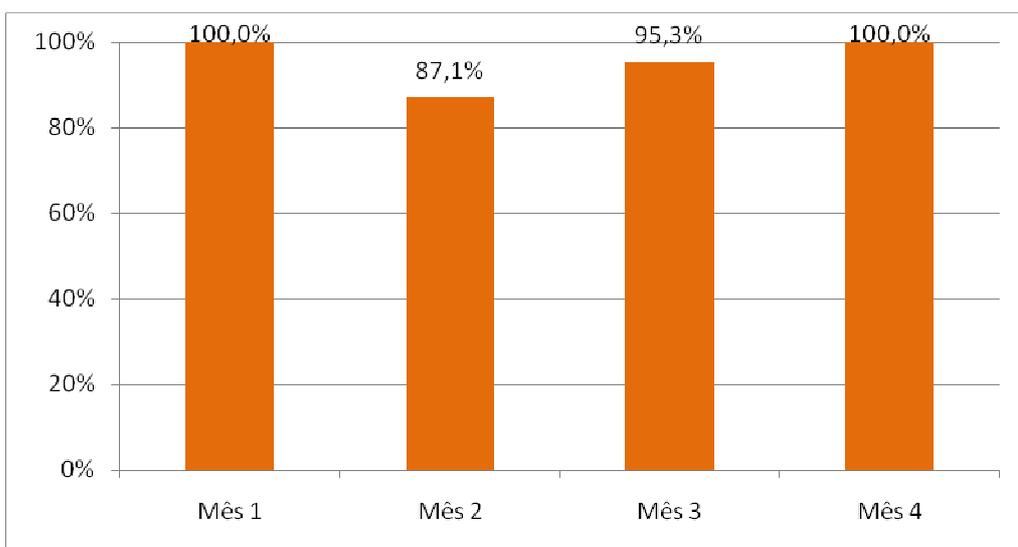
A busca ativa aos faltosos às consultas agendadas foi realizada em 100% e esse marcador foi aumentando consideravelmente com o andar da intervenção. Prontuários de pacientes HAS e DM foram levantados e esses analisados e

convocados para consultas nos casos de atraso na rotina de atendimento ou exames.

A supervisão das fichas B também foi um bom instrumento de busca ativa e monitoramento do acompanhamento desses hipertensos nas rotinas de atendimentos.

Ao tratar do Objetivo3 de Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético ao programa tínhamos como a Meta 7 a “Capacitação de 100% dos profissionais no atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético.” Para a análise desta meta temos o *Indicador 8*: Proporção de profissionais capacitados através da discussão do Protocolo no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS Josefa Gonçalves da Silveira.

Durante a Intervenção, dos 12 profissionais que atuam na UBS, 10 participaram da capacitação sobre o Protocolo adotado no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS Josefa Gonçalves da Silveira, ou seja, 83,33%. Foram realizadas 5 capacitações ao longo das intervenção posto que por alteração dos cronogramas da Equipe não conseguimos conciliar com o Cronograma da intervenção. As capacitações foram ministradas pela médica e enfermeira, com temas abordados sobre o manejo dos pés diabéticos, aferição correta da pressão arterial e do hemoglicoteste, padronização de exames clínicos e sobre a atualização dos registros, entre outros, utilizando protocolo o Caderno de Atenção Básica do Hipertenso e do Diabético.

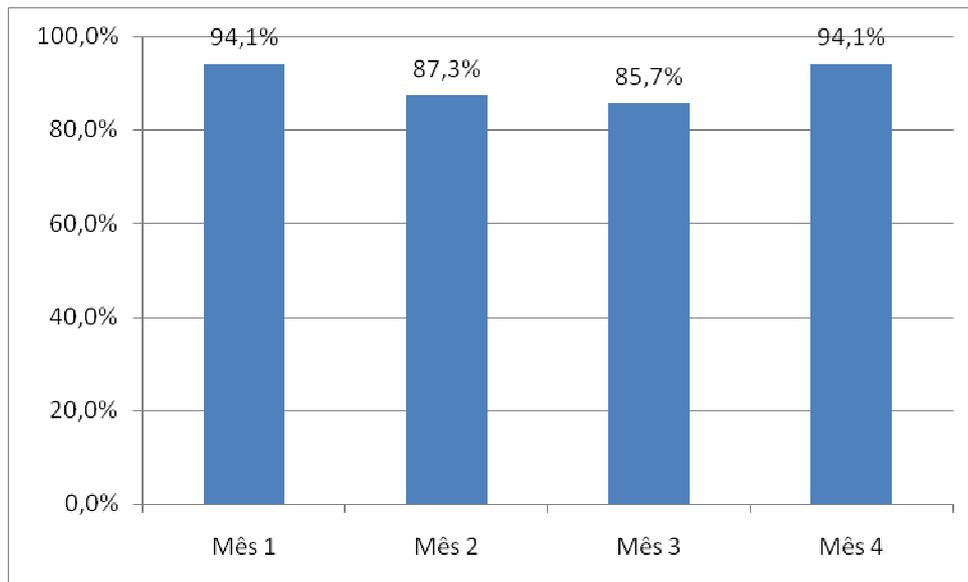


**Figura 5 Gráfico Proporção de diabéticos com exame do pé diabético em dia**

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores. Diabéticos

Para a Meta 8 “Realizar de exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 03 meses para diabéticos” utilizamos o *Indicador 9* : Proporção de diabéticos com exame do pé diabético em dia.

, De acordo com a Figura 5, observa-se que em 100,0% dos pacientes diabéticos no primeiro e quarto meses, alcançando a meta em realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial e posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 03 meses para diabéticos. Havendo no segundo mês uma redução deste percentual (87,1%), em função de que alguns pacientes diabéticos tinham o hábito em ir à UBS somente para a busca da medicação e infelizmente neste período referente ao mês 2 e 3 da intervenção houve uma redução no fornecimento de medicações hipoglicemiantes bem como também ocorrera alterações no cronograma de agendamento de atividades da equipe .

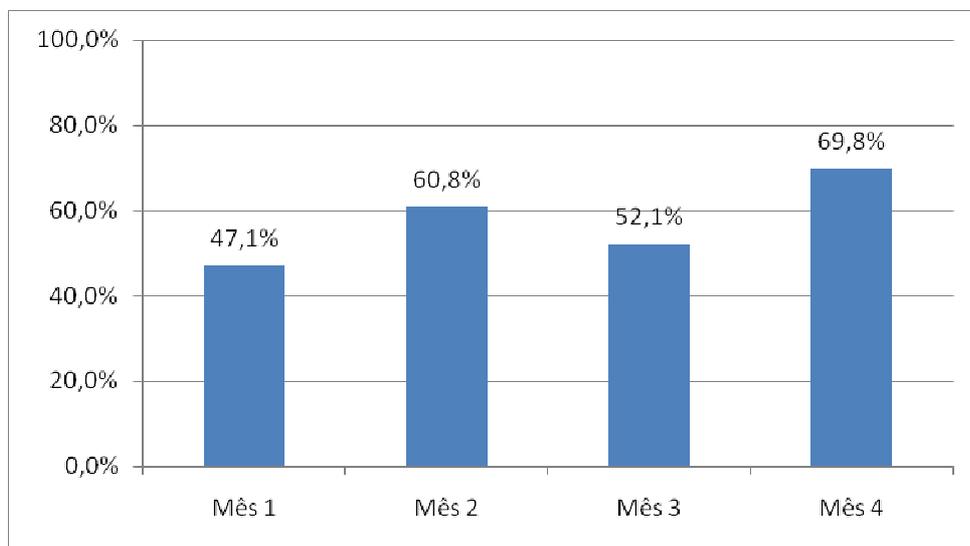


**Figura 6 Gráfico Proporção de hipertensos com o exame clínico de acordo com o protocolo em dia**

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores. Hipertensos

De acordo com a Figura 6, analisando o *Indicador 10* observa-se que no mês 1 tivemos que 32 (94,1%) dos 34 hipertensos cadastrados estavam com exame clínico em dia de acordo com o protocolo. No mês 2, tivemos 69 (89,3%) do 79 cadastrados com exame clínico em dia e no mês 3 eram 120 (85,7%) do 140 cadastrados. Finalizamos a intervenção com 159 (91,1%) dos 169 cadastrados com

exame clínico de acordo com o protocolo, ou seja, não alcançamos a meta proposta. A dificuldade foi devida às constantes mudanças de cronograma das atividades da equipe pela Coordenação da Atenção Básica do município, dificuldade em disponibilizar a locomoção da equipe, bem como a resistência de alguns pacientes que por decisão própria não aceitam o tratamento preconizado e a condução de seu agravo a ser tratado no Sistema Único de Saúde (SUS) buscando assim o atendimento em Clínicas Particulares.



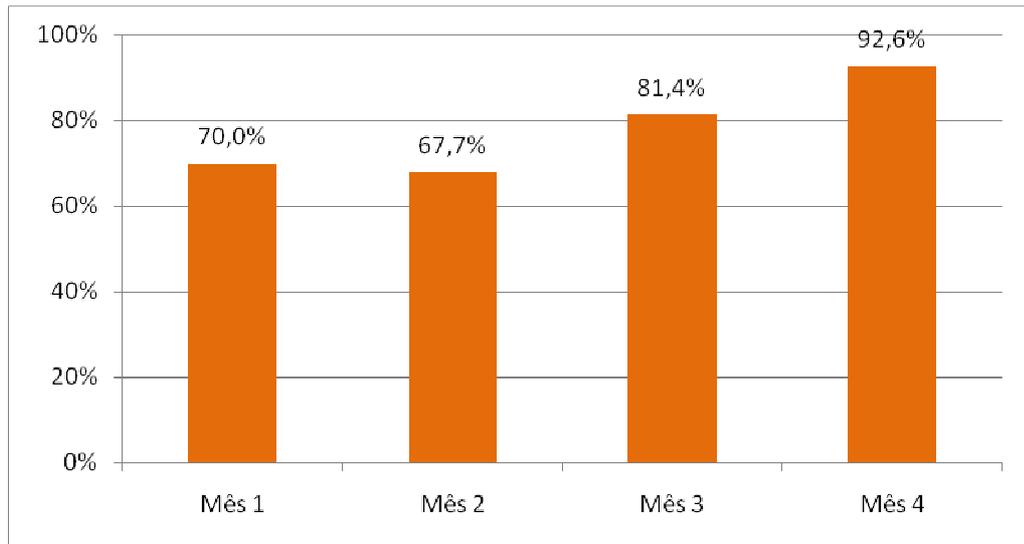
**Figura 7 Gráfico Proporção de hipertensos com os exames complementares do protocolo em dia**

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores. Hipertensos

Na figura 7, analisamos *Indicador 11*: Proporção de hipertensos com os exames complementares do protocolo em dia e vemos que no mês 1 apenas 16 (47,1%) dos 34 pacientes hipertensos estavam com exames complementares em dia. No mês 2 tínhamos apenas 48 (60,8%) dos 79 cadastrados. No mês 3 foram 73 (52,1%) dos 140 cadastrados e finalizamos o mês 4 com 118 (69,8%) dos 169 hipertensos cadastrados (69,8%) com os exames complementares do protocolo em dia.

