

Universidade Aberta do SUS – UNASUS  
Universidade Federal de Pelotas  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 4



**MELHORIA DA ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E  
DIABÉTICOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO  
POVOADO JOÃO GRANDE, ADUSTINA-BA**

**MANOEL MESSIAS SANTOS ALVES**

**Pelotas, 2014**

**Manoel Messias Santos Alves**

**Melhoria da atenção aos hipertensos e diabéticos da  
Unidade Básica de Saúde do Povoado João Grande,  
Adustina-BA**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Departamento de  
Medicina Social da Universidade Federal  
de Pelotas, como requisito parcial à  
obtenção do título de Especialista em  
Saúde da Família.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. M.Sc. Maria Aparecida Gonçalves de Melo Cunha.

Pelotas, 2014

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

A474m Alves, Manoel Messias Santos

Melhoria da atenção aos hipertensos e diabéticos da Unidade Básica de Saúde do Povoado João Grande, Adustina-BA / Manoel Messias Santos Alves; Maria Aparecida Gonçalves de Melo Cunha, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2014.

92 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1.Saúde da família 2.Atenção primária à saúde 3.Doença crônica 4.Diabetes mellitus 5.Hipertensão I. Cunha, Maria Aparecida Gonçalves de Melo, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a todos os  
usuários do SUS, em especial aos da  
UBS da comunidade João Grande,  
em Adustina-BA.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, por ter me concedido a vida e por ter me dado forças para que eu pudesse concluir mais essa etapa de minha trajetória.

A minha mãe Rosa e ao meu pai Valdivino, que mesmo diante das dificuldades, fizeram o possível para me proporcionar educação, ensinando-me a valorizar a vida e a batalhar por meus objetivos.

À UFPEL, pela oportunidade de iniciar e concretizar essa Especialização, proporcionando-me renovação através do saber, capacitando-me para atuar profissionalmente por uma saúde cada vez melhor.

A minha orientadora Maria Aparecida Gonçalves de Melo Cunha, pela dedicação, orientação e incentivo durante toda essa trajetória que contribuíram para a concretização deste trabalho, sempre com muita paciência e competência.

Agradeço também aos demais professores e funcionários da UFPEL, pela dedicação e comprometimento nos serviços prestados.

A toda equipe da UBS do Povoado João Grande, em especial aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), coordenadores, e demais profissionais de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Adustina.

Por fim, agradeço a todos os meus familiares e amigos que acreditaram em mim, em especial, a minha namorada Karol, pelo carinho e incentivo. Obrigado a todos!

Que o cuidado aflore em todos os âmbitos, que penetre na atmosfera humana e que prevaleça em todas as relações. O cuidado salvará a vida, fará justiça ao empobrecido e resgatará a Terra como pátria e mátria de todos.

Leonardo Boff

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b>	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde .....	62
<b>Figura 2</b>	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde .....	63
<b>Figura 3</b>	Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa .....	63
<b>Figura 4</b>	Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa .....	64
<b>Figura 5</b>	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo .....	65
<b>Figura 6</b>	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo .....	65
<b>Figura 7</b>	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo .....	66
<b>Figura 8</b>	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo .....	66
<b>Figura 9</b>	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular .....	67
<b>Figura 10</b>	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular .....	68
<b>Figura 11</b>	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento .....	69
<b>Figura 12</b>	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento .....	69
<b>Figura 13</b>	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia .....	70
<b>Figura 14</b>	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia .....	70
<b>Figura 15</b>	Proporção de hipertensos com avaliação odontológica .....	71
<b>Figura 16</b>	Proporção de diabéticos com avaliação odontológica .....	72
<b>Figura 17</b>	Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular .....	73

**Figura 18** Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular ..... 73

## LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
USF	Unidade de Saúde da Família

# SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	14
<b>1. ANÁLISE SITUACIONAL</b> .....	15
1.1 Situação da ESF/APS na segunda semana de ambientação .....	15
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	16
1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	26
<b>2. ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO</b> .....	27
2.1 Justificativa.....	27
2.2 Objetivos e Metas .....	29
2.2.1 Objetivo Geral .....	29
2.2.2 Objetivos Específicos.....	29
2.2.3 Metas .....	29
2.3 Metodologia.....	31
2.3.1 Ações .....	32
2.3.1.1 Detalhamento das ações .....	32
2.3.2 Indicadores .....	39
2.3.3 Logística.....	45
2.3.4 Cronograma .....	52
<b>3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO</b> .....	57
3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas .....	57
3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas .....	59
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados .....	60
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.....	60
<b>4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO</b> .....	62
4.1 Resultados .....	62
4.2 Discussão.....	74
4.3 Relatório da intervenção para gestores .....	76
4.4 Relatório da intervenção para comunidade.....	78
<b>5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM</b> .....	81
<b>6. REFERÊNCIAS</b> .....	83
<b>ANEXOS</b> .....	85
I – Ficha espelho.....	85
II – Planilha de coleta de dados (planilha eletrônica) .....	87

III – Formulário de cadastramento no HIPERDIA.....	88
IV – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	89
V – Documento do comitê de ética .....	90
<b>APÊNDICES</b> .....	91
Apêndice A – Ficha com escore de <i>Framingham</i> .....	91
Apêndice B – Cartão para acompanhamento de HIPERDIA .....	92

## RESUMO

ALVES, M. M. S. **Melhoria da atenção aos hipertensos e diabéticos da Unidade Básica de Saúde do povoado João Grande, Adustina-BA.** 2014. 92 p. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas-RS.

Nas últimas décadas as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) são a maior causa de mortalidade da população adulta, independente do sexo. A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus são as DCNT mais frequentes, além de importantes fatores de risco para complicações. A Unidade Básica de Saúde do Povoado João Grande é uma unidade de saúde do interior da cidade de Adustina-BA que abrange uma área adstrita de 780 famílias, das quais 177 pessoas são hipertensas e 96 diabéticas. Aproximadamente 45% dos usuários hipertensos e 40% dos diabéticos realizam o acompanhamento periódico na unidade, até o presente momento. Esse projeto teve como objetivo melhorar a qualidade da atenção aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus nesta UBS, por meio do aumento da cobertura, identificação de grupos de alto risco cardiovascular, registro em prontuário específico, orientações quanto à alimentação saudável, realização de atividade física, riscos do tabagismo e saúde bucal. Através da intervenção, foi possível ampliar a cobertura aos hipertensos (48,6%) e diabéticos (46,9%), melhorar a adesão desses usuários ao programa, realizando busca ativa em 100% dos usuários, melhorar a qualidade do atendimento realizado na unidade de saúde, por meio de exame clínico apropriado em aproximadamente 100% dos usuários, mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular, estratificando 94,2% dos hipertensos e 93,3% dos diabéticos, promover saúde bucal por meio de avaliação odontológica para 33,7% dos usuários hipertensos e 40% dos diabéticos, orientação nutricional sobre alimentação saudável e em relação à prática de atividade física regular a todos os usuários hipertensos e diabéticos. O Projeto proporcionou ações que ainda não eram executadas e que melhoraram o atendimento aos usuários.

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

## ABSTRACT

Improvement on attention to people with high blood pressure and diabetes in the Health Basic Unit of João Grande Village, Adustina-BA.

Non-Transmissible Chronic Diseases have been the main cause of death of adults for the last decades, irrespective of gender. High Blood Pressure and Diabetes Mellitus are the most frequent NTCD, besides important risk factors to complications. Health Basic Unit of João Grande Village is responsible for 780 families, of which 177 people have high blood pressure and 96 have diabetes. About 45% of those patients who have high blood pressure and 40% of diabetics often attend to the health unit, so far. The aim of this project was to improve on quality of attention to the patients with High Blood Pressure or/and Diabetes Mellitus in this HBU, through expansion of covered areas, identification of cardiovascular high risk groups, recording on patient's chart, guidance on healthy diet and physical exercises, smoking risks, and oral health. Through intervention, it was possible to extend health care to people with high blood pressure (48,6%) and diabetics (46,9%), improve the adhesion to treatment, seeking actively in 100% of the cases, improve quality of health care provided in the HBU, map people with known high blood pressure and diabetes - 94,2% and 93,3%, respectively -, provide oral health by dental evaluation to 33,7% of patients with high blood pressure and 40% of diabetics, guidance on nutrition and physical exercises to all of them. This project provided actions which had never been executed before, and improved health care to patients.

**KEY WORDS:** Family health care; Prime attention to health; Chronic disease; Diabetes mellitus; High blood pressure.

## APRESENTAÇÃO

O presente trabalho é parte das atividades desenvolvidas no curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, através da Universidade Aberta do SUS, na Universidade Federal de Pelotas. Após realizar a análise situacional e estratégica em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), no município de Adustina-BA, construiu-se um projeto de intervenção, com o objetivo de qualificar a assistência prestada aos portadores de hipertensão e diabetes. A intervenção foi organizada em quadro eixos: engajamento público, organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica e monitoramento e avaliação.

Na primeira seção, será descrita a análise situacional, apresentando o município ao qual pertence à unidade em questão, a descrição da unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma.

Na segunda seção, será descrita a análise estratégica, apresentando os objetivos, as metas, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, os indicadores, a logística e o cronograma.

O relatório de intervenção, que será apresentado na terceira seção, demonstra as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e as que não foram, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados e, por fim, uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

A quarta seção apresentará uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados, além do relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade.

Na seção cinco será apresentada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Por fim, será apresentada a bibliografia utilizada neste trabalho e, ao final, os anexos e apêndices que serviram como orientação para o desenvolvimento da intervenção.

# 1. ANÁLISE SITUACIONAL

## 1.1 Situação da ESF/APS na segunda semana de ambientação

Sabe-se que a Estratégia Saúde da Família deve incorporar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitando Atenção Primária a Saúde por meio da definição territorial dos usuários, da noção da família como foco da assistência, do trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional e o vínculo entre os profissionais e as famílias assistidas. O funcionamento das Unidades Saúde da Família (USF) ocorre pela atuação de uma ou mais equipes de profissionais que devem se responsabilizar pela atenção à saúde da população vinculada a um determinado território.

O projeto será desenvolvido no município de Ajustina, situado no nordeste da Bahia. A cidade de Ajustina possui os seguintes estabelecimentos públicos de saúde: Secretaria Municipal de Saúde, Unidade Mista Hospitalar Maria dos Santos Almeida, uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e três equipes de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Devido à mudança de gestão municipal, Ajustina está passando por vários processos de mudança na área da educação, assistência social e principalmente na assistência a saúde. Infelizmente essa realidade é bastante comum nas cidades do interior. No entanto, para corrigir a situação, o secretário municipal de saúde juntamente com o prefeito municipal e sua equipe, estão implementando novos programas, contratando novos profissionais, e efetivando alguns processos licitatórios voltados a contratação de laboratórios para realização de exames e fornecimento de medicamentos e transportes para deslocamento dos profissionais.

A unidade em que trabalho corresponde a um Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) situado na zona rural, no Povoado João Grande, à aproximadamente 18 Km de distância da sede, cujo acesso é difícil para algumas famílias cadastradas nessa unidade. Quanto à estrutura física, a unidade atende as exigências do Ministério da Saúde (MS), com espaço amplo, sala de recepção, espaço para acolhimento e triagem, consultório médico, consultório de enfermagem,

consultório odontológico, sala de vacinação, farmácia, banheiros, sala de reunião, cozinha, etc. Porém, até o momento a unidade não está em correto funcionamento, pois segundo informações da coordenadora da Atenção Básica desse município, passará a ser uma ESF em breve, quando a situação estiver regularizada, enquanto isso, estou atuando como enfermeiro, contando com a presença de um médico atendendo uma ou duas vezes na semana, uma técnica de enfermagem e a colaboração de 11 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que atendem aproximadamente 780 famílias.

Dessa forma, não é difícil imaginar a quantidade de problemas que estou me deparando na unidade, como demanda elevada, não aderência ao tratamento dos usuários de HIPERDIA, resistência das mulheres em realizar o exame preventivo, falta dos profissionais para formar a equipe, falta de materiais, medicamentos e insumos, e ausência de transporte para deslocar os profissionais às demais comunidades. São vários desafios, mas tenho esperança em conseguir saná-los aos poucos, juntamente com a colaboração da nova gestão, com os futuros colegas de trabalho e inclusive com as dicas e relatos de experiências dos meus colegas de curso, orientadores e professores.

Enquanto a UBS passa por esse processo de regularização, já consegui desenvolver algumas atividades básicas voltadas a Atenção Primária a Saúde, como consulta de enfermagem para a saúde da criança – puericultura; saúde da mulher, pré-natal, coleta de material citopatológico para realização de exame preventivo, programa de planejamento familiar; acompanhamento HIPERDIA; saúde do adulto; visitas domiciliares, educação em saúde; reuniões com a equipe, supervisão dos ACS, entre outras.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

A ESF corresponde a uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde, na qual deve incorporar os princípios do SUS, possibilitando Atenção Primária a Saúde (APS) por meio da definição territorial da

clientela, da noção da família como foco da assistência, do trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional e do vínculo entre os profissionais e as famílias assistidas (MENDES, 2002).

O seguinte relatório de análise situacional descreve a realidade assistencial dos serviços de saúde prestados na UBS do Povoado João Grande, na cidade de Ajustina, situada no nordeste da Bahia. O município tem 25 anos de emancipação política, apresenta uma área de aproximadamente 632 km<sup>2</sup> e uma população de 15.702 habitantes. A grande maioria da população reside na zona rural, apresentando mais homens que mulheres. Seus limites são ao norte Sitio do Quinto, ao sul com o estado de Sergipe, ao leste com Paripiranga e ao oeste com o município de Fátima. A cidade está localizada numa região de solo fértil, propício para agricultura, fazendo com que as atividades econômicas fiquem pautadas nos produtos agrícolas, com destaque para o cultivo de milho e feijão, os quais movimentam a economia do município, sendo que mais da metade de sua produção é exportada para outras cidades e estados. (IBGE, 2010).

A cidade de Ajustina atualmente possui os seguintes estabelecimentos públicos de saúde:

- Secretaria Municipal de Saúde;
- Unidade Mista Hospitalar Maria dos Santos Almeida;
- Unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) localizada no Povoado São Francisco;
- Três equipes de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), sendo um na sede e as demais na zona rural do Povoado Bom Jesus e do Povoado João Grande, com um total de trinta e nove Agentes Comunitários de Saúde vinculados às equipes de ESF e PACS.

A UBS do Povoado João Grande, como já ressaltado, corresponde a um PACS situado na zona rural, a aproximadamente 18 Km de distância da sede e de difícil acesso para algumas famílias cadastradas nessa unidade. Atualmente, o município está vivenciando uma série de problemas e mudanças na área da educação, assistência social e na área da saúde devido à mudança de gestão. Infelizmente essa realidade é bastante comum nas cidades do interior. Por esse

motivo, a UBS relatada ainda não apresenta um funcionamento adequado, na qual atuo como enfermeiro, contando com o auxílio de uma técnica de enfermagem, um médico clínico geral cedido da UBS da sede e que atende apenas uma ou duas vezes na semana, uma cozinheira contratada de forma temporária, uma recepcionista e 11 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Juntos, prestamos assistência a aproximadamente 780 famílias.

De acordo com o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), que segue os princípios da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 50 (ANVISA, 2002), os espaços das UBS devem ser adequados à realidade local, ao quantitativo da população adstrita, sua especificidade e ao número de usuários esperados. Além de trazer algumas recomendações e sugestões de estrutura sobre a UBS de acordo com o número de equipes implantadas e a cobertura populacional, para garantir o correto funcionamento do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, como planejamento, programação e implementação das atividades, desenvolvimento de ações educativas, assistência básica integral e contínua à população, implementação das diretrizes das políticas nacionais de saúde, entre outras, sendo necessária a existência de algumas características estruturais relacionadas à ambiência, ventilação, iluminação, pisos e paredes, fluxo de pessoas e materiais, portas e janelas, entre outros.

Com base nos referenciais citados, foi evidenciado que a UBS do Povoado João Grande não apresenta problemas significativos em sua estrutura física, pois a mesma foi construída recentemente para ser uma ESF, atendendo as necessidades estruturais básicas, possuindo um espaço amplo, 01 sala de recepção, 01 espaço de acolhimento e triagem, 01 sala para realização do teste do pezinho, 01 consultório médico, 01 consultório de enfermagem, 01 consultório odontológico, 01 sala de vacinação, 01 farmácia, 04 banheiros, 01 sala de reunião, 01 sala para material contaminado, 01 copa, 01 expurgo e 01 garagem, havendo apenas algumas falhas, como o tamanho pequeno dos consultórios, ausência da sala de nebulização e falta de almoxarifado.

No Brasil há uma grande quantidade de pessoas idosas e pessoas com algum tipo de deficiência. Estas apresentam restrições em relação a sua mobilidade e independência, inclusive no exercício de sua cidadania, devido à existência de

barreiras arquitetônicas nos espaços públicos, como construções urbanas ou edificações que impedem os cidadãos com alguma limitação física, de deslocarem-se livremente, como escadas, degraus altos, banheiros não adaptados, transporte público inadequado, buracos nas vias públicas, etc. (SIQUEIRA et. al. 2009). Como a UBS está localizada numa zona rural, é perceptível o quanto os usuários, principalmente os idosos e os que apresentam limitações físicas, se deparam com dificuldades de acesso, pois não há calçadas e vias pavimentadas nas proximidades. A grande maioria não tem meio de transporte, além da impossibilidade de deslocamento desses usuários em períodos de chuvas.

Tais problemas afetam diretamente o processo de trabalho da equipe, comprometendo a rotina e o seguimento de um cronograma regular, necessitando realizar mais buscas ativas e mais visitas domiciliares. Para melhorar essa condição é necessário solicitar a coordenação da Atenção Básica que realize as reformas e reajustes necessários, como uma pavimentação em alguns locais do povoado onde a UBS é situada, garantindo assim, um maior acesso dos portadores de mobilidade reduzida.

A Portaria nº 648/GM/MS (BRASIL, 2006) traz uma série de fatores imprescindíveis para o funcionamento adequado da UBS. A possibilidade do acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, por meio de fatores que variam desde o acolhimento até as ações desenvolvidas pela equipe em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população. Assim, torna-se evidente o quanto a UBS referida se depara com várias limitações e irregularidades relacionadas às atribuições dos profissionais de saúde e funcionamento, que acabam dificultando o trabalho da equipe na prestação de assistência a saúde da comunidade.

Além de a unidade corresponder a um PACS, não possui um médico cadastrado exclusivamente para o atendimento da população e nem odontólogo e técnico em saúde bucal, por isso não está sendo ofertada assistência à saúde bucal adequadamente à comunidade. O atendimento médico é realizado na UBS apenas um ou dois dias na semana, sem atuar devidamente nas demais localidades pertencentes à área de abrangência da unidade, como escolas, igrejas e associações nos demais povoados vinculados à unidade. As visitas domiciliares estão reduzidas por falta de transporte exclusivo e suficiente. Essas limitações

prejudicam diretamente o trabalho na unidade, pois dificultam a promoção da atenção integral, contínua e organizada à população adstrita, reduzindo a realização da atenção domiciliar aos usuários que possuem problemas de saúde, dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até a UBS. Prejudicando também a realização de busca ativa, notificação compulsória de doenças e agravos e demais situações importantes.

Diante dessas dificuldades e limitações, deve-se priorizar no momento a regularização da unidade, contratando os profissionais para formalizar uma equipe de ESF, composta por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, técnico em saúde bucal, técnico de enfermagem, dentre outros profissionais em função da realidade local. Em seguida, é de grande importância a implementação de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município para atuar de maneira integrada e referenciada.

Em relação aos dados demográficos da área de abrangência da UBS do Povoado João Grande, verifica-se através do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que sua população corresponde a um total de 2792 pessoas, quantidade considerada satisfatória para a atuação de uma equipe de ESF. Desse total, 1464 são do sexo masculino e 1328 do sexo feminino, sendo 26 crianças menores de um ano, 155 com idade entre 1 a 4 anos, 559 crianças de 5 a 14 anos. O total de 1700 pessoas dessa população está com idade entre 15 a 59 anos e a população idosa, acima dos 60 anos, corresponde a 352 pessoas. A maioria desses valores de distribuição por sexo e faixa etária está condizente com as estatísticas estipuladas pelo IBGE na distribuição brasileira (SIAB, 2013).

Quanto ao acolhimento realizado na UBS, foi evidenciado que na maioria das vezes, está sendo realizado de forma programada com ajuda dos ACS, mas existem ainda alguns casos de demanda espontânea, sendo os principais motivos queixa de dor aguda, realização de curativos, medicação, renovação de receituário, aferição de sinais vitais e demais ações de rotina. Esses acolhimentos são realizados pela equipe de referência do usuário, que mesmo não estando totalmente formada, há colaboração de alguns ACS que ficam ajudando na recepção, além do enfermeiro e da técnica de enfermagem, que encaminham prioritariamente para o atendimento médico os casos mais graves. Infelizmente esse acolhimento não está

de acordo com o princípio da equidade do SUS, pois geralmente é realizado conforme ordem de chegada.

A assistência à saúde da criança na UBS do Povoado João Grande ocorre voltada a promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação dos agravos à saúde, no qual há priorização do acompanhamento programado do crescimento e desenvolvimento, bem como o tratamento das doenças prevalentes, como diarreia e afecções respiratórias agudas. Também são registrados no Cartão da Criança os eventos importantes para a sua saúde, como condições de nascimento, os valores do peso, as habilidades desenvolvidas nas diversas idades e as vacinas já realizadas e programadas.

Há uma cobertura de apenas 51% de puericultura na área de abrangência da UBS. Muitas consultas ocorrem com atraso devido à dificuldade de descolamento dos pais com os recém-nascidos (RN) até a unidade e/ou falta de transporte para realização de visitas domiciliares regularmente. Além disso, muitos pais não dão muita importância à puericultura, sendo negligentes e só procurando a UBS quando as crianças estão com alguma doença aguda. Dessa forma, 73% das consultas estão em dia, de acordo com o protocolo do MS, 27% com atraso em mais de sete dias, e o teste do pezinho é realizado até sete dias em 77% dos casos. O município não oferece triagem auditiva neonatal e no momento há apenas dois odontólogos contratados para atuarem na UBS da sede, por isso não existe também avaliação da saúde bucal das crianças de forma ideal. No entanto, em todas as consultas há orientação para o aleitamento materno exclusivo e orientações para prevenção de acidentes. Para que essa realidade possa ser melhorada, é necessária a contratação de pelo menos um odontólogo para atuar dedicadamente nesta unidade, além da aquisição de materiais necessários para oferecer avaliação e tratamento de saúde bucal adequada a essas crianças. É necessária também a regularização do funcionamento da UBS, contratação de demais profissionais, disponibilização de transporte para realizar as visitas domiciliares e a elaboração de um cronograma juntamente com toda a equipe para garantir a realização dessas consultas de puericultura de forma regular e sem comprometer as demais ações da unidade.

A assistência ao pré-natal é o acompanhamento do profissional de saúde às gestantes com a finalidade de manter a integridade das condições de saúde da mãe e do bebê. A realização de exames laboratoriais é necessária para identificar e tratar

doenças que podem trazer prejuízos à saúde, sendo de grande importância que esse acompanhamento seja iniciado até o primeiro trimestre da gestação (BRASIL, 2012).

Com base nas informações atualizadas no SIAB e relatos dos ACS, a UBS do Povoado João Grande apresenta um quantitativo abaixo do estimado pelo IBGE em relação ao número de gestantes, possuindo no momento apenas 17 gestantes. Essa realidade se deve ao fato da grande maioria dessa população não desejar ter filhos, por uma série de fatores relacionados à falta de recursos financeiros e dificuldades para garantir uma boa criação aos mesmos, optando geralmente ao uso de métodos contraceptivos, por exemplo. Foi constatado que pouco mais de 70% dessas gestantes realizam as consultas de pré-natal de forma regular conforme preconizado pelo MS. Os exames preconizados são solicitados sempre que necessários, porém o município não está ofertando todos os exames no momento, realizando apenas as sorologias que são encaminhadas para o Laboratório Central de Saúde Pública Prof. Gonçalo Moniz (LACEN) em Salvador-BA. Por este motivo a demora é grande, sendo necessários de 30 a 40 dias para chegar os resultados. Em todas as consultas é ofertado à suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso adequadamente, além das orientações sobre o aleitamento materno exclusivo.

É de extrema importância que o município ofereça todos os exames preconizados pelo MS, pois muitas dessas gestantes não têm condições financeiras para realizá-los. A demora do resultado desses exames pode também comprometer a eficácia da assistência prestada no pré-natal. De grande importância também é o desenvolvimento de mais grupos educativos para sensibilizar as gestantes quanto à importância e necessidade do aleitamento materno exclusivo até que a criança complete pelo menos 06 meses de idade. Outro fator é a inexistência de transporte na unidade para levar o profissional de saúde para realizar as consultas puerperais dentro do prazo determinado.

Em relação à assistência da prevenção e controle do câncer do colo do útero na unidade, as ações são voltadas para a prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e detecção precoce do câncer, em que é realizado periodicamente o exame citopatológico. Ainda com base nas informações contidas no SIAB e por relatos dos ACS, foi estipulado um total de 678 mulheres com idade entre 25 a 64 anos de idade. Desse total, 59% das mulheres estão com o exame

citopatológico para câncer de colo uterino em dia, 32% com atraso de seis meses, 24% apresentaram alteração no resultado do exame citopatológico, 56% recebem avaliação de risco para CA de colo, 91% recebem orientações para prevenção de CA de colo uterino e DST, e dentre os exames coletados, 90% foram satisfatórios. A principal dificuldade evidenciada na unidade foi à resistência por parte de algumas mulheres e seus companheiros em realizar o exame ginecológico com o enfermeiro. Este exame é ofertado anualmente sem restrição de idade e na maioria das vezes há demora de 1 a 2 meses para o resultado. Neste caso é perceptível a necessidade de desenvolver palestras e ações educativas com essas mulheres para sensibilizá-las da importância da realização do exame citopatológico para a prevenção do CA de colo uterino, ressaltando sobre a ética dos profissionais.

Quanto ao controle do câncer de mama, há na unidade um número aproximado de 182 mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos. Destas, 86% estão com o exame de mamografia em dia. No início do ano de 2013 houve um rastreamento do Câncer de Mama na maioria das cidades baianas, sendo ofertado o exame de mamografia gratuito para mulheres entre 50 e 69 anos. A cidade de Ajustina também foi incluída na campanha. Mesmo assim, aproximadamente 18% destas mulheres não realizaram este exame há mais de três anos, por falta de interesse ou de condições. No entanto, 54% dessa população recebe avaliação de risco para CA de mama e 67% sobre meios de prevenção. A grande maioria dessas mulheres, por se tratar de trabalhadoras rurais, muitas vezes sem condições financeiras adequadas e falta de informações, não dá importância para realização do exame de mamografia e nem procuram a UBS para receber orientações e fazer o autoexame das mamas. Por esse motivo, é necessário também fazer uma busca ativa dessas mulheres para conscientizá-las a respeito da importância do controle do CA de mama, além de fazer o devido encaminhamento ao serviço de referência quando necessário, para iniciar o tratamento adequado. A realização de mais visitas domiciliares faz-se necessária para verificar se estas mulheres aderiram ao tratamento para assim notificá-las, orientá-las e motivá-las para seguirem adiante.