Na análise destes indicadores vemos nas Figuras 8 e 9 que ao longo da intervenção tivemos dificuldade em acesso dos pacientes a execução dos exames complementares devido à médica clínica da equipe, realizar atendimento no sindicato dos trabalhadores rurais (a médica é prestadora de serviço nesta

localidade em horário diferente do PSF), bem como a deficiência em agendar estes exames pelo Sistema Único de Saúde. Salientamos ainda que houve uma ênfase nas atividades coletivas sobre a importância do registro destes exames e da avaliação.



**Figura 8 Gráfico Proporção de diabéticos os exames complementares do protocolo em dia**

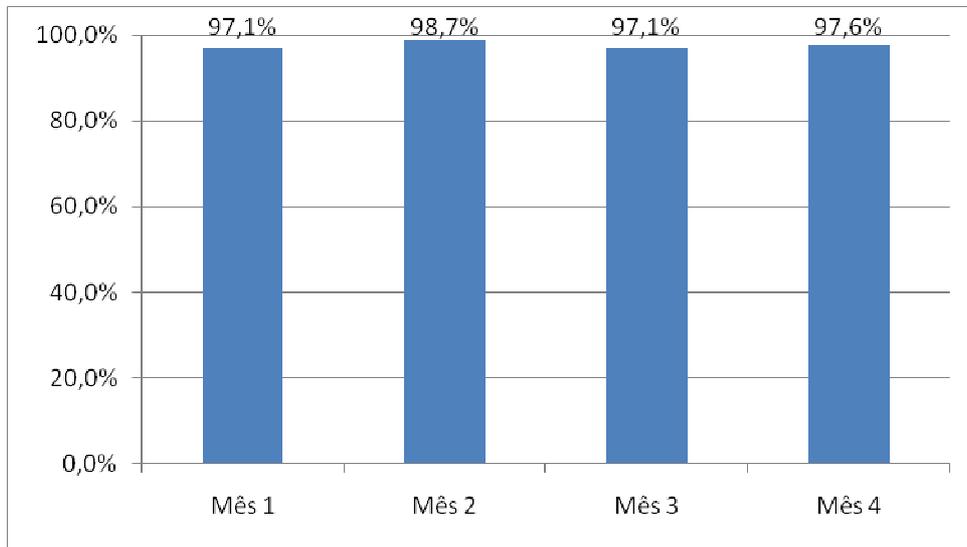
Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores. Diabéticos

Na figura 8 analisamos a Proporção de diabéticos os exames complementares do protocolo em dia vemos que no mês 1 apenas 7 dos 10 pacientes diabéticos estavam com exames em dia(70%), no mês 2 tínhamos apenas 21 dos 31 cadastrados(67,7%)No mês 3 foram 35 dos 43 cadastrados (81,4%0 e finalizamos o mês 4 com 50 dos 54 diabéticos(92,6%) com os exames complementares do protocolo em dia.

Para alcançar a Meta 10 estabelecida em garantir tratamento medicamentoso para 80% dos pacientes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ HIPERDIA, foram observados os seguintes indicadores:

**Para o Indicador 13:** Proporção de diabéticos que utilizam medicamentos para controle da doença, ao longo das 16 semanas da intervenção, temos que 100%

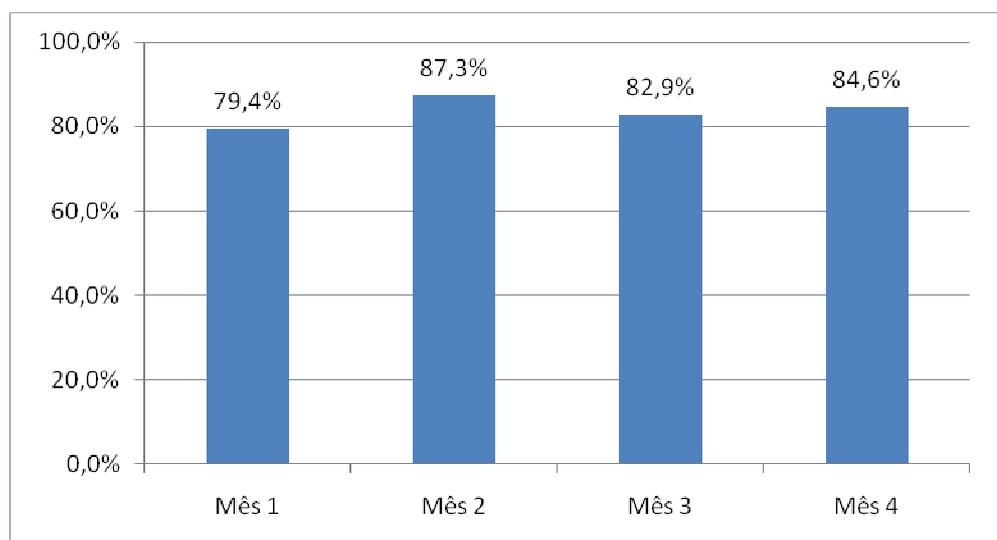
dos diabéticos, ou seja, os 54 cadastrados e acompanhados fazem uso de medicamentos para o controle da doença.



**Figura 9. Gráfico Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos para controle da HAS**

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores. Hipertensos

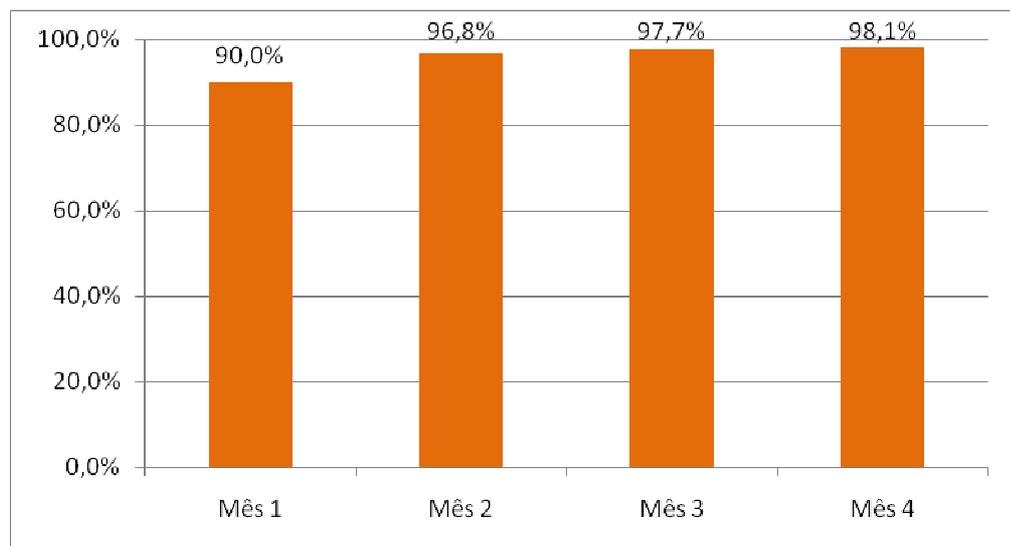
No *Indicador 14* Proporção de hipertensos que utilizam medicamentos para controle da doença de acordo com a Figura 9, notou-se que nem todos os Hipertensos têm prescritos medicamentos para o controle dos níveis pressóricos. Muitas vezes são orientados apenas para a prática de atividade física regular, adoção de hábitos de vida saudável e uma atenção especial às orientações nutricionais.



**Figura 10. Gráfico** Proporção de hipertensos que conseguem todos os medicamentos da lista do HIPERDIA ou da Farmácia Popular:

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores. Hipertensos

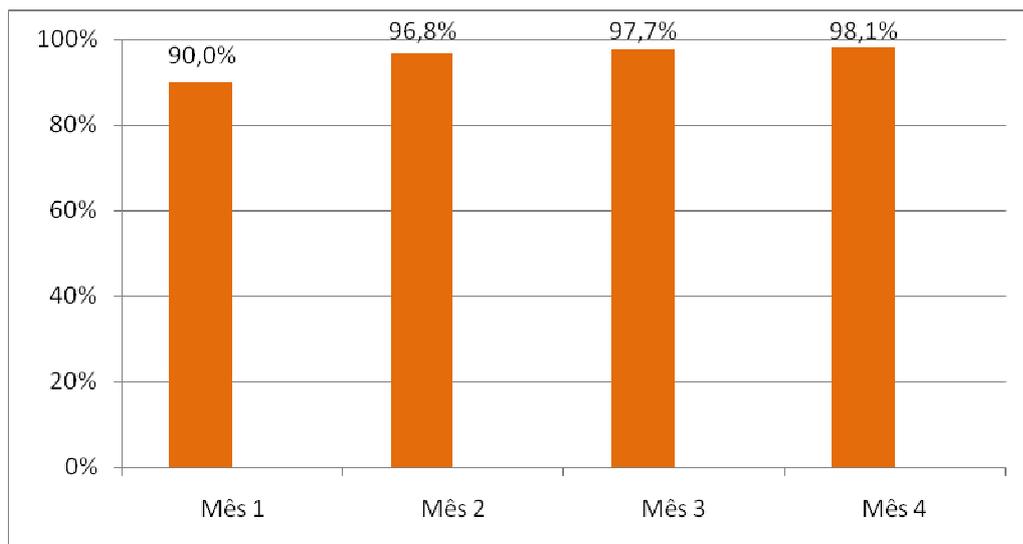
Analisando o *Indicador 15*: Proporção de hipertensos que conseguem todos os medicamentos da lista do HIPERDIA ou da Farmácia Popular, vimos na Figura 10 que apenas 143 (84,6%) dos 169 Hipertensos cadastrados utilizam medicamento da lista do HIPERDIA ou Farmácia Popular.