De acordo com os dados cadastrados no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), a unidade possui 88 pessoas hipertensas e 89 com diabetes e hipertensão associadas, totalizando 177 pessoas hipertensas. A grande maioria corresponde a pessoas idosas. Com base

nos registros em alguns prontuários e nos relatos dos ACS, foi constatado que até dezembro do ano passado, a maioria dos hipertensos cadastrados na UBS era acompanhada regularmente. Neste ano, devido aos problemas já mencionados, muitos estão com atraso nas consultas, necessitando fazer os exames periódicos e avaliação de saúde bucal. Dessa forma, cerca de 50% dos hipertensos tiveram realização de estratificação de risco cardiovascular, 52% apresentam atraso de consulta agendada em mais de 7 dias, 62% estão com os exames complementares periódicos em dia, 95% deles, ou seja, os que conseguem deambular recebem orientação sobre prática de atividades físicas, sobre alimentação saudável, e apenas cerca de 40% estão com avaliação bucal em dia.

Já em relação ao número de diabéticos cadastrados na UBS, ainda com base nos dados do HIPERDIA, observa-se que o número destes corresponde a 07 e o de diabéticos com hipertensão a 89, totalizando 96 pessoas diabéticas. Cerca de 74% desses tiveram realização de estratificação de risco cardiovascular, 44% apresentam atraso de consulta agendada em mais de 7 dias, 69% estão com os exames complementares periódicos em dia, 41% tiveram seus pés avaliados nos últimos 3 meses, 96% receberam orientação sobre prática de atividades físicas, 100% tiveram orientações sobre alimentação saudável, e apenas cerca de 43% estão com avaliação da saúde bucal em dia. Quanto a essa realidade, a principal dificuldade evidenciada é a não adesão ao tratamento medicamentoso e aos hábitos saudáveis por parte dos hipertensos e diabéticos mais idosos, além da população jovem, entre 20 a 40 anos, que é hipertensa e/ou diabética, ou que ainda apresenta fatores de risco para hipertensão e diabetes, mesmo assim não procuram a UBS regularmente. Para melhorar essa situação, a princípio é necessária a criação de mais grupos de idosos com ações educativas e também aumentar a busca ativa dentre os jovens para incentivá-los e cadastrá-los no programa HIPERDIA.

A quantidade geral de idosos, ou seja, indivíduos com 60 anos ou mais, foi de 352 existentes na área de abrangência desta unidade. Superou-se o total estimado em 15% do valor ditado pelo IBGE. Algo já esperado, devido ao crescimento da população idosa e baixa incidência da natalidade não só em Adustina, mas em diversas cidades, estados e países. Desse total, aproximadamente 30% possui a caderneta de saúde da pessoa idosa, pois no município só chegou uma remessa do Ministério da Saúde em 2008, e desde então

muitos idosos ficaram sem recebê-la. 51% dos idosos realizaram avaliação multidimensional rápida no último ano, 65% estão com acompanhamento em dia, sendo que 34% apresentam atraso em torno de 3 meses, 50% destes idosos são hipertensos e 27% são diabéticos, 60% tiveram avaliação de risco para morbimortalidade, sendo que 40% com investigação de indicadores de fragilização na velhice. Todos eles receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, em torno de 90% que são os que conseguem deambular, são orientados a realizarem atividade física conforme sua condição, e apenas cerca de 40% estão com avaliação de saúde bucal em dia no último ano.

Dentre as dificuldades evidenciadas nessa UBS, destaca-se a forma de atendimento ao idoso que na maioria das vezes está sendo realizado de maneira espontânea, não havendo um acompanhamento específico e adequado conforme preconizado pelo MS. Além da grande quantidade de idosos que não procura a UBS com frequência para as consultas de rotina e avaliação de risco. É notável a falta de mais compromisso com a saúde por parte desses idosos e familiares. Para melhorar essa situação, torna-se necessário a regularização da UBS, a solicitação de novas cadernetas de saúde do idoso para distribuí-las a esta população, o desenvolvimento de mais grupos de idosos com ações educativas que incentivem sua participação de rotina na unidade e adesão aos tratamentos medicamentosos e aos hábitos de vida saudáveis, bem como o aumento das visitas domiciliares para fazer uma avaliação global de qualidade frente a essa clientela.

Contudo, não há dúvidas do quanto a UBS do Povoado João Grande apresenta irregularidades e limitações. Estas dificultam o trabalho da equipe frente à assistência e aos cuidados prestados à comunidade. No entanto, segundo o Secretário Municipal de Saúde e a Coordenadora da Atenção Básica, essa situação é provisória e que já estão providenciando meios para sua regularização, necessitando de apenas um profissional médico e odontólogo com disponibilidade para se dedicarem no mínimo três dias durante a semana para formar a equipe de ESF. Dentre os pontos favoráveis, destaca-se o compromisso dos demais profissionais com saúde da população e a realização desta Especialização em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Através deste estudo, posso obter uma visão mais crítica acerca da realidade e programar de forma sistemática e holística as implementações, mudanças e recomendações

necessárias para melhoria da assistência à saúde dessa população de acordo com a necessidade local e perfil dos demais profissionais.

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

Ao fazer uma comparação entre as atividades realizadas na segunda semana de ambientação com o relatório de análise situacional, pode-se perceber que a maioria dos problemas evidenciados ainda permanece, porém são notáveis também algumas melhorias, como um maior cumprimento e dedicação por parte da equipe frente à assistência de acordo com os protocolos e manuais técnicos referentes à Saúde da Criança; Pré-natal e Puerpério; Hipertensão e Diabetes; e demais programas da Atenção Básica. É perceptível também a preocupação do gestor e da coordenadora da Atenção Básica para contratação de um médico para formar a equipe ESF e regularizar o funcionamento da UBS.

Enfim, permaneço na expectativa da regularização da UBS para que eu, juntamente com toda equipe, possamos intervir com mais qualidade na assistência a saúde dessa população.

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

### **2.1 Justificativa**

A população brasileira apresenta atualmente um perfil caracterizado pela prevalência e incidência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), consequência do envelhecimento populacional, em que segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2011), tal condição pode levar a perda da autonomia e da capacidade funcional, cognitiva e da capacidade de autocuidado, afetando assim, significativamente a demanda pelos serviços de saúde.

A Hipertensão é a mais frequente das doenças cardiovasculares, sendo o principal fator de risco para as complicações mais comuns como Acidente Vascular Encefálico (AVE) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), além da doença renal crônica terminal, bem como o Diabetes que é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores, estando na maioria das vezes associada à hipertensão arterial (BRASIL, 2006; 2013). No entanto, essas complicações podem ser minimizadas através de uma reorientação do modelo assistencial, pautado na perspectiva de promoção a saúde, através de ações capazes de promover reeducação em saúde, orientação para mudanças nos hábitos de vida e demais ações no âmbito da Atenção Básica, para minimizar a progressão e reduzir a morbimortalidade por tais doenças.

O presente projeto é fruto de uma análise situacional diagnóstica das ações voltadas à Atenção Básica realizadas na UBS do Povoado João Grande, tendo como população alvo os hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência desta unidade. De acordo com os dados existentes no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), há atualmente 184 pessoas portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM) cadastradas no HIPERDIA, com uma cobertura de aproximadamente 30% aos hipertensos e 25% aos diabéticos. A unidade atende essa população apenas uma ou duas vezes na semana, realizando consultas de rotinas pelo médico e enfermeiro.

Devido aos problemas de regularização da UBS já mencionados, a atenção à saúde desta população não está sendo desenvolvida na íntegra conforme preconiza o MS, pois apresenta algumas dificuldades, como a falta de periodicidade da realização das consultas, a não realização de estratificação de risco cardiovascular regularmente durante os atendimentos, a redução das visitas domiciliares por falta de transporte disponível, poucas ações educativas em grupo, equipe não preparada para atuar programaticamente e prevalência do atendimento à demanda espontânea. Essas limitações comprometem a implementação e eficácia de ações programáticas voltadas à assistência da comunidade.

Com o intuito de reorientar o modelo assistencial de saúde, e conseqüentemente, promover ações voltadas aos princípios e diretrizes do SUS, torna-se importante e necessário a implantação do presente projeto de ação programática na UBS do Povoado João Grande, em Adustina-BA, pois a HAS e o DM tratam-se de dois problemas graves de saúde pública e com alta incidência e prevalência na população adulta, inclusive nessa comunidade.

Dessa forma, é necessário à realização deste projeto para facilitar o direcionamento de programas educativos e de práticas adotadas pelos profissionais na unidade, por meio de ações programáticas como acolhimento e confirmação do diagnóstico, cadastramento no programa HIPERDIA, agendamento prévio das consultas médicas, de enfermagem e odontológicas, aferição dos sinais vitais e verificação da glicemia capilar pela equipe quando houver necessidade, fornecimento adequado dos medicamentos, solicitação de exames complementares e encaminhamento para especialistas e serviço de referência, quando necessário. É evidente o fato de essas ações envolverem prevenção, proteção, e promoção da saúde para melhoria da qualidade de vida dos hipertensos e diabéticos adstritos na área de abrangência da UBS.

## 2.2 Objetivos e Metas

### 2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da área de abrangência da UBS do Povoado João Grande, em Adustina-BA.

### 2.2.2 Objetivos Específicos

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

### 2.2.3 Metas

**Meta 1:** Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;

**Meta 2:** Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;

**Meta 3:** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada;

**Meta 4:** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada;

**Meta 5:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos;

**Meta 6:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos;

**Meta 7:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;

**Meta 8:** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;

**Meta 9:** Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

**Meta 10:** Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

**Meta 11:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

**Meta 12:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

**Meta 13:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

**Meta 14:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

**Meta 15:** Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários hipertensos;

**Meta 16:** Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários diabéticos;

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

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

**Meta 19:** Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários hipertensos;

**Meta 20:** Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários diabéticos;

**Meta 21:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos;

**Meta 22:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

## 2.3 Metodologia

Trata-se de um projeto de intervenção, realizado através de estudos, levantamento de dados e desenvolvimento de ações programáticas de assistência, promoção e prevenção à saúde da população hipertensa e diabética da área de abrangência da UBS do Povoado João Grande, situada na zona rural da cidade de Adustina-BA.

Para levantamento dos dados e consolidação dos mesmos, foi utilizado o banco de dados do SIAB, prontuários e registros específicos, relatos dos ACS, planilha de coletas de dados (*Anexo II*) e ficha espelho (*Anexo I*), fornecidos pela UFPEL.

Antes de começar a desenvolver as ações, foi realizada divulgação na comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na unidade de saúde e sua importância para a população, bem como capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de hipertensos e diabéticos, capacitando também os ACS para realização de busca ativa e cadastramento dos mesmos no programa HIPERDIA.

Durante o período de intervenção, o atendimento clínico dos hipertensos e diabéticos foi realizado pelos profissionais de saúde, conforme as recomendações do MS, além do desenvolvimento de grupos de hipertensos e diabéticos na comunidade, com o desenvolvimento de planos assistenciais, reeducação alimentar e informações sobre hábitos saudáveis de vida, bem como monitoramento das intervenções e busca ativa.

## 2.3.1 Ações

### 2.3.1.1 Detalhamento das ações

A seguir estão apresentadas as ações planejadas para serem desenvolvidas de acordo com cada eixo pedagógico do curso:

- Em relação às metas de cadastrar 60% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde:

#### Eixo de monitoramento e avaliação

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

#### Eixo de organização e gestão do serviço

- Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM.

#### Eixo de Engajamento público

- Divulgar à comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

- Informar a comunidade sobre a importância dos adultos jovens medirem a pressão arterial pelo menos uma vez ao ano.

- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 140/90 mmHg.

- Conscientizar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

#### Eixo de qualificação da prática clínica

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

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma correta e criteriosa, bem como para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 140/90 mmHg.

- Em relação às metas de buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada:

Eixo de monitoramento e avaliação

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

Eixo de organização e gestão do serviço

- Organizar visitas domiciliares para buscar os hipertensos e diabéticos faltosos.

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

Eixo de engajamento público

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

- Ouvir a comunidade sobre estratégias e sugestões para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes.

Eixo de qualificação da prática clínica

- Treinar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto à realização das consultas e sua periodicidade.

- Em relação às metas de realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos:

Eixo de monitoramento e avaliação

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.

Eixo de organização e gestão do serviço

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impresso na unidade de saúde.

#### Eixo de engajamento público

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do diabetes, bem como da importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

#### Eixo de qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Em relação às metas de garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo:

#### Eixo de monitoramento e avaliação

- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

#### Eixo de organização e gestão do serviço

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

#### Eixo de engajamento público

- Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

#### Eixo de qualificação da prática clínica

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

- Em relação às metas de garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde:

Eixo de monitoramento e avaliação

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Eixo de organização e gestão do serviço

- Realizar controle de estoque de medicamentos.

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

Eixo de engajamento público

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

Eixo de qualificação da prática clínica

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

- Em relação às metas de Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde:

Eixo de monitoramento e avaliação

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

Eixo de organização e gestão do serviço

- Manter as informações do SIAB atualizadas.

- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.

- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento registros.

#### Eixo de engajamento público

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

#### Eixo de qualificação da prática clínica

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético.

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

- Em relação às metas de realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde:

#### Eixo de monitoramento e avaliação

- Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

#### Eixo de organização e gestão do serviço

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

#### Eixo de engajamento público

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

- Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

#### Eixo de qualificação da prática clínica

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

- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

- Em relação às metas de garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos:

Eixo de monitoramento e avaliação

- Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista.

Eixo de organização e gestão do serviço

- Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético.
- Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.

Eixo de engajamento público

- Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.
- Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

Eixo de qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso e diabético.

- Em relação às metas de garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos:

Eixo de monitoramento e avaliação

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

Eixo de organização e gestão do serviço

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

#### Eixo de engajamento público

- Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

#### Eixo de qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

- Em relação às metas de garantir orientação sobre a prática de atividade física regular a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos:

#### Eixo de monitoramento e avaliação

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

#### Eixo de organização e gestão do serviço

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

#### Eixo de engajamento público

- Orientar os hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

#### Eixo de qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

- E em relação às metas de garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos diabéticos:

#### Eixo de monitoramento e avaliação

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

#### Eixo de organização e gestão do serviço

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

#### Eixo de engajamento público

- Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

#### Eixo de qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

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

### **2.3.2 Indicadores**

Os indicadores serão visualizados na planilha eletrônica fornecida pela UFPEL (*Anexo II*), para registro e acompanhamento dos usuários portadores de HAS e DM, sendo atualizada diariamente conforme o andamento dos atendimentos desses usuários. Os indicadores foram desenvolvidos com o número total de usuários cadastrados na UBS do Povoado João Grande de acordo com as metas elaboradas:

**Meta 1:** Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

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

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

**Meta 2:** Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 2:** Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

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

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

**Meta 3:** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3:** 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.

**Meta 4:** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 4:** Proporção de diabéticos faltosos com a consulta médica com busca ativa.

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

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

**Meta 5:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Indicador 5:** Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

*Numerador:* Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

**Meta 6:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Indicador 6:** Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

*Numerador:* Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

**Meta 7:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 7:** Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

**Meta 8:** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 8:** Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

*Denominador:* Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

**Meta 9:** Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 9:** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

*Denominador:* Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

**Meta 10:** Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 10:** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

*Denominador:* Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

**Meta 11:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 11:** Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

**Meta 12:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 12:** Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

**Meta 13:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 13:** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

**Meta 14:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 14:** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

**Meta 15:** Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 15:** Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

*Numerador:* Número de hipertensos que realizaram avaliação odontológica.

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

**Meta 16:** Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 16:** Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.

*Numerador:* Número de diabéticos que realizaram avaliação odontológica.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Indicador 21:** Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

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

**Meta 22:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 22:** Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

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

### 2.3.3 Logística

- **Logística referente ao monitoramento e avaliação:**

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão e Diabetes será adotado pela equipe da UBS do Povoado João Grande, os Manuais Técnicos Hipertensão e Diabetes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), bem como a utilização da ficha de Cadastro do Hipertenso e/ou Diabético – HIPERDIA, ficha de acompanhamento do hipertenso e/ou diabético do MS e das fichas espelhos fornecidas pela UFPEL (*Anexo I*), que contém informações sobre sinais vitais, tratamento, resultado de exames, dentre outras informações que permitem o acompanhamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos durante as consultas.

O monitoramento e avaliação do número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade, bem como o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo, será verificado pelo profissional enfermeiro, relator do projeto e organizador da intervenção, juntamente com a técnica de enfermagem por meio de dados atualizados do SIAB e dos relatórios dos ACS.

Durante os atendimentos e reuniões com a equipe, o enfermeiro irá monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos, conferindo com os demais profissionais se o exame clínico está seguindo as orientações preconizadas pelo MS. E para monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado, o enfermeiro com ajuda da técnica de enfermagem irá analisar os prontuários clínicos e questionar os usuários durante o acolhimento sobre a solicitação/realização de exames laboratoriais.

Mensalmente o enfermeiro monitorará o acesso e fornecimento dos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia através dos registros na unidade, e no final de cada semana de intervenção, monitorará também a qualidade dos demais registros de dados dos hipertensos e diabéticos acompanhados por meio das fichas espelhos disponibilizadas pela UFPEL (*Anexo I*) e outros formulários confeccionados, sendo necessário solicitar ao gestor à impressão desse material em quantidade suficiente para utilizar na UBS.

Em relação ao monitoramento do número de usuários hipertensos e diabéticos com verificação da estratificação de risco, será feita uma análise criteriosa dos prontuários clínicos e das fichas espelhos no final de cada semana de intervenção pelo enfermeiro e técnica de enfermagem. Já para o monitoramento da realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista, o enfermeiro durante as reuniões estratégicas da equipe poderá socializar com odontólogo sobre a realização das consultas, depois verificar os registros específicos de saúde bucal e os relatos dos ACS de cada micro área.

E o monitoramento da realização de orientação nutricional, sobre riscos do tabagismo e da prática regular de atividades físicas aos usuários hipertensos e diabéticos da unidade, será feito pelo enfermeiro mensalmente através da análise dos prontuários clínicos e registros na UBS.

- **Logística referente à organização e gestão do serviço:**

Para melhorar a organização e gestão do serviço na unidade, no acolhimento, o primeiro contato com os usuários será realizado pelos ACS durante as visitas domiciliares, e posteriormente na UBS pelo enfermeiro e/ou pela técnica de enfermagem. As demais funções específicas de cada integrante da equipe serão definidas durante as reuniões e capacitações na própria unidade, para serem desempenhadas no decorrer da intervenção.

Inicialmente, a equipe será capacitada de acordo com os protocolos adotados na unidade, nas primeiras semanas e durante toda a intervenção, sendo realizada pelo enfermeiro nas reuniões na própria UBS. O enfermeiro solicitará formalmente à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) o material atualizado dos respectivos protocolos para disponibilizar na unidade, bem como o empréstimo de alguns recursos audiovisuais.

O registro e organização dos dados dos usuários hipertensos e diabéticos de cada micro área e o cadastramento no Programa HIPERDIA, serão feitos pela recepcionista, juntamente com ajuda da técnica de enfermagem e do enfermeiro.

Quanto à organização das visitas domiciliares, os ACS irão acompanhar o enfermeiro e/ou o médico durante as visitas para facilitar a interação, proporcionar maior confiança entre os profissionais e priorizar a busca dos faltosos. Em seguida, o agendamento dos hipertensos e diabéticos faltosos, provenientes das buscas ativas, será realizado pelos ACS e organizado pela recepcionista.

Os usuários hipertensos e diabéticos classificados com potencial de alto risco terão atendimentos priorizados, em que os ACS realizarão os agendamentos, e o enfermeiro durante a triagem, avaliará a necessidade de atendimento imediato ou agendado. No decorrer dos atendimentos clínicos, os usuários terão os exames necessários e de rotina solicitados pelo médico e enfermeiro. E para garantir seu fornecimento, o enfermeiro solicitará ao gestor municipal, por meio de ofício a disponibilização desses exames complementares de acordo com o protocolo.

Em relação ao controle do estoque (incluindo validade) dos medicamentos, a técnica de enfermagem checará quinzenalmente os medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia disponíveis na UBS, para que o enfermeiro possa fazer pedidos dos que estão em falta, repondo-os e distribuindo-os aos usuários.

Para manter as informações do SIAB atualizadas, o enfermeiro periodicamente entregará a produção dos ACS ao técnico digitador da SMS, responsável pela atualização do SIAB. E durante o atendimento diário, será implantada e preenchida pelo enfermeiro a planilha específica de coleta de dados, disponibilizada pela UFPEL (*Anexo II*).

A organização da agenda da atenção à saúde bucal, para possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético, será feita pela recepcionista com o uso dos respectivos formulários e agendamento dos ACS. E para estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico, o enfermeiro encaminhará para consulta odontológica os usuários hipertensos e diabéticos com maior necessidade de avaliação odontológica.

Durante os atendimentos clínicos individuais e por meio de ações educativas desenvolvidas mensalmente nos encontros dos grupos de hipertensos e diabéticos, os usuários serão orientados sobre alimentação saudável, a importância de realizar atividades físicas regularmente e alertados quanto ao risco do tabagismo através do desenvolvimento de palestras informativas ministradas pelo enfermeiro e demais profissionais como nutricionista, médico, e ACS. O enfermeiro irá elaborar e organizar relatórios e ofícios ao secretário municipal de saúde e ao prefeito municipal, ressaltando a necessidade em fornecer medicamentos para o tratamento do “abandono do tabagismo” na comunidade assistida.

- **Logística referente ao engajamento público:**

Para possibilitar um maior engajamento público na comunidade, antes de iniciar o projeto de intervenção, será divulgado à população sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na unidade, essa divulgação ocorrerá por meio de anúncios em carros de som, rádio comunitária local, cartazes e por intermédio dos ACS durante as visitas domiciliares, alertando também sobre os riscos da HAS e DM. Durante essa fase de divulgação, a comunidade será informada também sobre a importância dos adultos jovens verificarem a PA e a glicemia regularmente, bem como da realização de consultas, e incentivar a população a participar ativamente dos encontros em grupos e aderir às recomendações ofertadas pela equipe.

Além de a comunidade ser informada sobre a importância da realização das consultas, enfatizando sobre a necessidade do acompanhamento regular, a população também terá oportunidade para sugerir melhorias nas ações e conseqüentemente facilitar sua adesão ao tratamento e realização das consultas, na qual o enfermeiro terá uma importância fundamental nessa etapa para ouvir esses usuários desde o acolhimento e no decorrer das consultas. Os usuários hipertensos e diabéticos serão orientados também quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do diabetes, bem como da importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, sendo que o médico e o enfermeiro, no decorrer das consultas, ou na triagem, que orientarão e avaliarão os usuários quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas.

Os usuários e a comunidade serão orientados pelo enfermeiro sobre seus direitos de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso durante as consultas. Para a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via, quando solicitado, serão disponibilizadas cópias dos prontuários clínicos e segunda via de exames laboratoriais aos usuários sempre que necessário.

Os usuários e a comunidade serão esclarecidos pelo enfermeiro sobre a importância do adequado controle de seus fatores de risco modificáveis, enfatizando a necessidade de ter uma alimentação saudável, uso adequado dos medicamentos, mudanças de hábitos, dentre outros.

É importante fazer contato com associações de moradores, representantes de igrejas e com membros da comunidade para desenvolver atividades em grupo, exposição de temas educativos e demais ações para esclarecer a importância do projeto de intervenção, dessa forma, sempre que possível, será enfatizado a busca de parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde, em que o enfermeiro entrará em contato com líderes comunitários para ressaltar sobre a importância do projeto de intervenção, e ao mesmo tempo solicitar apoio e parcerias para implementação das ações. Na expectativa de alcançar melhoria da assistência na unidade, durante o encontro dos grupos e ações educativas, o enfermeiro tentará mobilizar a comunidade para solicitar aos gestores a garantia da disponibilização do atendimento adequado com dentista na UBS.

E para orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, da prática de atividade física regular e da existência de tratamento para abandonar o tabagismo, o enfermeiro e o médico ofertarão essas orientações tanto individualmente, nas consultas individuais, como em grupos, durante as palestras e ações educativas.

- **Logística referente à qualificação da prática clínica:**

Em relação ao eixo de qualificação de prática clínica, os ACS serão capacitados na própria UBS pelo enfermeiro, durante as reuniões programadas, sobre a forma correta de preenchimento dos dados dos hipertensos e diabéticos para o cadastramento de toda área de abrangência da unidade de saúde no HIPERDIA. Os demais integrantes da equipe da unidade serão capacitados para verificação da pressão arterial de forma correta e criteriosa, bem como para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 140/90 mmHg, essas capacitações também serão realizadas pelo enfermeiro na própria UBS durante as reuniões, principalmente nas duas primeiras semanas de intervenção, esclarecendo as principais dúvidas e seguindo as recomendações dos manuais técnicos do MS.

As capacitações com a equipe ocorrerão praticamente durante toda a intervenção, pois durante as reuniões de rotina, sempre haverá algum levantamento relacionado às ações que serão realizadas, atualizações e compartilhamento de ideias e opiniões, inclusive para a realização do exame clínico apropriado, seguindo o protocolo e manuais técnicos do MS. Todas as capacitações serão desenvolvidas na UBS, de forma continuada, na qual o enfermeiro poderá solicitar suporte a Coordenação de Atenção Básica do município.

Sem sombra de dúvidas, a qualidade dos registros dos dados clínicos dos usuários e do andamento da intervenção é uma peça fundamental para o monitoramento da intervenção, levantamento e compreensão dos indicadores, por esse motivo, a equipe também será treinada antecipadamente para o preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do hipertenso e diabético, no qual esse treinamento será ofertado pelo enfermeiro uma semana

anterior ao início da intervenção, e terá continuidade no decorrer das semanas para esclarecer as principais dúvidas que surgirem durante esse período.

O enfermeiro, com apoio de demais profissionais vinculados a SMS, capacitará os técnicos de enfermagem e ACS, conforme o Manual Técnico do MS para à estratificação de risco segundo o escore de *Framingham* ou de lesões em órgãos alvos, bem como sobre a prática de alimentação saudável, realização de atividade física regularmente e sobre o tratamento para o tabagismo. Essas capacitações voltadas à metodologia de educação em saúde, também será realizada pelo enfermeiro na própria UBS, com apoio da SMS e da Secretaria Municipal de Educação, com a utilização materiais impressos, multimídias e demais recursos necessários durante todo o período de intervenção.