**Figura 11. Gráfico Proporção de diabéticos com tratamento medicamentoso da lista do HIPERDIA ou Farmácia Popular**

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores. Diabéticos

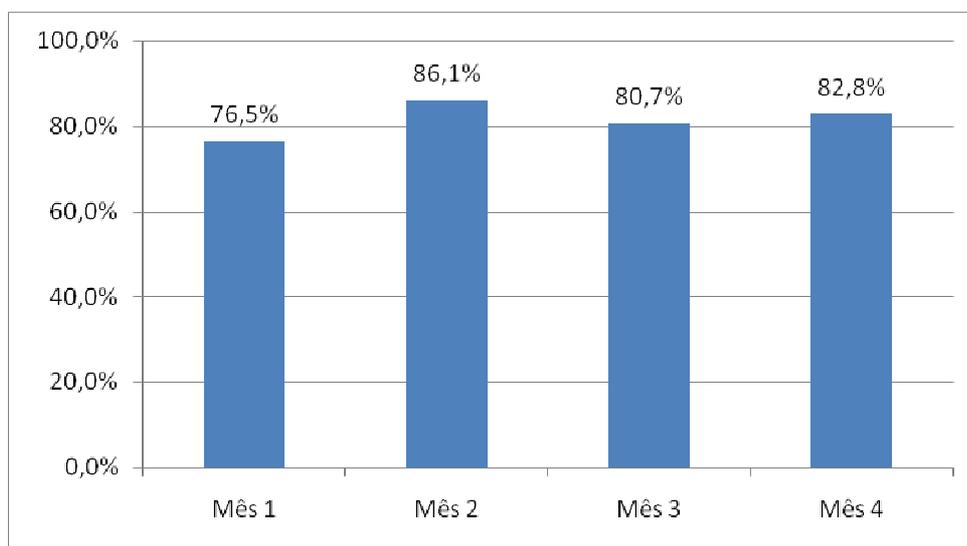
Analisando o *Indicador 16*: Proporção de diabéticos com tratamento medicamentoso da lista do HIPERDIA ou Farmácia Popular, observou-se na Figura 11 que apesar de que todos os diabéticos cadastrados e acompanhados durante a intervenção fazem uso de medicamentos para o controle da doença temos que 50 (98,1%) dos 54 diabéticos cadastrados utilizam medicamento da lista do HIPERDIA ou Farmácia Popular. Isto se deve ao fato de que a medicação prescrita faz parte do elenco de medicamentos disponibilizados pela Farmácia Básica, posto que o único paciente que optou em não fazer uso da medicação do HIPERDIA deu-se por acreditar que a medicação combinada apresenta melhor eficácia, opção própria.



**Figura 12. Gráfico Proporção de diabéticos que conseguem todos os medicamentos da lista do HIPERDIA ou da Farmácia Popular**

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores. Diabéticos

De acordo com a Figura 12 vimos que no Indicador 17 Proporção de diabéticos que conseguem todos os medicamentos da lista do HIPERDIA ou da Farmácia Popular reafirma-se o que colocamos na análise da Figura 11, onde 50 (98,1%) dos 54 diabéticos cadastrados conseguem todos os medicamentos da lista do HIPERDIA ou da Farmácia Popular.



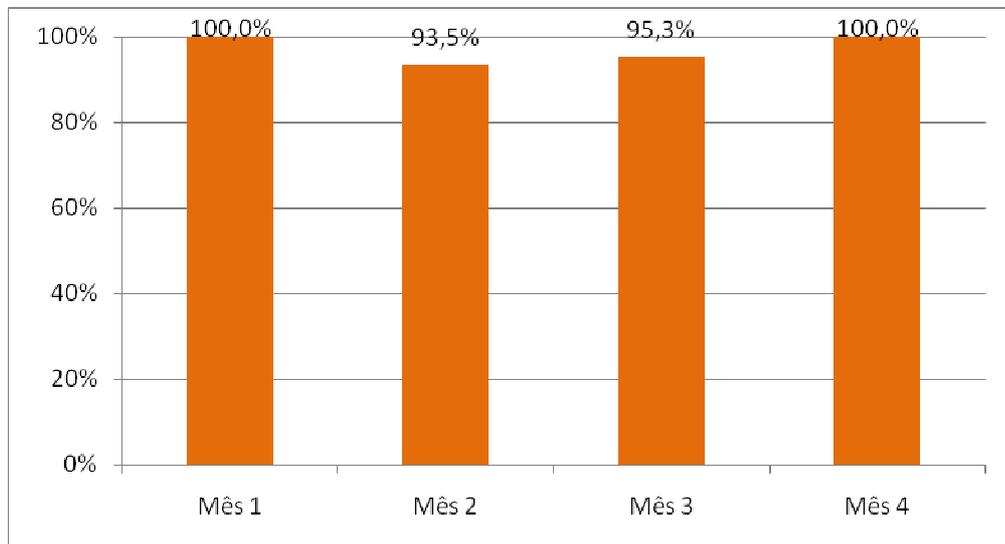
**Figura 13. Gráfico Proporção de hipertensos que conseguem todos os medicamentos da lista do HIPERDIA ou da Farmácia Popular**

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores. Hipertensos

Analisando o **Indicador 18** Proporção de hipertensos que conseguem todos os medicamentos da lista do HIPERDIA ou da Farmácia Popular, vimos na Figura 13

que apenas 140 (82,8%) dos 169 Hipertensos cadastrados conseguem a medicação, fato este em função de alteração dos níveis pressóricos, ou seja, foi iniciado o esquema terapêutico com as mediações do programa HIPERDIA, porém não houve redução desses níveis pressóricos sendo necessária a utilização de medicações combinadas.

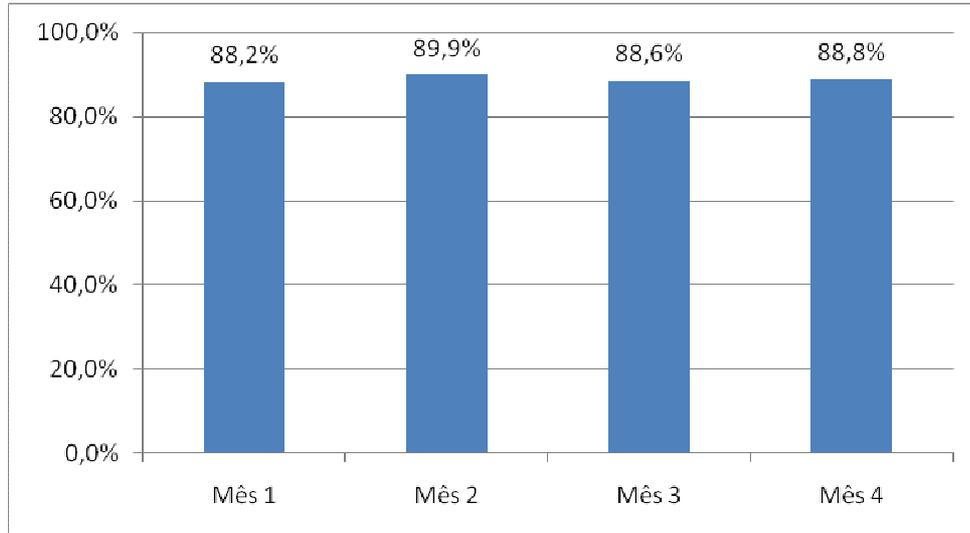
Com a Meta 11 para “Identificar de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos descompensados de acordo com o protocolo adotado” analisamos os seguintes indicadores:



**Figura 14. Gráfico Proporção de diabéticos que tomam todos os medicamentos de acordo com a prescrição**

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores. Diabéticos

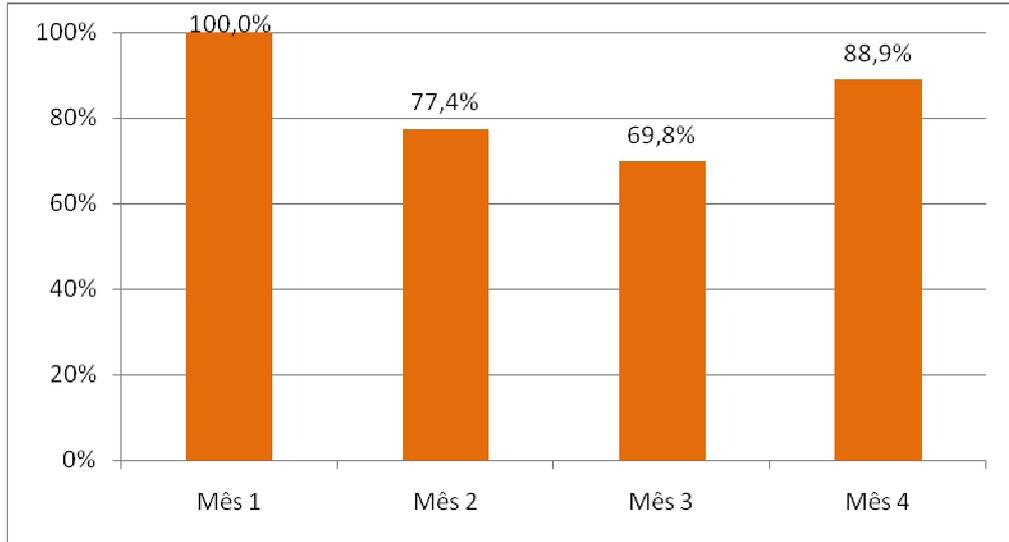
De acordo com a Figura 14 analisamos o **Indicador 19**: Proporção de diabéticos que tomam todos os medicamentos de acordo com a prescrição médica e vimos que os 54 Diabéticos cadastrados (100%), ao final da intervenção tomam todos os medicamentos de acordo com a prescrição. Infelizmente no Mês 2 e Mês 3 observamos que alguns dos diabéticos deixaram de usar adequadamente a medicação conforme fora prescrito, pois alegaram que não conseguiram esta medicação e que a mesma estava a provocar tonturas, ou suores e também por acharem que já não precisavam da medicação e usaram plantas medicinais (tratamento fitoterapêutico sem prescrição ou orientações profissional).



**Figura 15. Gráfico Proporção de hipertensos que tomam todos os medicamentos de acordo com a prescrição**

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores. Hipertensos

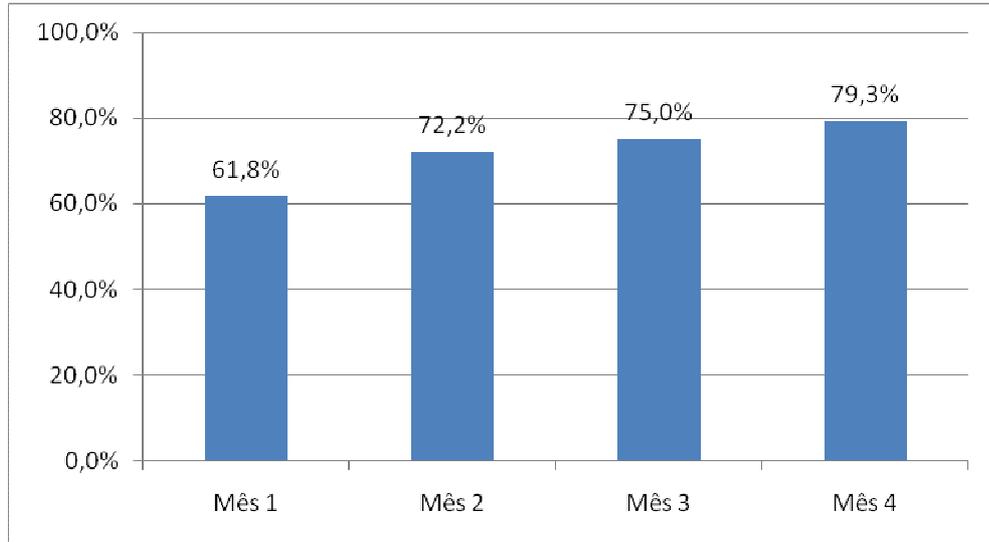
Na Figura 15 analisamos o **Indicador 20** Proporção de hipertensos que tomam todos os medicamentos de acordo com a prescrição e vimos que nem todos os hipertensos cadastrados durante a intervenção tomam todos os medicamentos de acordo com a prescrição. Infelizmente no Mês 2 e Mês 3 observamos que alguns dos diabéticos deixaram de usar adequadamente a medicação conforme fora prescrito. Encerramos a intervenção com 150 (88,8%) dos 169 hipertensos cadastrados sem tomar todos os medicamentos de acordo com a prescrição, isto fora devido a serem pacientes resistentes ao diagnóstico e à adesão ao tratamento estabelecido e acreditam que não necessitam usar a medicação, ou só as utilizam quando tem sinais e/ou sintomas de alteração dos níveis pressóricos como “dor de cabeça” e/ou “tonturas”.



**Figura 16. Gráfico Proporção de diabéticos com a glicemia compensada**

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores. Diabéticos

Na Figura 16 temos o **Indicador 21** Proporção de diabéticos com a glicemia com valores dentro do limite normais e vimos que ao longo da intervenção apenas no mês 1, os 10 (100%) dos diabéticos cadastrados e acompanhados estavam com a glicemia compensada. No mês 2 foram 24 (77,4%) dos 31 cadastrados, no mês 3 foram 30 (69,8%) dos 43 cadastrados e encerramos a intervenção no Mês 4 com 48 (88,9%) dos 54 diabéticos cadastrados com a Glicemia compensada. Não alcançamos esta meta, devido à dificuldade em deslocamento da equipe, momento eleitoral, ausência de fitas para avaliação do hemoglicoteste e ausência de alguns pacientes as consultas.



**Figura 17. Gráfico Proporção de hipertensos com a Pressão Arterial compensada**

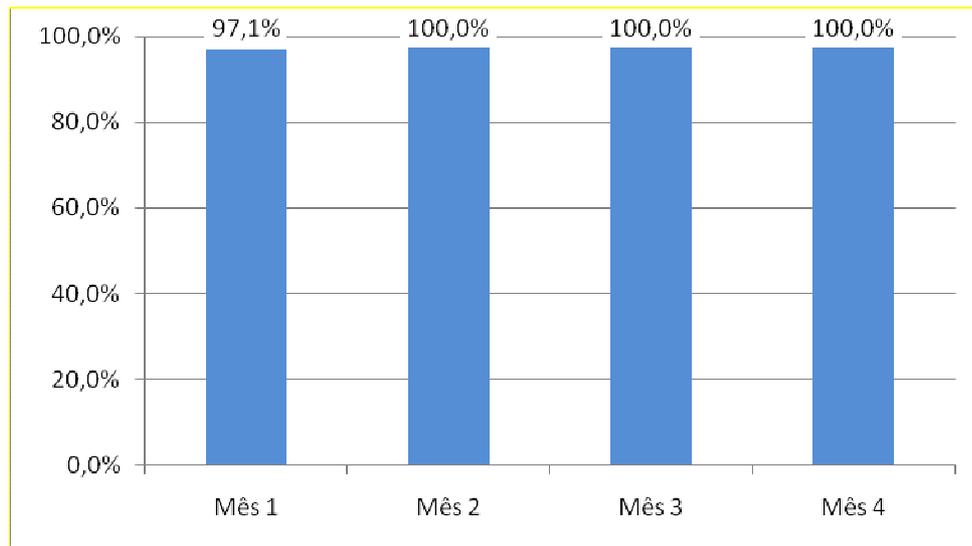
Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores. Hipertensos

Na Figura 17 temos o **Indicador 22** Proporção de hipertensos com a Pressão Arterial com valores dentro do limite normais e vimos que no mês 1, dos 34 hipertensos cadastrados, apenas 21 (61,8%) estavam com valores dentro do limite normais. No mês 2 foram 57 (72,2%) dos 79 cadastrados. No mês 3 foram 105 (75%) dos 140 cadastrados e encerramos a intervenção no Mês 4 com 134(79,3%) dos 169 hipertensos cadastrados com a Pressão Arterial compensada. Não alcançamos esta meta, devido a alguns pacientes (totalizando a quantia de 35 hipertensos) não aceitarem o diagnóstico de hipertensos e assim ficar vinculado a consumir a medicação por toda vida, neste caso eles deixam de ingerir a medicação, muitas vezes altera a medicação em função de sua própria conduta, sem aferição da PA , utilizam plantas medicinais, ou alegam que se esquecem do horário de ingerir a medicação.

Para a análise da Meta 12: Monitorar 100% dos atendimentos dos pacientes encaminhados para serviços especializados adotamos o **Indicador 23** Proporção de pacientes hipertensos e diabéticos encaminhados para serviços especializados. A meta não foi alcançada, pois em várias ocasiões os pacientes não retornam para a unidade de saúde após a avaliação do especialista, ou em outros casos, os próprios serviços de especialização não fazem a contra referência, bem como há dificuldade

em conseguir uma marcação de consulta com especialistas pelo SUS dificultando o acesso de pacientes aos serviços especializados.

**Relativa ao Objetivo 4 de “Melhorar o registro das informações”** traçamos como Meta 13 Promover a manutenção da ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos e para isto adotamos o **Indicador 24** Proporção de hipertensos e diabéticos devidamente acompanhados e com registro próprio ou em prontuário. A facilidade em alcançar esta meta deve-se ao fato de a equipe está sincronizada e saber da importância dos registros para acompanhamento dos pacientes, porém a dificuldade foi no âmbito da capacitação da digitadora devido à dificuldade de conciliação da agenda da mesma para participar da capacitação.



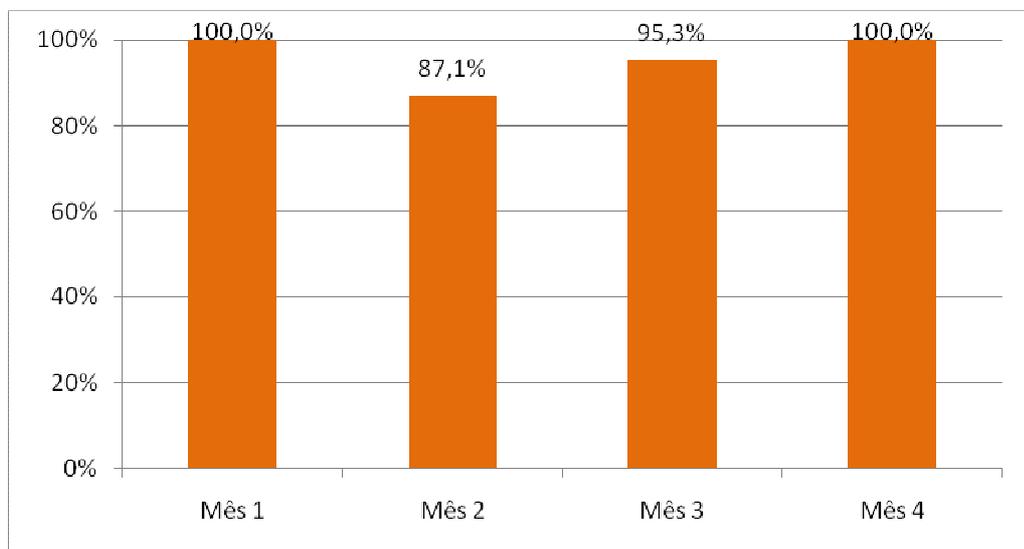
**Figura 18 Gráfico de Proporção de hipertensos com cadastro no Programa HIPERDIA ou em planilha própria**

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores. Hipertensos

Nas Metas 14 e 15 de Cadastrar de 85% dos hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência no HIPERDIA tivemos que ao longo das 4 meses da intervenção tivemos 100% ou seja, todos os 54 pacientes diabéticos que foram cadastrados no Programa de Atenção ao Diabético e Hipertenso da UBS mês a mês foram cadastrados no HIPERDIA ou em planilha própria, enquanto que segundo a Figura 18 no tocante ao cadastramentos dos hipertensos, no primeiro mês iniciamos em

97,1%, e sequencialmente, ao término da intervenção tivemos 100% ou seja, todos os 169 Hipertensos que foram cadastrados no Programa de Atenção ao Diabético e Hipertenso da UBS foram cadastrados no HIPERDIA ou em planilha própria.

Finalmente, o cadastro foi realizado em todos os participantes da intervenção (100%). Este fato foi devido à capacitação da equipe (médico, técnico de enfermagem e ACS) sobre a importância dos pacientes serem cadastros e acompanhados..