### **3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO**

#### **3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas**

A implementação do projeto de intervenção, realizado na terceira unidade do Curso de Especialização em Saúde da Família da UFPEL, foi iniciada no dia 20 de setembro de 2013 e concretizada em 23 de janeiro de 2014. Durante todo esse período de intervenção foi priorizado seguir o cronograma previamente elaborado no projeto. Inicialmente foi informado ao secretário municipal de saúde e a coordenadora da Atenção Básica do município sobre a implementação do projeto de intervenção, bem como as mudanças na rotina do atendimento e as melhorias que seriam alcançadas. Inclusive foi aproveitada a oportunidade para cobrar mais uma vez a regularização da UBS do Povoado João Grande, com as mudanças e contratações de profissionais para criação de uma unidade de ESF que atenda os requisitos do MS.

Uma semana antes de iniciar as ações previstas de intervenção referentes à assistência aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na área de abrangência da UBS do Povoado João Grande, foi feita à divulgação do projeto por meio da rádio comunitária da cidade e de carros de sons sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na unidade de saúde e sua importância para a população.

Após os preparativos iniciais, como a impressão em quantidade suficiente das fichas espelhos (*Anexo I*), nas primeiras semanas foi ofertada capacitação aos profissionais de saúde da UBS de acordo com o protocolo de assistência preconizado pelo MS aos usuários hipertensos e diabéticos, e houve capacitação também dos ACS para realização de buscas ativas dos hipertensos e diabéticos faltosos, para poder cadastrá-los no programa HIPERDIA e demais ações relacionadas. Durante as capacitações, foi estabelecido de forma mais detalhada o papel de cada profissional na ação programática. Nesse período foi realizado também contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância das ações programáticas e solicitar apoio necessário, como conceder espaços de escolas e igreja para realização das consultas e encontros em grupo.

Durante todo esse período de intervenção, foi enfatizado o monitoramento do número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS, realizado o cadastramento daqueles que estavam faltosos ou que ainda não tinham sido cadastrados, atendimentos clínicos pautados nas recomendações do MS, buscas ativas dos hipertensos e diabéticos faltosos, e visitas domiciliares sempre com a presença dos ACS e do enfermeiro, e algumas vezes do médico. Uma das ações que foram de fundamental importância para o bom andamento do projeto, foi o monitoramento das intervenções por parte da equipe, através da análise de prontuários e registros, relatos dos ACS e usuários atendidos, acompanhamento da planilha de coleta de dados (*Anexo II*) e verificação de demais informações sobre os usuários de cada micro área, buscando evidenciar falhas para que possam ser corrigidas nas semanas seguintes.

Como já ressaltado, as ações assistenciais desenvolvidas no programa de Hipertensão e Diabetes durante essas 16 semanas de intervenção, foram embasadas nos Manuais Técnicos de Hipertensão e Diabetes do MS, 2013. As ações relacionadas ao monitoramento e avaliação do número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, foi verificada pelo enfermeiro juntamente com os demais integrantes da equipe. A maior dificuldade relacionada a essas ações foi convencer o médico sobre a necessidade de fazer as anotações mais detalhadas dos usuários nas fichas e formulários adequadamente.

Os usuários tiveram, quando necessário, exames de rotina solicitados durante as consultas, além de ter sido cobrado mais agilidade ao gestor municipal para oferecer a realização desses exames gratuitamente. Os usuários hipertensos e diabéticos classificados com potencial de alto risco tiveram atendimentos prioritários.

Quanto às ações voltadas ao engajamento público, houve divulgação na comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, ressaltando sobre a importância dos adultos jovens verificassem sua pressão arterial e conscientizá-los sobre os fatores de risco. Mensalmente foi ofertada a população reuniões em grupo com o desenvolvimento de palestras informativas ministradas pelo enfermeiro e demais profissionais, como nutricionista e colaboração dos ACS, desenvolvidas em escolas e espaços

comunitários, esses espaços foram bastante enriquecedores, pois a equipe pôde orientar os usuários sobre a hipertensão e o diabetes, com a realização de práticas coletivas sobre alimentação saudável, práticas regulares de atividade física, orientações relacionadas aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes das DCNT, consequências dos riscos advindos do tabagismo a essa população, dentre outras ações relacionadas.

### **3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas**

A grande maioria das ações de intervenção foi realizada de forma harmoniosa e sem intercorrências. No entanto, houve a presença de alguns empecilhos que dificultaram um pouco o desenvolvimento de algumas ações previstas no projeto, como o descumprimento do gestor municipal em não regularizar a equipe em ESF no prazo determinado, permanecendo assim, como PACS composto apenas por enfermeiro, uma técnica de enfermagem, uma recepcionista, 11 ACS e um médico cedido de outra UBS para prestar assistência na comunidade apenas um ou dois dias na semana.

Além desses problemas, a equipe se deparou ainda com outros relacionados à falta de materiais e de recursos, como a insuficiência das tiras reagentes para realizar teste de glicemia capilar, falta de algumas medicações necessárias na farmácia básica, dificuldade de acesso ao transporte exclusivo para deslocar os profissionais nos horários estabelecidos às comunidades e realização de visitas domiciliares, tendo em vista a longa permanência do automóvel na oficina mecânica por apresentar defeitos. A maioria dessas dificuldades foram melhoradas parcialmente, como o fornecimento dos materiais e medicamentos mensalmente, disponibilização de outro transporte até o conserto do que a equipe usa para se deslocar à unidade e realizar as visitas domiciliares, entre outras.

### **3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados**

Durante o período de intervenção foram encontradas algumas dificuldades na coleta e sistematização de dados, como compreensão dos indicadores e gráficos. Além disso, devido à necessidade de desenvolver as demais ações assistenciais de rotina na unidade para atender todos os programas da Atenção Básica, houve dificuldades em prestar assistência voltada ao projeto de intervenção todos os dias da semana, bem como resistência e fase de adaptação no início, em que alguns usuários queixavam-se da demora das consultas, não se comprometiam em realizar os exames e não seguiam as demais recomendações solicitadas pela equipe. Esses fatores dificultaram o cumprimento de algumas metas elaboradas.

Outro ponto negativo evidenciado foi à inexistência de odontólogo exclusivo na unidade, que apesar de possuir consultório odontológico equipado para promover assistência à saúde bucal, o gestor municipal não contratou esse profissional para atuar na UBS do Povoado João Grande. Por esse motivo, os usuários eram obrigados a se deslocarem até a UBS da sede, apenas uma vez na semana para poderem receber assistência à saúde bucal, além da dificuldade em fazer os agendamentos daqueles com mais necessidade devido à demanda excessiva.

### **3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço**

Apesar das dificuldades citadas, ao preencher e analisar a planilha de coleta de dados semanalmente (*Anexo II*), foi possível perceber as melhorias nos indicadores gradualmente, com aumento progressivo da cobertura do programa de atenção ao hipertenso e diabético na UBS durante os quatro meses de intervenção. É importante ressaltar que para conseguir alcançar as metas estabelecidas no projeto, houve uma dedicação mais significativa no quarto mês, com maior quantitativo de atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos e realização de visitas domiciliares.

Não tenho dúvidas da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço, algo que já vem acontecendo e trazendo benefícios relevantes por meio das ações desenvolvidas na unidade. No entanto, pode haver alguns reajustes no quantitativo de usuários atendidos diariamente ou semanalmente, bem como a definição dos dias de acordo com a necessidade e interesse da equipe e comunidade.

Mesmo diante das dificuldades deparadas ao longo dessas 16 semanas de intervenção, foi uma etapa muito gratificante para mim quanto profissional da saúde e cidadão, pois pude realizar as ações previstas de forma satisfatória e ver de perto a satisfação dos usuários ao receberem um atendimento digno como eles merecem e que têm direito, que proporcionaram melhorias na qualidade de vida da população hipertensa e diabética residente na área de abrangência da UBS do Povoado João Grande.

## 4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

### 4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde e da assistência aos portadores de HAS e/ou DM na área de abrangência da UBS do Povoado João Grande. Antes de iniciar o projeto de intervenção, o quantitativo de hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no HIPERDIA correspondia a 177 e 96 respectivamente. Após as 16 semanas, esse quantitativo aumentou para 227 hipertensos e 116 diabéticos. Foi possível perceber as melhorias nos indicadores de forma gradual, pois no primeiro mês a cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS foi de 30,5% (54 usuários); e no segundo mês aumentou para 41,2% (73 usuários); atingindo 44,1% (78 usuários) no terceiro; e 48,6% (86 usuários) no quarto mês (*Figura 1*). E paralelamente, a cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS também aumentou, pois no primeiro mês foi de 29,2%, (28 usuários); no segundo mês 41,7% (40 usuários); chegando a 43,8% (42 usuários) no terceiro; e 46,9% (45 usuários) no quarto mês de intervenção (*Figura 2*).

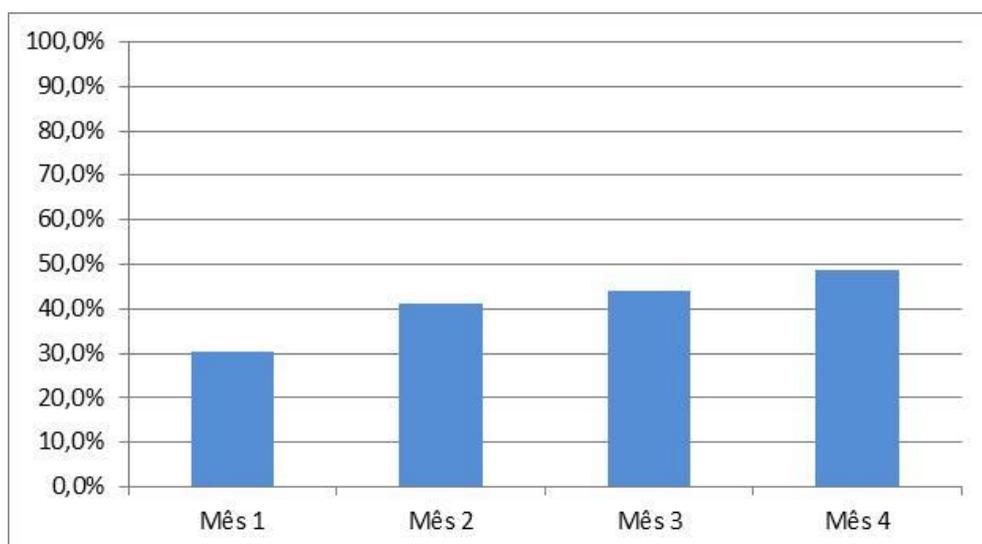


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde

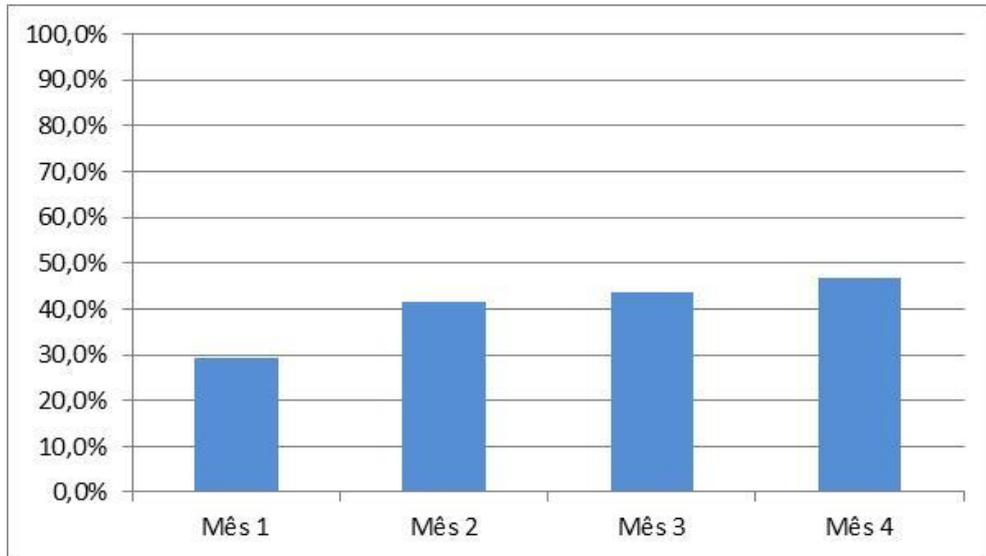


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde

Dentre as metas estabelecidas, foi proposto buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde, conforme a periodicidade recomendada pelo MS. Após esses quatro meses foram alcançados as seguintes proporções de hipertensos faltosos às consultas e que compareceram a UBS mediante busca ativa: no primeiro mês 78,9% (15 usuários); no segundo 85,7% (24 usuários); no terceiro 84,8% (28 usuários); e 89,9% (24 usuários) no quarto mês (*Figura 3*). E quanto aos diabéticos: no primeiro mês foi de 78,6% (11 usuários); segundo mês com 80,0% (12 usuários); no terceiro 90,9% (10 usuários); e 100% (14 usuários) no quarto mês (*Figura 4*). Essa melhoria nos indicadores ocorreu graças ao esforço da equipe, principalmente dos ACS em rastrear esses usuários faltosos e estarem sempre presentes nas buscas ativas.

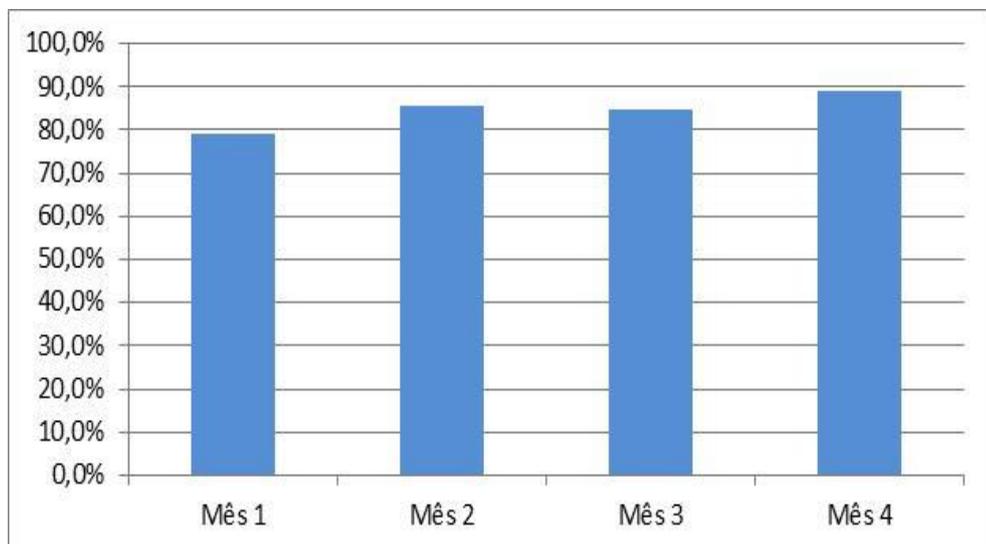


Figura 3: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa

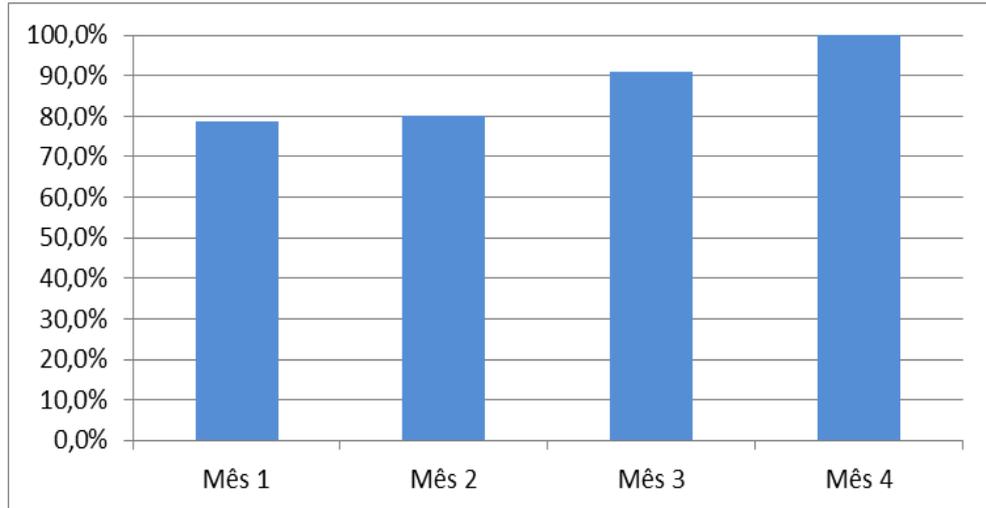


Figura 4: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa

Quanto à meta de realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos da UBS, dentre os hipertensos que realizaram consulta no primeiro mês de intervenção 92,6% (50 usuários) ficaram com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, no segundo mês 94,5% (69 usuários), no terceiro 96,2% (75 usuários); e 97,7% (84 usuários) no quarto mês (*Figura 5*). E a proporção da população diabética com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, foi de 96,4% (27 usuários) no primeiro mês; no segundo 97,5% (39 usuários); no terceiro 100% (42 usuários); e 97,8% (44 usuários) no quarto mês (*Figura 6*). Percebe-se que não foi possível alcançar 100% em todos os meses, tendo como principal dificuldade à falta de colaboração de alguns usuários que reclamavam da demora das consultas e outros que alegavam não poder esperar muito tempo na UBS por motivos diversos, como cuidar dos filhos, da lavoura, aguardar transporte coletivo, dentre outros.

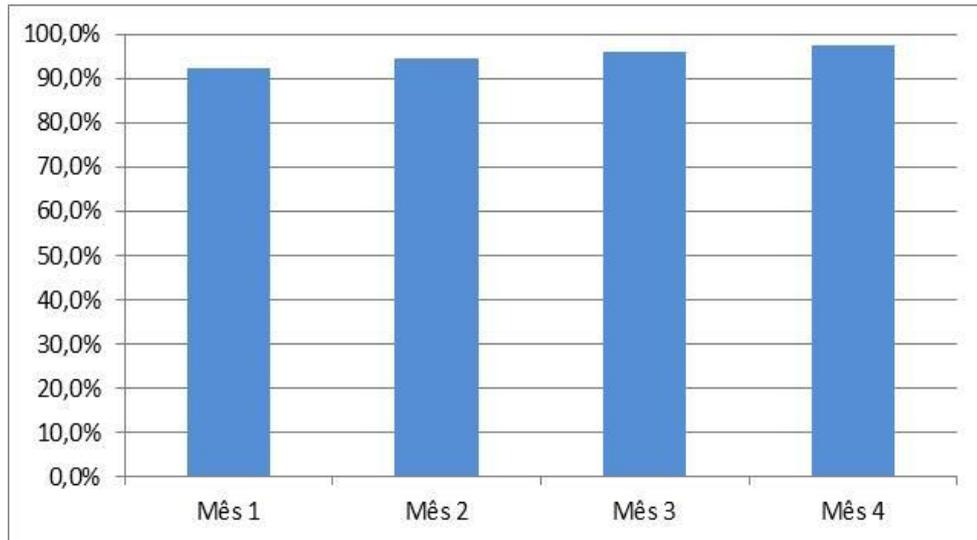


Figura 5: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

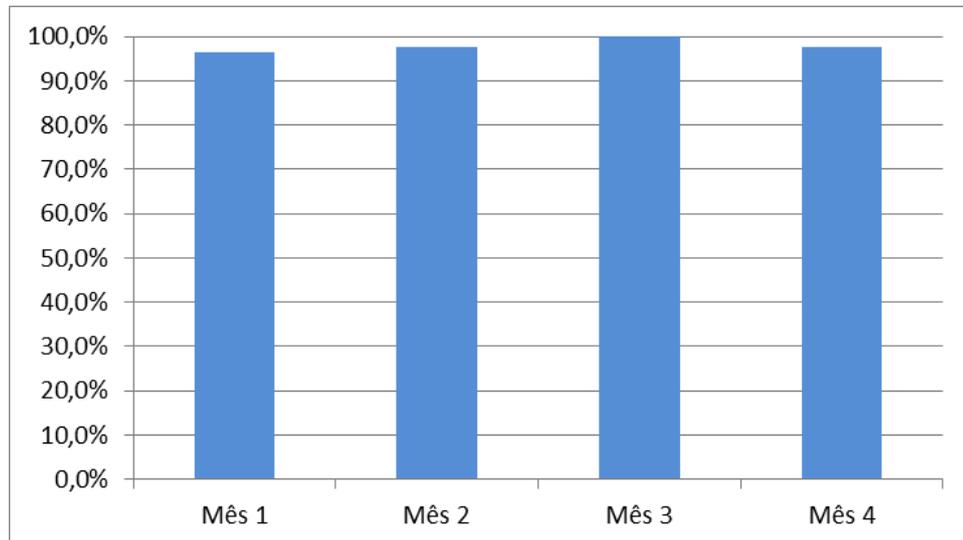


Figura 6: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Também foi estabelecido como meta, garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Nesse sentido, foi alcançada a seguinte proporção de hipertensos que compareceram a UBS com os resultados dos exames complementares solicitados em dia: primeiro mês 42,6% (23 usuários); segundo mês 47,9% (35 usuários); no terceiro 56,4% (44 usuários); e 55,8% (48 usuários) no quarto mês (*Figura 7*). Quanto à população diabética: no primeiro mês foi de 39,3% (11 usuários); no segundo 47,5% (19 usuários); no terceiro 54,8% (23 usuários); e 53,3% (24 usuários) no quarto mês (*Figura 8*). Infelizmente, apesar da solicitação dos exames laboratoriais terem ocorrido sempre que necessário, o município não ofertava

gratuitamente todos esses exames para comunidade, somente alguns após muita insistência nossa à Secretaria de Assistência Social para aqueles mais necessitados, por esse motivo, não foi possível alcançar a meta estabelecida.

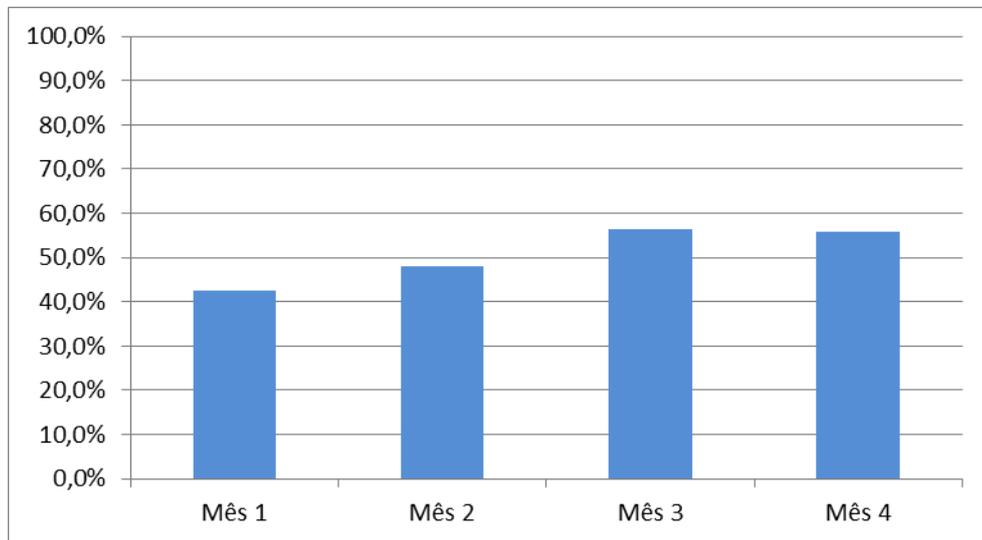


Figura 7: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

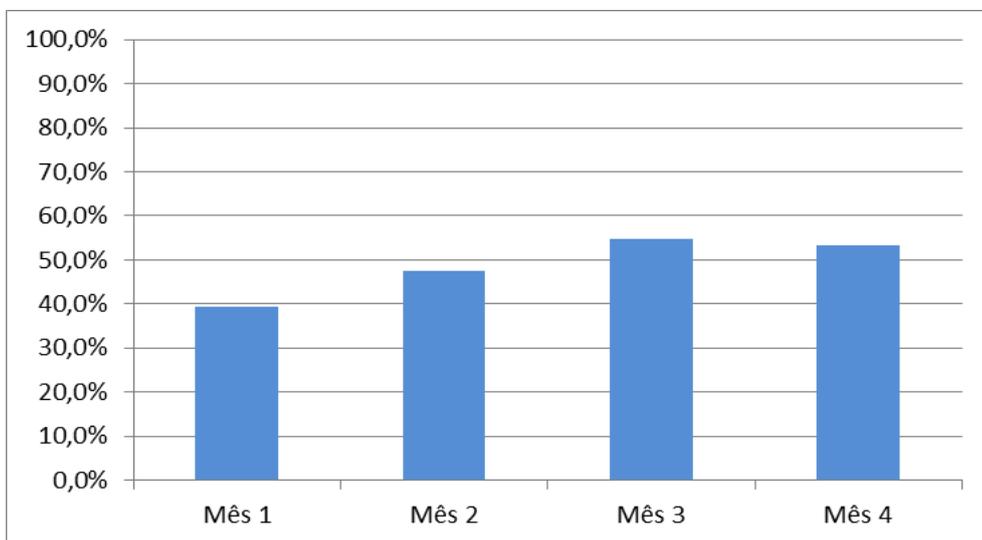


Figura 8: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Em relação à meta de garantir 100% das prescrições de medicamentos da farmácia popular para a população hipertensa e diabética, os indicadores apontam que em relação à proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da farmácia popular foi no primeiro mês foi de 92,6% (50 usuários); no segundo 100% (67 usuários); no terceiro com 100% (76 usuários); e

98,8% (84 usuários) no quarto mês (*Figura 9*). Para a população diabética essa proporção foi no primeiro mês foi de 96,4% (27 usuários); no segundo mês 100% (37 usuários); no terceiro 97,6% (41 usuários); e 97,7% (43 usuários) no quarto mês (*Figura 10*). Percebe-se também que certa minoria não teve as medicações da farmácia popular prescrita, fato ocorrido por solicitação própria do usuário ou dos familiares ao médico, e quando questionado o motivo, esse usuários alegavam não dar credibilidade a eficácia dos medicamentos gratuitos, em alguns outros casos, o profissional médico recomendava outros medicamentos para alguns usuários que possuíam quadros clínicos diferenciados e que necessitavam de dosagens diferentes. No entanto, a grande maioria da população assistida usufruiu das medicações da farmácia do povo.