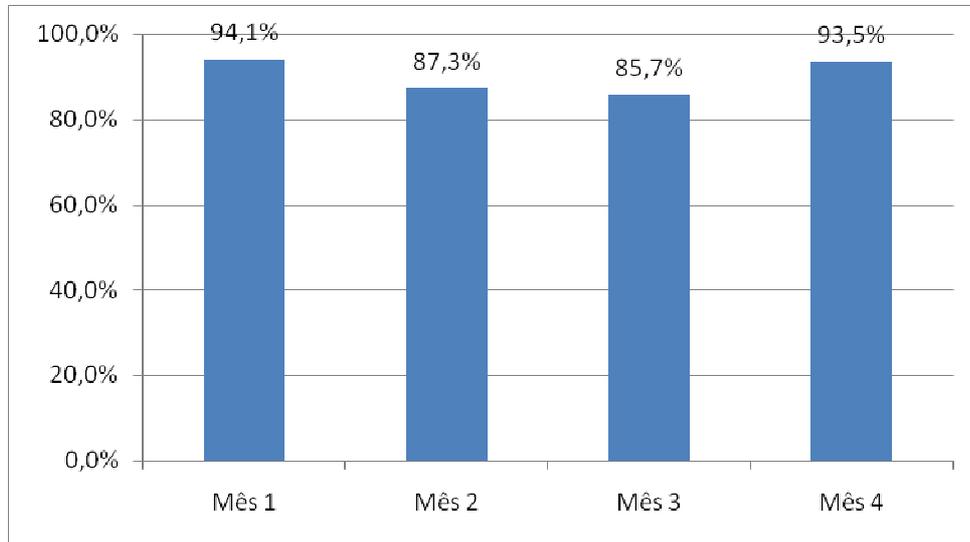


**Figura 19. Gráfico Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia**

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores. Diabéticos

Seguindo o **Objetivo 5 de** Mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular analisamos a Figura 19 onde temos o *Indicador 27* Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular, mediante o exame clínico em dia, mediante o exame clínico em dia. No mês 1, os 10 (100%) diabéticos cadastrados e acompanhados estavam com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. No mês 2 foram 27 (87,1%) dos 31 cadastrados, no mês 3 foram 41 (95,3%) dos 43 cadastrados e encerramos a intervenção no Mês 4 com 100% dos 54 diabéticos cadastrados com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Tivemos como facilidade em alcançar esta meta a sincronização e o envolvimento da equipe de saúde (médica e enfermeira), porém a

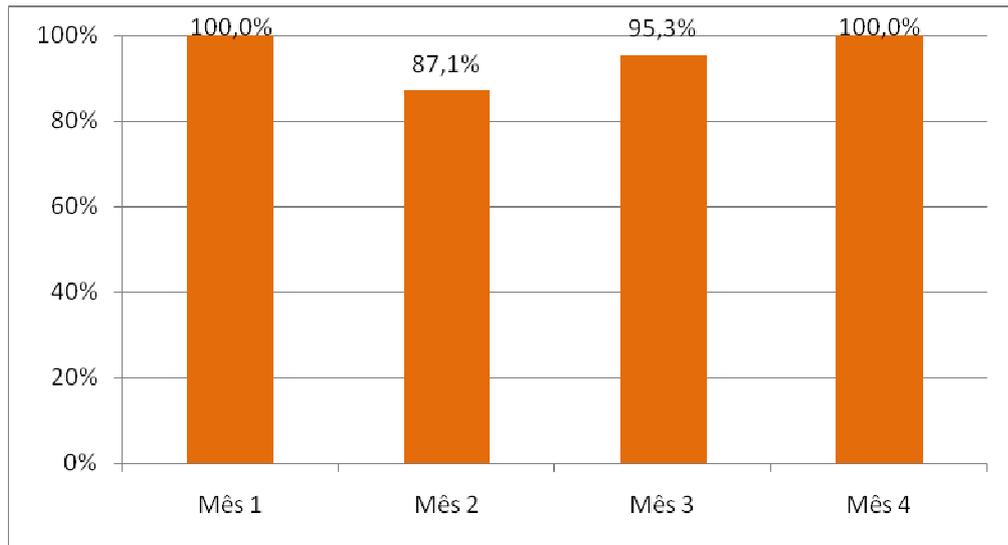
difficuldade gira em torno da dificuldade na apresentação dos exames complementares.



**Figura 20. Gráfico Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia**

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores. Hipertensos

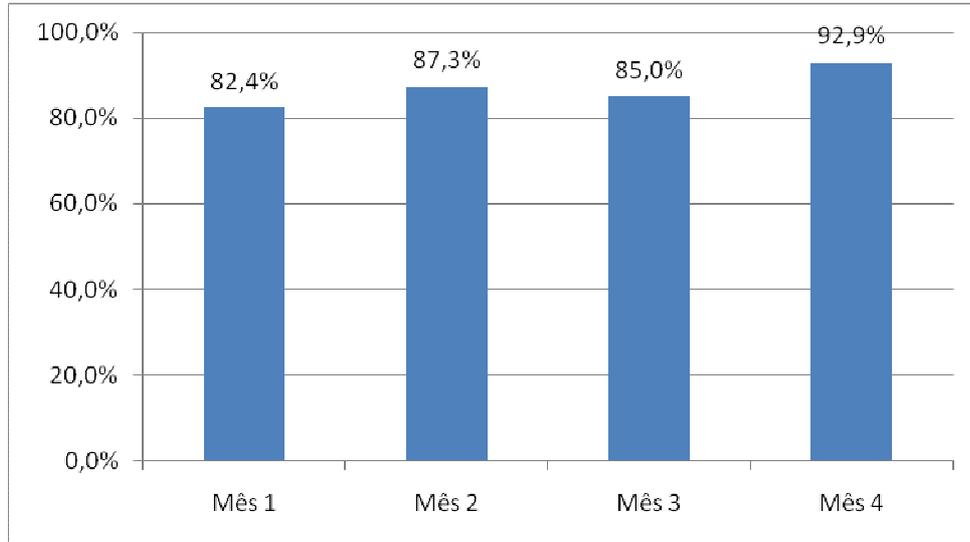
Na Figura 20 temos o **Indicador 28** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular, mediante o exame clínico está em dia e vimos que ao longo da intervenção mês 1, dos 34 hipertensos cadastrados, apenas 32(94,1%) estavam com a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia. No mês 2 foram 69 (87,3%) dos 79 cadastrados. No mês 3 foram 120(85,7%) dos 140 cadastrados e encerramos a intervenção no Mês 4 com 158(93,5%) dos 169 hipertensos cadastrados com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia. Não alcançamos esta meta, devido ao paciente hipertenso ser mais relutante em comparecer as consultas, posto que achavam desnecessárias a realização do exame complementar, ausência de materiais para realização da estratificação, tais como: esfignomanômetro, fita métrica, balança, glicosímetro, entre outros, bem como o deslocamento da equipe, ou alteração nas atividades a serem realizadas.



**Figura 21. Gráfico Proporção de diabéticos de alto risco com avaliação de comprometimento de órgãos alvo**

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores. Diabéticos

Na Figura 21 temos o **Indicador 29**: Proporção de diabéticos de alto risco com avaliação de comprometimento de órgãos alvo e no mês 1, os 10 (100%) dos diabéticos cadastrados e acompanhados estavam com a avaliação de comprometimento de órgãos alvo realizada. No mês 2 foram 27 (87,1%) dos 31 cadastrados, no mês 3 foram 41 (95,3%) dos 43 cadastrados e encerramos a intervenção no Mês 4 com 100% dos 54 diabéticos cadastrados com avaliação de comprometimento de órgãos alvo. Ao término da intervenção cerca de 15 pacientes avaliados apresentaram comprometimento de órgão alvo. Normalmente são pacientes que não fazem o uso de medicações conforme orientado e prescrito pelo médico. Para a realização de comprometimento de órgão alvo tivemos como dificuldade o apoio da gestão em disponibilizar meios de suporte para avaliação de resultados dos exames.

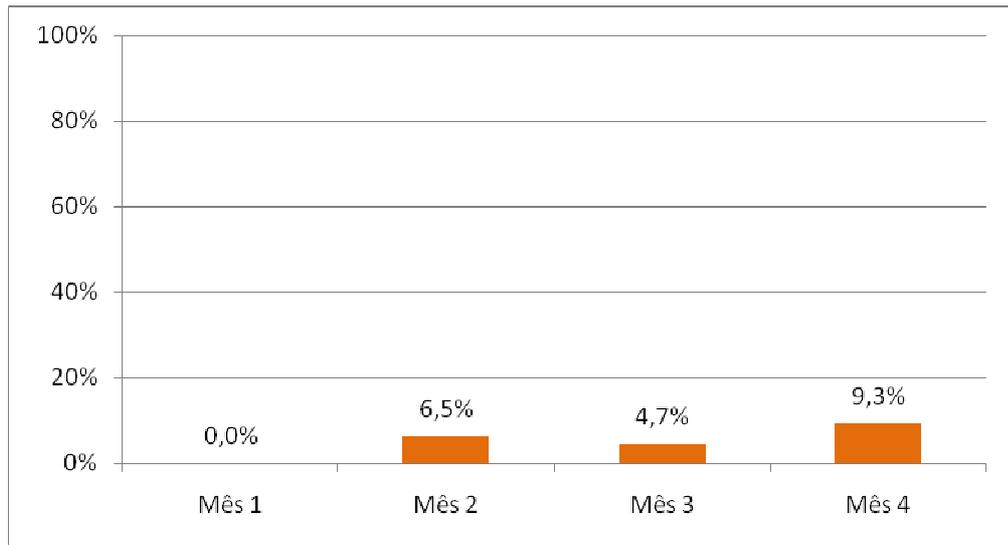


**Figura 22. Proporção de hipertensos de alto risco com avaliação de comprometimento de órgãos alvo em dia**

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores. Hipertensos

Na Figura 22 temos o Indicador 30: Proporção de hipertensos de alto risco com avaliação de comprometimento de órgãos alvo em dia e vimos que ao longo da intervenção mês 1, dos 34 hipertensos cadastrados, apenas 28 (82,4%) estavam com a avaliação de comprometimento de órgãos alvo em dia. No mês 2 foram 69 (87,3%) dos 79 cadastrados. No mês 3 foram 119(85%) dos 140 cadastrados e encerramos a intervenção no Mês 4 com 157(92,9%) dos 169 hipertensos cadastrados avaliação de comprometimento de órgãos alvo em dia.

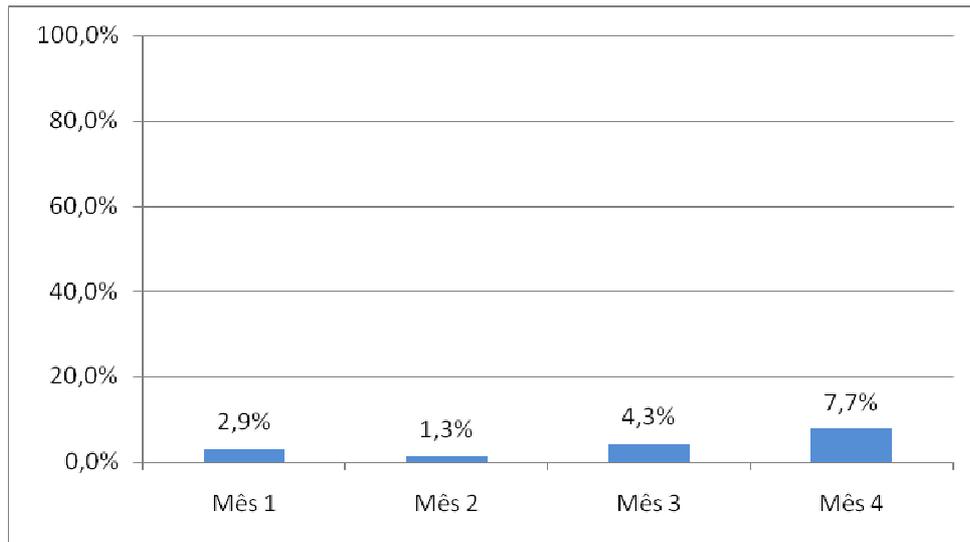
Não alcançamos esta meta, devido à resistência de alguns diabéticos em comparecerem regularmente à consulta agendada. Muitos só buscam a UBS quando necessitam de medicamentos e infelizmente durante a intervenção, como já relatado, houve deficiência em fornecer a medicação básica do programa HIPERDIA.



**Figura 23. Gráfico Proporção de diabéticos com consulta periódica com dentista em dia**

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores. Diabéticos

Na Figura 23 temos o Indicador 31: Proporção de diabéticos com avaliação odontológica e vemos que no mês 1 que nenhum (0%) dos 10 diabéticos cadastrados e acompanhados estavam com consulta periódica com dentista em dia. No mês 2 foram 2 (6,5%) dos 31 cadastrados, no mês 3 foram 2(4,7%) dos 43 cadastrados e encerramos a intervenção no Mês 4 com apenas 5 (9,3%) dos 54 diabéticos cadastrados com consulta periódica com dentista em dia. Esta meta não foi alcançada em função da ausência de um odontólogo para a equipe, o profissional em questão era cedido de outra equipe para realizar alguns atendimentos da população da área de abrangência de nossa equipe e este profissional atendia em outra Unidade de saúde distante de nossa UBS e ainda tínhamos alguns pacientes não achavam importante a “ida ao dentista”.



**Figura 24. Gráfico Proporção de hipertensos com consulta periódica com dentista**

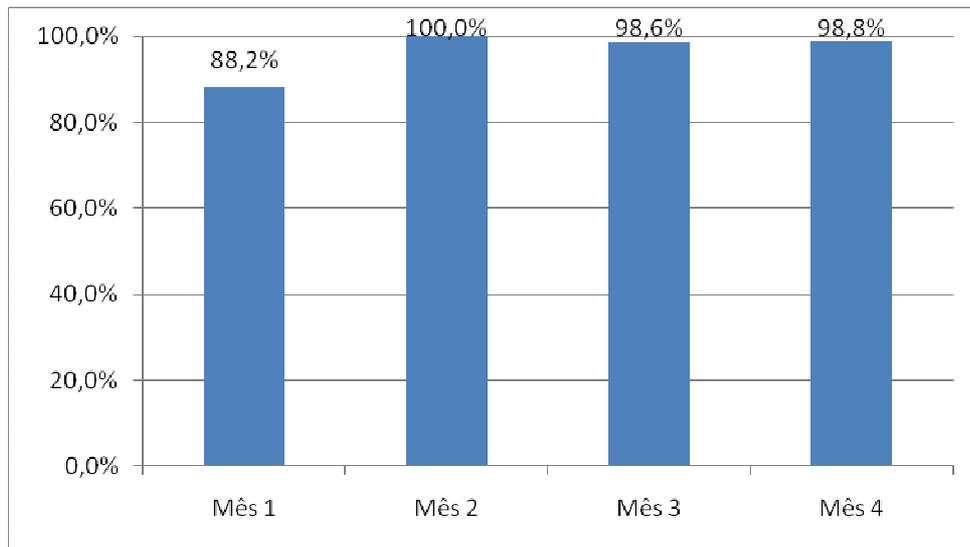
Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores. Hipertensos

Na Figura 24 temos o Indicador 32 Proporção de hipertensos com consulta avaliação odontológica e vimos que ao longo da intervenção mês 1, dos 34 hipertensos cadastrados, apenas 1(2,9%) estavam com a com consulta periódica com dentista em dia. No mês 2 foram 1( 1,3%) dos 31 cadastrados, no mês 3 foram 6 (4,3%) dos 43 cadastrados e encerramos a Intervenção no mês 4 com 13(7,7%) dos 169 hipertensos cadastrados com a consulta periódica com dentista em dia.

Não alcançamos esta meta, devido à ausência de um odontólogo para a equipe, o profissional em questão era cedido de outra equipe para realizar alguns atendimentos, posto também que o dentista atendia em um local distante da unidade de saúde.

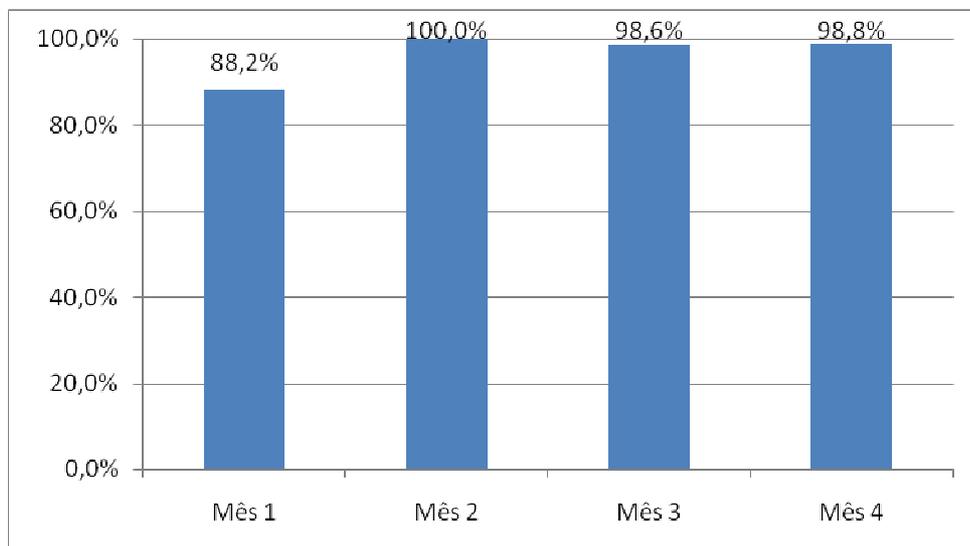
No Indicador 33 Proporção de diabéticos que receberam orientação nutricional temos que ao longo dos 4 meses da Intervenção todos os 54 diabéticos cadastrados ou seja 100% deles receberam orientação nutricional.

Conforme a Figura 25 o mesmo não aconteceu com os Hipertensos cadastrados na Intervenção segundo o Indicador 34 Proporção de hipertensos que receberam orientação nutricional. Encerramos a intervenção com apenas 98,8% dos 169 hipertensos cadastrados que receberam orientação nutricional. O alcance da meta foi próximo ao estipulado, porém a ausência de alguns pacientes, em função de preferirem os serviços particulares.



**Figura 25. Gráfico Proporção de hipertensos que receberam orientação nutricional**

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores. Hipertensos

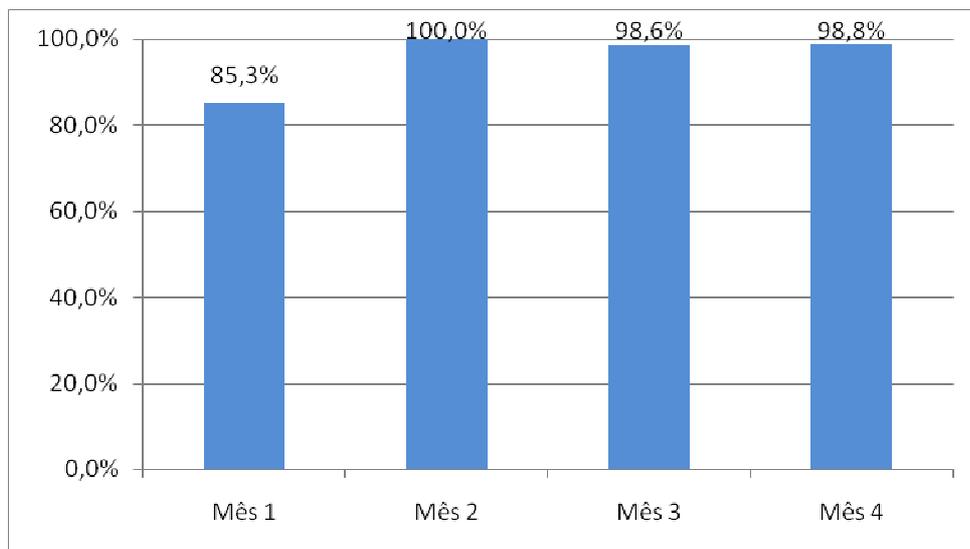


**Figura 26. Gráfico Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre a prática atividade física regular**

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores. Hipertensos

No **Indicador 35** Proporção de diabéticos que receberam orientações sobre a prática de atividades físicas regulares temos que ao longo dos 4 meses da

Intervenção todos os 54 diabéticos cadastrados receberam orientações sobre à prática de atividades físicas regulares. Porém, conforme a Figura 26 o mesmo não aconteceu com os Hipertensos cadastrados na Intervenção segundo o **Indicador 36** Proporção de hipertensos que receberam orientações sobre à prática de atividades físicas regulares. Encerramos a intervenção com apenas 98,8% dos 169 hipertensos cadastrados orientação sobre a prática atividade física regular



**Figura 27. Gráfico Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo**

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores. Hipertensos

No **Indicador 37**: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo temos que ao longo dos 4 meses da Intervenção todos os 54 diabéticos cadastrados receberam orientações sobre à prática de atividades físicas regulares. Porém, conforme a Figura 27 o mesmo não aconteceu com os Hipertensos cadastrados na Intervenção segundo o **Indicador 38** Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Encerramos a intervenção com apenas 98,8% dos 169 hipertensos cadastrados orientação sobre a prática atividade física regular

## 4.2 Discussão

A intervenção realizada na unidade básica de saúde Josefa Gonçalves, oportunizou a consolidação dos números exatos de pacientes hipertensos e diabéticos que integram a unidade de saúde em questão, podendo assim ser realizada um cadastro fidedigno da população atendida nesta unidade. Houve um melhoramento com relação aos registros, mediante atualização de dados e o embasamento nas fichas utilizadas (ficha espelho, ficha de HIPERDIA, ficha de cadastramento) e assim um acompanhamento ampliado, com a realização de exame clínico, bem como o exame de pé diabético. Através dos registros melhorados, pudemos discutir casos clínicos dos pacientes, entre os membros integrantes da equipe.