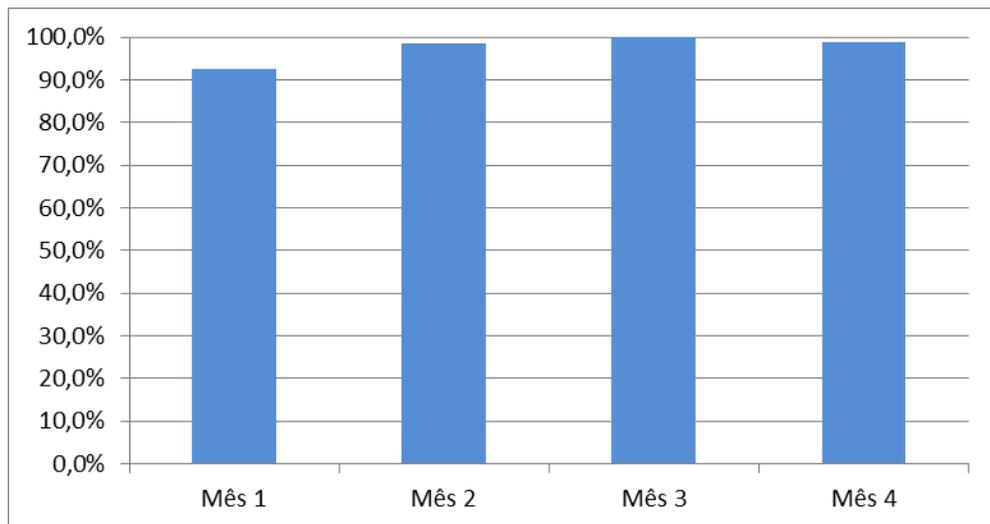


Figura 9: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do HIPERDIA ou da Farmácia Popular

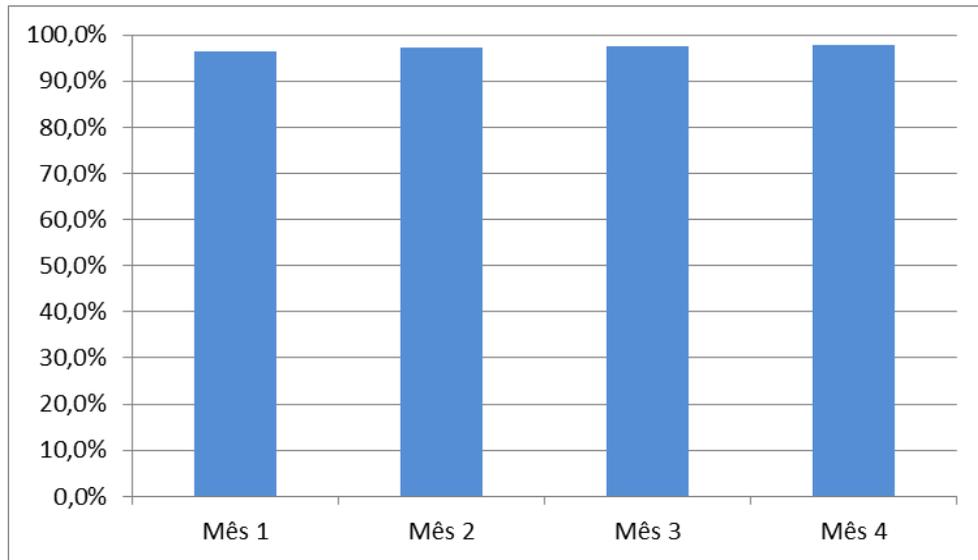


Figura 10: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do HIPERDIA ou da Farmácia Popular

Quanto à meta de manter 100% das fichas de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, preenchidas adequadamente na UBS, constatamos que durante esses quatro meses de intervenção, em relação à população hipertensa, 83,3% (45 usuários) tiveram seus registros preenchidos de forma adequada na ficha de acompanhamento no primeiro mês; no segundo mês 93,2% (68 usuários); no terceiro 94,9% (74 usuários); e 96,5% (83 usuários) no quarto mês (*Figura 11*). Quanto aos diabéticos, os registros passaram a ser preenchidos adequadamente no primeiro mês em 89,3% (25 usuários); no segundo mês em 100% (40 usuários); no terceiro 95,2% (40 usuários); e 95,6% (43 usuários) no quarto mês (*Figura 12*). O motivo pelo qual levou alguns usuários a não terem seus registros preenchidos de forma correta na UBS foi o fato desses usuários não possuírem documentos pessoais ou terem esquecidos de levar no ato da consulta, além da dificuldade em substituir as fichas antigas pelas fichas espelhos disponibilizadas pela UFPEL (*Anexo I*), pois foi constatados que muitos usuários, mesmo estando cadastrados no HIPERDIA, não possuíam nenhum registro na unidade. Outro empecilho para o alcance dessa meta, foi o pouco quantitativo de profissionais, ficando muitas vezes sobrecarregados.

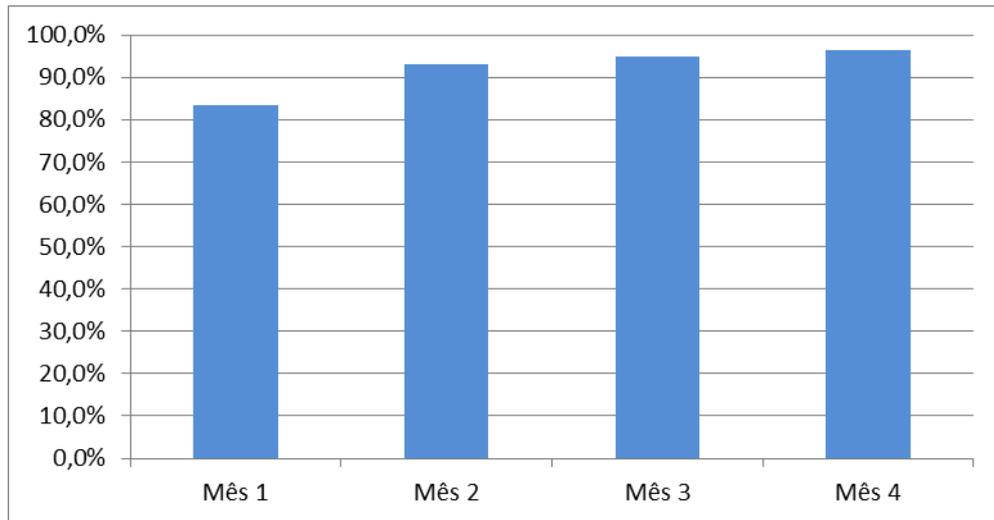


Figura 11: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

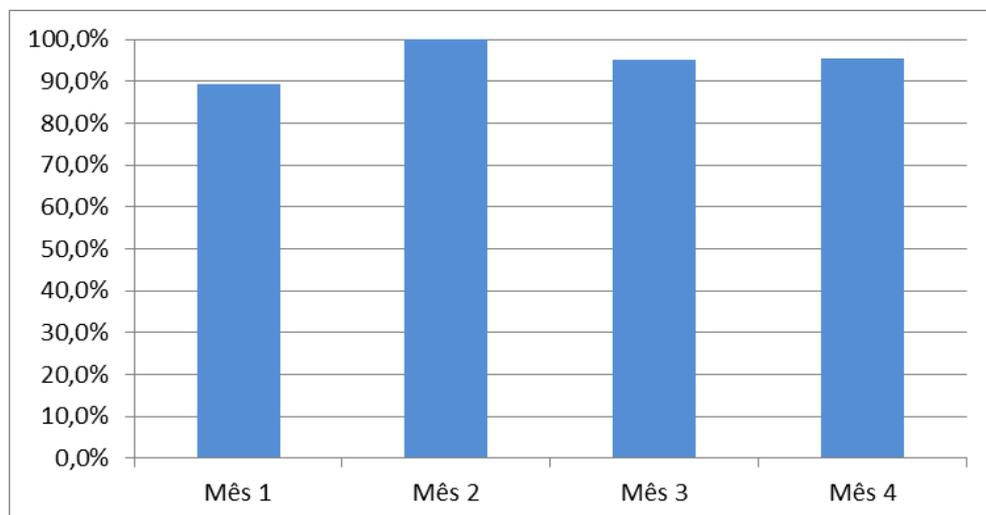


Figura 12: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Em relação à meta de realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, percebe-se que grande parte da população nunca tinha sido feita essa estratificação, e só a partir da implementação deste projeto começou a ser rotina do atendimento aos hipertensos e diabéticos. Nesse caso, no primeiro mês o quantitativo de hipertensos que tiveram a estratificação de risco cardiovascular realizado em dia foi de 85,2% (46 usuários); no segundo foi de 89% (65 usuários); no terceiro 93,6% (73 usuários); e 94,2% (81 usuários) no quarto mês de intervenção (*Figura 13*). Já na população diabética, essa estratificação ficou em dia em 89,3% (25 usuários) dos que compareceram as consultas no primeiro mês; no segundo 92,5% (37 usuários); no terceiro 97,6% (21 usuários); e 93,3% (42 usuários) no quarto mês (*Figura 14*). A

maior dificuldade para alcançar essa meta foi o pouco espaço de tempo, pois as consultas clínicas que antes demoravam no máximo 10 minutos, passaram a demorar aproximadamente 30 minutos, e alguns usuários alegavam que não poderiam aguardar muito tempo na UBS pelos mesmos motivos já citados em relação ao exame clínico apropriado, além de o médico demonstrar certo desinteresse e falta de colaboração em realizar essa ação no início, alegando que determinados usuários, por não apresentarem idade elevada e nem obesidade, não tinha necessidade de realizar a estratificação de risco, que seria uma perda de tempo. Mas no decorrer das semanas, fui tentando conscientizá-lo a respeito.

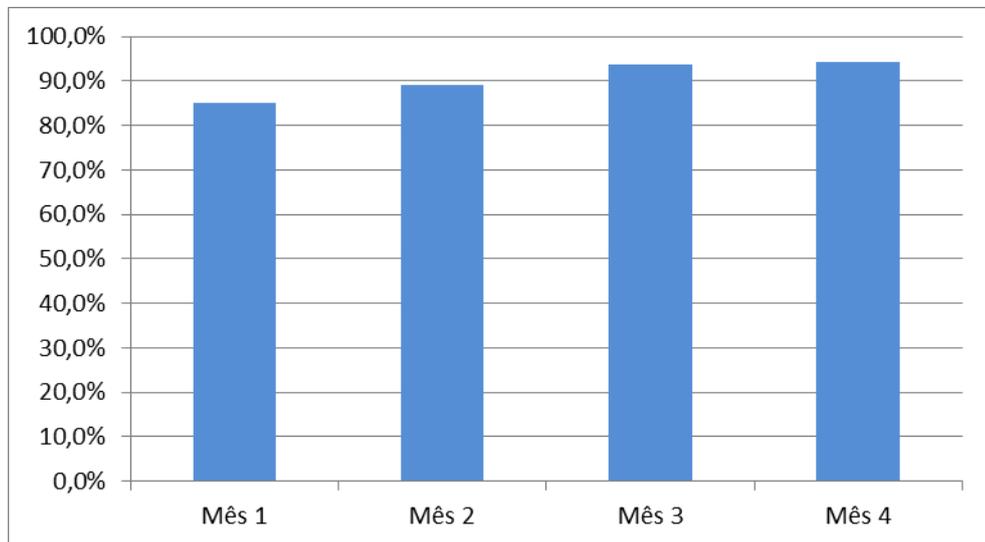


Figura 13: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

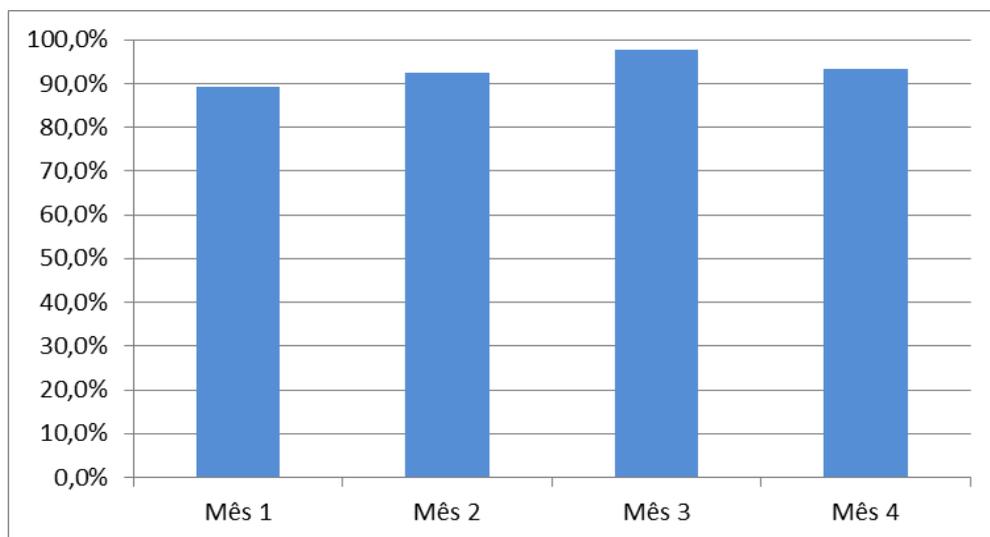


Figura 14: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Devido aos problemas de gestão e falta de comprometimento dos gestores, um dos maiores problemas encontrados durante esse período de intervenção foi à falta do profissional odontólogo para atender dedicadamente na UBS, e por esse motivo a população tinha assistência à saúde bucal apenas uma vez na semana, sendo obrigada a se deslocar até a UBS da sede. Por esse motivo, não foi possível atingir a meta estabelecida de garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos. No primeiro mês a proporção de hipertensos que teve avaliação odontológica foi de 25,9% (14 usuários); no segundo mês foi de 28,8% (21 usuários); no terceiro foram 39,7% (31 usuários); e 33,7% (29 usuários) no quarto mês (*Figura 15*). Quanto a população diabética, no primeiro mês 17,9% (5 usuários) tiveram avaliação odontológica; no segundo mês 30% (12 usuários); no terceiro esse quantitativo foi de 33,3% (14 usuários); e no quarto mês essa proporção alcançou 40% (18 usuários) (*Figura 16*).