A intervenção trouxe consigo um estímulo para que a equipe discutisse casos clínicos e que ampliasse o envolvimento da família na conduta no tratamento dos problemas de saúde dos usuários e hipertensos cadastrados. Além disso, a intervenção exigiu que a equipe se adequasse às preconizações do Ministério da Saúde, mediante capacitações relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, enfermeira, técnica de enfermagem e Agentes comunitários de saúde.

Coube aos ACS mobilizar unificar a população para a realização das palestras e atividades educativas, bem como realizar visitas domiciliares com a equipe na casa de busca de pacientes faltosos.

A técnica de enfermagem coube realizar a aferição da PA e hemoglicoteste, além das visitas periódicas com a equipe;

A enfermeira coube realizar palestras mensais atividades educativas sobre o tema hipertensão e diabetes, além de realizara a capacitação da equipe sobre a importância dos exames clínicos, e os cuidados ao avaliar a PA e a glicemia, bem como o monitoramento da intervenção e diagnóstico.

A médica irá realizar palestras mensais atividades educativas, realizar exames clínicos e instituir conduta do tratamento e diagnóstico.

Antes de iniciada a intervenção, a busca ativa de pacientes faltosos era realizada de maneira precária, após a intervenção passamos a ter um número efetivo de pacientes faltosos que passaram a ir aos atendimentos.

A intervenção fora bem aceita O impacto da intervenção foi bem aceito pela população. Os usuários cadastrados ficaram satisfeitos com o atendimento diferenciado, com a realização dos exames clínicos e pés diabéticos. Além do envolvimento dos familiares na condução dos casos.

A intervenção poderia ser mais bem executada se desde o início houvesse a integração da equipe do PSF com a equipe de saúde bucal. Também faltou uma articulação maior com a coordenação a fim de que fossem viabilizados alguns materiais para realização de atividades propostas. Também fora prejudicado a adequação do agendamento compartilhado da equipe.

A intervenção será está incorporada a rotina de serviço, porém temos muitas mudanças que serão implementadas dando continuidade à ação programática qualificada na UBS a exemplo disto. Para isso, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à participação de familiares, durante o tratamento e a ampliação da busca ativa e o melhor registro no agendamento compartilhado.

Para mais, iremos buscar estratégias para articular melhor a equipe de saúde bucal à rotina dos demais profissionais que compõem a equipe com a equipe odontológica afim de que seja acrescida a participação da saúde bucal para os pacientes em questão. E assim melhorar o indicador (consulta com o odontólogo) que durante a intervenção este indicador ficou prejudicado. Pretendemos também implementar nos moldes desta Intervenção, a qualificação da atenção implementar a qualificação da atenção em outras ações programáticas típicas da APS, como por exemplo no Programa de prevenção do câncer do colo do útero e de mama.

Salientamos que com o advento da intervenção o seu impacto foi positivo na organização do processo de trabalho da equipe bem como para a qualificação da atenção ao hipertenso e diabético vinculado à UBS, apesar de alguns contratemplos.

### **4.3 Relatório da Intervenção para os Gestores**

Prezado Secretário Municipal de Saúde

Este Relatório é para descrever a intervenção que foi realizada na

Unidade de Saúde Básica Josefa Gonçalves da Silveira situada no povoado de Moendas localizada no município de Salgado em Sergipe A intervenção iniciou

na última semana de junho e encerrou na segunda semana de outubro de 2014 durando 16 semanas de intervenção. Ela foi realizada para atender ao que fora proposto para a conclusão do projeto de um dos membros da Equipe, no curso de Especialização em Saúde da Família promovido pela da Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas. O objetivo principal deste projeto foi melhorar as ações de atenção à saúde do indivíduo portador de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus da população atendidas na UBS.

A escolha do foco da intervenção justifica-se, pois a hipertensão arterial sistêmica e o Diabetes Mellitus acometem mais de 35% da população acima dos 40 anos no Brasil e as doenças cardiovasculares e as complicações advindas delas são responsáveis por cerca de 80% da mortalidade.

Antes de decidirmos sobre o tema da intervenção fizemos uma análise situacional e análise estratégica onde levantamos os pontos positivos e fragilidades da Unidade Básica de Saúde tanto com relação à estrutura física bem como relativos ao processo de trabalho e acolhimento da população adstrita à UBS. Diante da Análise Situacional e Estratégica constatou-se que o atendimento disponibilizado, está muito aquém do preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) posto nos Protocolos que adotamos que foram o Caderno de Atenção Básica nº 15- Hipertensão Arterial Sistêmica e o Caderno de Atenção Básica nº 16- Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde publicados em 2006. Após essa análise foi feito um projeto de intervenção juntamente com a equipe onde decidimos buscar alcançar os objetivos de ampliar a cobertura dos hipertensos e/ou diabéticos, melhorar a adesão do Hipertenso e/ ou diabético ao programa, melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde, melhorar o registro das informações, mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e realizar ações de promoção à saúde dos hipertensos e diabéticos.

De acordo com o levantamento de dados realizado durante a Análise Situacional, antes da intervenção, tínhamos cerca de 190 pessoas portadores de hipertensão arterial e 91 pessoas portadores de diabetes mellitus, na área de abrangência da UBS que deveriam ser avaliadas quanto à data da última consulta na UBS, exames em dia, valores de pressão arterial e de glicemia e o uso correto de medicações.

Ao longo da intervenção, foram cadastrados e acompanhados 169 (cento e sessenta e nove) pacientes hipertensos e 54 (cinquenta e quatro) pacientes diabéticos.

Os dados foram monitorados em fichas-espelho criadas para acompanhar cada usuário atendido. Esses dados alimentaram uma planilha atualizada semanalmente com essas fichas espelho dos usuários atendidos naquela semana. Esses dados originaram gráficos para melhor avaliação do objetivo traçado e de ações que precisavam ser melhoradas.

Não conseguimos acompanhar todas essas pessoas nesses quatro meses da intervenção, em função da dificuldade em conciliar as agendas, constantes mudanças no cronograma de atividades, bem como a dificuldade de acesso a conseguir os agendamentos dos exames solicitados, mas sabemos que a equipe continuará este trabalho para que todas elas façam os exames, passem em consulta de seis em seis meses e mantenham controlados os seus valores de pressão arterial e medicações.

Obtivemos também uma adesão de 89,9% de hipertensos cadastrados ao término da intervenção, sendo que no início este quantitativo referia a 17,9%, em relação aos diabéticos este quantitativo referia 59,3% e 10% respectivamente. Realização de exames do pé diabético que ao término da intervenção chegou a 100% e o exame clínico nos pacientes hipertensos totalizaram 94,1%. Realização de exames complementares em 92% dos pacientes diabéticos. Bem como a realização de estratificação de risco cardiovascular em 93,5% dos 169 hipertensos cadastrados. .

Foram realizados treinamentos com as equipes de atendimento da Unidade Básica de Saúde, padronização dos atendimentos e fluxos, organização do processo de trabalho e ações comunitárias que orientaram a população sobre o tema.

O projeto de intervenção foi fundamental para um diagnóstico de melhorias que precisavam acontecer na equipe e na Unidade Básica de Saúde como um todo. A melhoria de alguns dos indicadores ao longo da intervenção foi um fator motivador para toda a equipe e a organização do trabalho contribuiu significativamente para esse resultado.

Ao longo da intervenção podemos relatar algumas dificuldades, tais como: o envolvimento da gestão, esta dificuldade foi encontrada pelas trocas consequentemente de coordenador, segundo pela demora em conseguir agendar as

reuniões com o gestor, terceiro pela não disponibilização de materiais necessários à realização da intervenção e por último pela disponibilização em promover consultas especializadas. Bem como: o não envolvimento do odontólogo e ACD seja por causa do local de atendimento diferenciado da equipe de saúde ou pela dificuldade em realizar um agendamento conjunto com a equipe de saúde. Soma-se a dificuldade também, o envolvimento de outros profissionais para a realização da intervenção, nutricionista, educador físico. A não conciliação das agendas, tanto da equipe como da digitadora, além da interferência do coordenador da AB em alterar as atividades do cronograma. Já como facilidades tiveram a execução da busca ativa com envolvimento dos ACS, médica, técnica de enfermagem e enfermeira, conseguindo aumentar a procura da população em questão ao atendimento de enfermagem e clínico. Bem como a apresentação de protocolos e fichas a serem utilizadas, além da realização do cadastramento dos pacientes em questão. A realização das palestras educativas, a aceitação da população em aceitar a realização da intervenção, bem como a execução de exames complementares, acrescentando a esta facilidade a realização de exames: clínico e do pé diabético, pela enfermeira e médica da equipe. Além da realização dos hemoglicoteste como rotina a ser realizado pelos integrantes da equipe. Por fim a como facilidade na intervenção tivemos a realização da capacitação da equipe, bem como a utilização de fichas de acompanhamento.

Com a integração da gestão da Atenção Básica, poderíamos ter resultados ampliados, tais como: consulta periódica com dentista em dia para hipertensos e diabéticos; hipertensos com o exame clínico de acordo com o protocolo; hipertensos e diabéticos com os exames complementares de acordo com o protocolo em dia, posto que, estes indicadores ficaram abaixo da meta estabelecida, em função das divergências entre a agenda da equipe e da gestão muitas reuniões não foram realizadas, bem como ausência de transporte e dos insumos solicitados para a coordenação a fim de que fossem realizadas as atividades do cronograma. O envolvimento gestão e equipe de saúde, possibilitaria a assistência sistematizada e eficácia das ações executadas, cabendo ao gestor realizar e participar das reuniões mensais para avaliação da intervenção e disponibilização de insumos, podendo ainda, disponibilizar dados do SIAB e SIH (Sistema de Informação Hospitalar) em relatórios trimestrais,

Tendendo a atenção básica ser a porta de entrada para o sistema de saúde, deve-se incentivar esse trabalho e ampliar para outros temas relacionados. Qualificar o atendimento nesse setor é fundamental para que todas as outras instâncias, como o atendimento secundário e terciário se tornem o seu reflexo., com expansão da intervenção para as outras ações programáticas típicas da Atenção Primária em Saúde como “Atenção ao pré-natal e Puerpério”, “Puericultura”, “Saúde do Idoso”, Prevenção do Câncer do Colo de útero e mama”.

Durante esses quatro meses, devo ressaltar a participação dos membros da UBS e posso dizer que foi um excelente trabalho com todos os profissionais da UBS, onde sentamos e estudamos sobre as melhorias que podiam ser realizadas dentro da unidade de saúde e que trariam bons resultados ao final e assim foi que tudo pode sair do papel para a prática. A equipe de saúde participou ativamente nas reuniões, capacitações, estávamos bastante envolvidos, mesmo diante das dificuldades. Sem o envolvimento da equipe esta intervenção não teria acontecido.

#### **4.4 Relatório da Intervenção para Comunidade**

Este Relatório é para descrever a intervenção que foi realizada na Unidade de Saúde Básica Josefa Gonçalves da Silveira situada no povoado de Moendas localizada no município de Salgado em Sergipe A intervenção iniciou na última semana de junho e encerrou na segunda semana de outubro de 2014 durando 16 semanas de intervenção. Ela foi realizada para atender ao que fora proposto para a conclusão do projeto de um dos membros da Equipe, no curso de Especialização em Saúde da Família promovido pela da Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas. O objetivo principal deste projeto foi melhorar as ações de atenção à saúde do indivíduo portador de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus da população atendidas na UBS.

A importância deste trabalho é que melhorando o atendimento feito pela equipe, melhorando a participação dos Diabéticos e Hipertensos às consultas, fazendo os exames necessários e controlando os resultados junto com os valores de pressão arterial poderemos reduzir o número de mortes e sequelas devido a

problemas no cérebro e no coração como o acidente vascular cerebral e o infarto agudo do miocárdio.

Escolhemos esse tema observando as qualidades e dificuldades da Equipe da UBS juntamente com estudos das doenças mais encontradas no nosso país. Após estudar essas informações criamos um projeto de melhoria do atendimento e adotamos uma forma de atendimento e de capacitação de todos os membros da equipe.

De acordo com o levantamento de dados realizado durante a Análise Situacional, antes da intervenção, não realizávamos atendimentos em grupos, não possuíamos protocolos na unidade, nem anotações em registros específicos, não realizamos alguns procedimentos em tempo hábil e nem as consultas têm quantidades mínimas por semana. Tínhamos cerca de 190 pessoas portadores de hipertensão arterial e 91 pessoas portadores de diabetes mellitus, na área de abrangência da UBS que deveriam ser avaliadas quanto à data da última consulta na UBS, exames em dia, valores de pressão arterial e de glicemia e o uso correto de medicações.

Ao longo da intervenção, foram cadastrados e acompanhados 169 (cento e sessenta e nove) pacientes hipertensos e 54 (cinquenta e quatro) pacientes diabéticos.

Infelizmente não conseguimos acompanhar todas essas pessoas nesses quatro meses da intervenção, mas sabemos que a equipe continuará este trabalho para que todas elas façam os exames, passem em consulta de seis em seis meses e mantenham controlados os seus valores de pressão arterial e, valores de glicemia, no caso dos diabéticos e que todos possam fazer o uso correto das medicações prescritas.

Nesses quatro meses, o trabalho realizado pela equipe trouxe muitos novos usuários para o atendimento, foram feitos novos diagnósticos e diversas pessoas foram convidadas para atualizar os seus exames, rever o uso das medicações e suas receitas.

Durante a intervenção tivemos realização de exames clínicos, solicitação de exames complementares, realização de palestras e visitas domiciliares, bem como capacitação técnica dos membros integrantes da equipe de saúde da família. Os profissionais estão mais envolvidos e preparados para o trabalho.

Muitos novos atendimentos têm sido feitos e as agendas ficaram bem mais cheias e apertadas, mas apesar de tudo todos têm trabalhado com mais confiança e motivação. Percebemos que o trabalho que vem sendo feito com qualidade individualmente tem um efeito no grupo muito gratificante para todos da equipe.

Para melhor controle desse trabalho foram criadas fichas-espelho com os dados de cada usuário. Esses dados alimentam uma planilha que atualizamos semanalmente. Esses dados geram gráficos para melhor avaliação do atendimento prestado. Para que todo esse trabalho não se perca, semanalmente nos reunimos para discutir os problemas que vem aparecendo, trocar informações novas sobre os atendimentos e trazer as respostas da comunidade pelos ACS.

Esse trabalho melhorou muito o atendimento da equipe para a comunidade. A população em geral passou a compreender como é importante participar do processo saúde-doença. A comunidade pode ajudar a dar continuidade a esse projeto através da cobrança dos seus direitos ao atendimento as consultas médica e da enfermagem periodicamente. Esse engajamento é essencial para prover vínculo e efetividade das ações.

Algumas pessoas solicitaram que houvesse essas adequações em outros programas da atenção básica, tais como: na prevenção do câncer do colo do útero e mama e na puericultura.

Além disso, a comunidade ganhou a participação efetiva da equipe na realização de busca ativa, reduzindo assim o número de pessoas que estavam a ficar internado em hospitais devido à hipertensão e/ou diabetes.

Também se tornou ganho para a população a realização de palestras, tanto sobre a hipertensão arterial como o diabetes, mas também sobre outros assuntos que a própria população tivesse dúvidas.

A Intervenção também trouxe como demanda da população à gestão do município a realização de reuniões dela com a gestão para que fosse providenciado um consultório odontológico na área de atuação da equipe.

## **5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM NA IMPLEMENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO.**

O Curso de especialização em saúde da Família da UFPEI superou as minhas expectativas. Inicialmente acreditava em um trabalho mais superficial que não se diferenciaria dos cursos comuns que tenho feito sobre o tema. Minha expectativa se restringia em encontrar um espaço de discussão e reflexão da minha prática, discutir ideias para aprimorar meu trabalho conhecer outras experiências profissionais e técnicas pra esse desenvolvimento.

Contudo a proposta de aprendizado com o cotidiano profissional e intervindo no próprio serviço foi interessante, pois como, já era esperado, reforçou o protagonismo na geração de mudanças.

Desenvolver o trabalho construindo o conhecimento na realidade do serviço se mostrou algo muito mais motivante e significativo. Durante as atividades e as ações que foram sendo realizadas ficava cada vez mais evidente a necessidade de indicadores de qualidade e padrões para o controle do que fazemos empiricamente. A impressão do que é fazer um bom trabalho nem sempre é real quando temos esses valores claramente definidos.

Criar momentos de avaliação dos serviços e propor mudanças baseados em padrões estudados de qualidade, refletem as dificuldades e as deficiências da atuação profissional individual, do trabalho realizado em equipe e da qualidade do serviço como um todo.

Esse trabalho foi de extrema importância nesse aspecto. Aprender a avaliar o serviço e sua prática usando critérios e criando uma realidade diferente como modelo para demonstrar que é possível mudar o que se planeja foi o maior retorno desse processo.

## REFERÊNCIAS

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº 15- Hipertensão Arterial Sistêmica (Série a, Normas e Manuais Técnicos). Brasília- DF, 2006. Disponível em: [HTTP://189.28.128.100/dab/docs/publicações/cadernos\\_ab/abcad15.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicações/cadernos_ab/abcad15.pdf) Acesso em 21/09/2013

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº 16- Diabetes Mellitus (Série a, Normas e Manuais Técnicos). Brasília- DF, 2006. Disponível em: [HTTP://189.28.128.100/dab/docs/publicações/cadernos\\_ab/abcad15.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicações/cadernos_ab/abcad15.pdf). Acesso em 21/09/2013

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/ Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [189.28.128.100/dab/docs/publicações/geral/pnab.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicações/geral/pnab.pdf).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13)

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional. Disponível em:

<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=280620&search=sergipe|salgado> Acesso em: Out. 2012.



## ANEXO B: Planilha para Coleta de Dados e Obtenção de Indicadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus

2013\_08\_15 Coleta de dados HAS e DM(1) [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Calibri 11

Indicadores HAS e DM - Mês 1

	A	B	C	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
1																			
2	Dados para Coleta	Nome do paciente	Nome do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está cadastrado no Programa HIPERDIA?	O paciente está fazendo as consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com o exame complementar em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Existem medicamentos em falta de Hipertensão ou Diabetes Mellitus?	Existem exames de risco cardiovascular por exame físico e/ou em laboratório?	O paciente realizou avaliação odontológica?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física?	O paciente recebeu orientação sobre exames de laboratório?		
3	Orientações de		Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	
4	preenchimento																		
5		1																	
6		2																	
7		3																	
8		4																	
9		5																	
10		6																	
11		7																	
12		8																	
13		9																	
14		10																	
15		11																	
16		12																	
17		13																	
18		14																	
19		15																	
20		16																	
21		17																	
22		18																	
23		19																	
24		20																	
25		21																	
26		22																	
27		23																	
28		24																	
29		25																	
30		26																	
31		27																	
		28																	
		29																	
		30																	
		31																	

Pronto

33%

PT 16:32 08/04/2014





**ANEXO E: Termo do comitê de ética**

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

---

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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

---