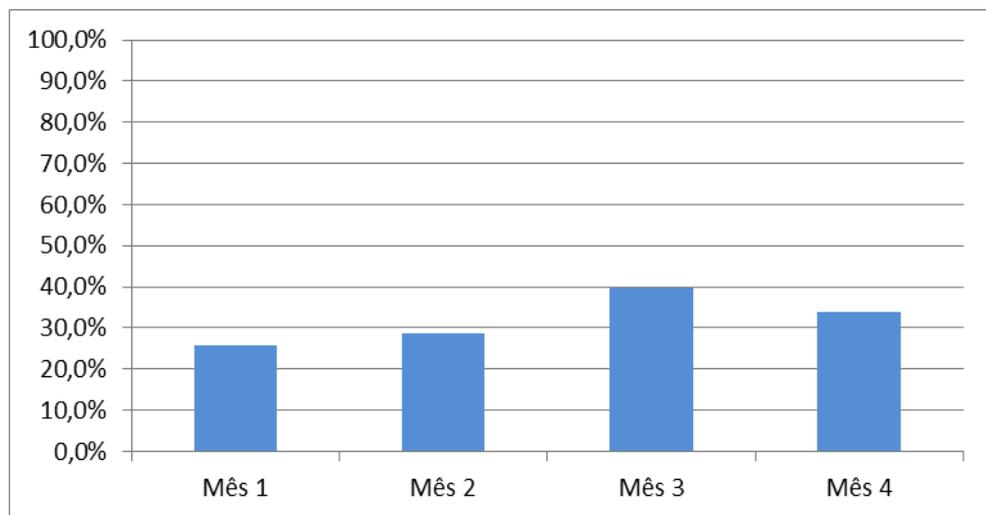


Figura 15: Proporção de hipertensos com avaliação odontológica

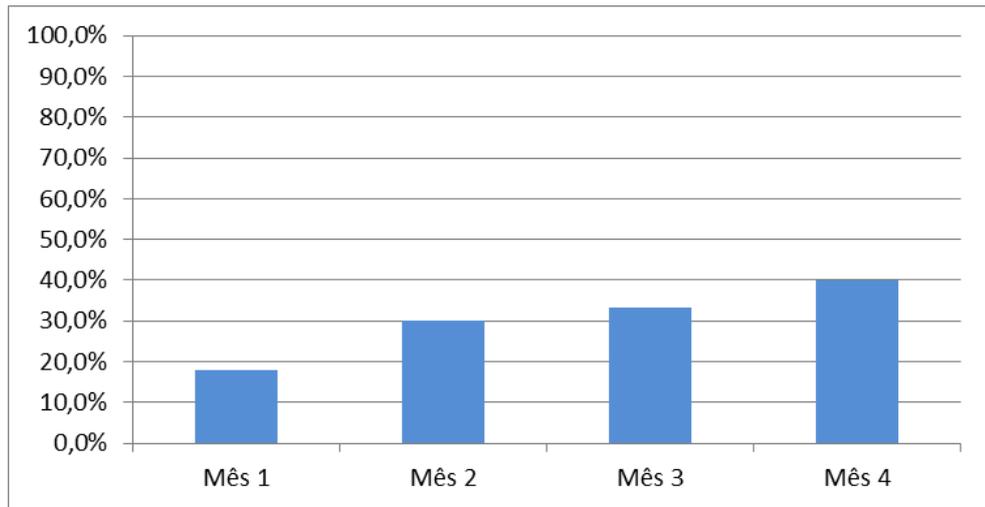


Figura 16: Proporção de diabéticos com avaliação odontológica

Foi estabelecida a meta de garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos. Por se tratarem de orientações simples e básicas, eram ofertadas em praticamente todos os contatos com os usuários, durante as consultas e em grupos pelo próprio enfermeiro, algo que já era rotina na unidade. Dessa forma, foi possível alcançar o indicador de 100% em todos os meses, atendendo 54 usuários hipertensos no primeiro; no segundo mês 73 usuários; no terceiro mês a 78 usuários; e no quarto mês 86 usuários hipertensos. E em relação à população diabética, no primeiro mês essas ações foram ofertadas a 28 usuários; no segundo mês a 40 usuários; a 42 usuários no terceiro mês; e no quarto mês 45 usuários.

Em relação à meta de garantir orientação referente à prática de atividade física regular a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos, foi verificado através dos indicadores que no primeiro mês a proporção de hipertensos que receberam essa orientação foi de 92,6% (50 usuários); no segundo mês foi de 97,3% (71 usuários); no terceiro mês chegou a 96,2% (75 usuários); e 96,5% (83 usuários) no quarto mês (*Figura 17*). Quanto à população diabética, no primeiro mês 89,3% (25 usuários) tiveram orientação em relação à prática de atividade física regular; no segundo 100% (40 usuários); no terceiro 97,6% (38 usuários); e 97,8% (44 usuários) no quarto mês (*Figura 18*). Percebe-se que em alguns meses não foi alcançada a meta de 100%, pois alguns usuários, principalmente os com idade mais elevada, eram acamados, debilitados, tinham alguma restrição física, sequelas de AVE e outros fatores que dificultavam ou até mesmo impossibilitavam de praticar atividades físicas, sendo mais recomendável uma avaliação fisioterapêutica, por esse motivo,

somente esses usuários não receberam orientações quanto à prática de atividades físicas regularmente. É importante ressaltar que essas orientações também já eram ofertadas como rotina, principalmente pelo enfermeiro a todos os usuários na unidade.

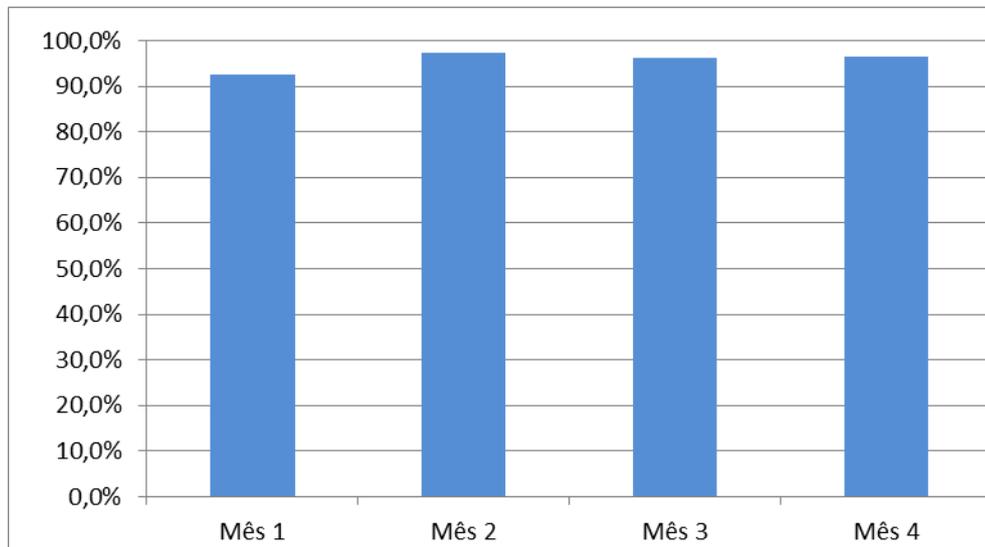


Figura 17: Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular

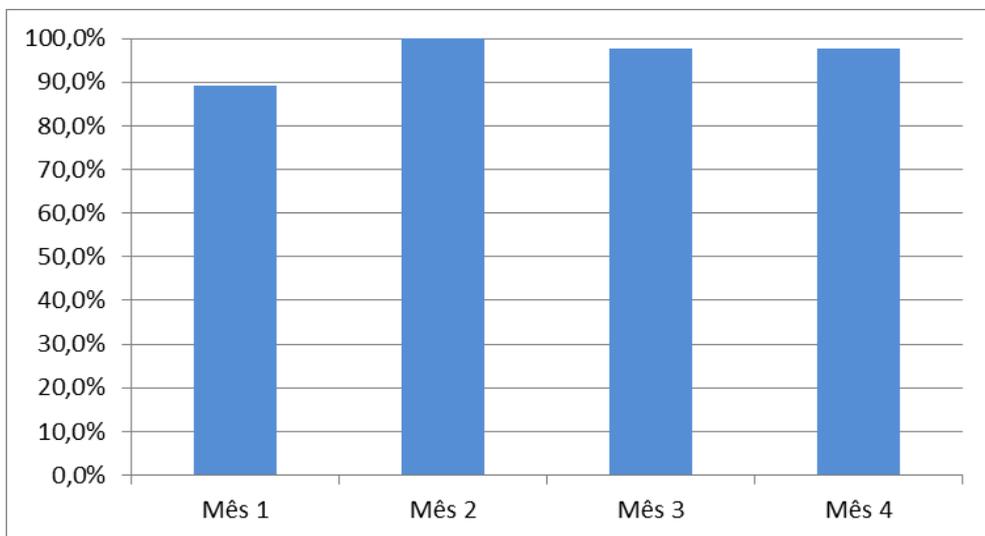


Figura 18: Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular

Por fim, foi estabelecido também como meta, garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos. Foi possível alcançar essa meta de 100% em todos os meses de intervenção devido ao fato de serem orientações básicas e que já eram ofertadas como rotina na UBS, principalmente pelo enfermeiro durante as consultas individuais e nas ações

educativas em grupo. Nesse sentido, no primeiro mês essa orientação foi ofertada para população hipertensa na proporção de 54 usuários; no segundo mês 73 usuários; no terceiro foram 78 usuários; e 89 usuários hipertensos no quarto mês. Para os diabéticos essa orientação foi ofertada no primeiro mês para 28 usuários; no segundo para 40 usuários; no terceiro a 42 usuários; e 45 usuários diabéticos no quarto mês. Infelizmente, mesmo com todas essas orientações e tentativa de conscientização dos riscos provocados pelo tabagismo, grande parte desses usuários afirmou ser tabagista desde a infância e que não pararia de fumar. Apesar da solicitação de medicamentos para “abandono do tabagismo” ao gestor municipal, o município não fornece suporte para esse tipo de intervenção.

## **4.2 Discussão**

As ações de intervenção realizadas na UBS do Povoado João Grande proporcionaram a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, bem como melhoria dos registros e na assistência prestada a essa população, por meio de ações educativas em grupos, buscas ativas e classificação do risco cardiovascular.

Dentre os principais benefícios alcançados com a intervenção, destaca-se a capacitação da equipe frente às recomendações e protocolos do MS relacionadas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão e diabetes na população assistida. Esta atividade possibilitou também um trabalho integrado, sistematizado e harmônico entre os profissionais da equipe, em que cada integrante tinha suas atribuições específicas, como no caso dos ACS que agendavam as consultas por micro área e ajudavam nas buscas ativas, a recepcionista ajudava no acolhimento e separação dos prontuários e registros, a técnica de enfermagem que aferia os sinais vitais e ajuda o enfermeiro na realização da triagem, na verificação das medidas antropométricas e nos registros dos dados, e as consultas clínicas eram realizadas exclusivamente pelo enfermeiro e pelo médico.

Antes de iniciar as ações de intervenção na unidade, a assistência aos portadores de hipertensão e diabetes era realizada de forma aleatória, sem seguir

na íntegra as preconizações do MS, sendo que na maioria das vezes os usuários só compareciam para verificar a PA e renovar os receituários para poderem pegar os medicamentos na farmácia do povo, e os casos mais graves de hipertensão ou diabetes descompensada eram concentrados ao médico. A intervenção garantiu mais responsabilidade da equipe no cumprimento de suas atribuições para viabilizar um maior quantitativo de pessoas atendidas.

A melhoria adquirida nos registros e no agendamento dos hipertensos e diabéticos foi de suma importância para diminuição da demanda espontânea, para realização das buscas ativas e para priorização no atendimento dos usuários classificados como alto risco.

Mesmo de forma sucinta, já é possível perceber o impacto da intervenção na comunidade, pois os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a melhoria assistencial e com a prioridade nos atendimentos, inclusive estão mais comprometidos em aderir o tratamento e as recomendações dadas pela equipe. No entanto, alguns usuários ainda questionam o motivo da demora entre uma consulta e outra, mostrando-se insatisfeitos em aguardarem na sala de espera, pois muitos ainda não compreendem o motivo da priorização no atendimento.

Apesar da ampliação significativa na cobertura do programa, ainda é perceptível um número elevado de hipertensos e diabéticos sem cobertura, com exame clínico atrasado e sem cadastro no HIPERDIA. Proporcionar uma maior cobertura a essa população é uma tarefa que devemos alcançar com o prosseguimento das ações desenvolvidas na rotina de trabalho na unidade nos próximos meses.

A intervenção poderia ter sido facilitada se o gestor municipal tivesse cumprido com as promessas de atender as solicitações para regularizar a unidade como ESF, com a presença de profissional médico e odontólogo atendendo exclusivamente na equipe, bem como contratação de mais um técnico de enfermagem e oferecer transporte adequado para realizar as visitas domiciliares, no entanto essas são tarefas que fico impossibilitado de intervir. Dentre as ações, poderia ter sido melhorado logo no início, ou seja, desde a análise situação, um maior engajamento público, bem como maior articulação com a comunidade para discutir sobre a implementação do projeto, as melhorias que seriam alcançadas, o processo de priorização dos atendimentos e demais benefícios. Mesmo com essas

dificuldades, percebe-se que a equipe permanece comprometida e integrada com as ações, que por sua vez, já estão sendo incorporadas à rotina do serviço na unidade.

A intervenção poderia ter ocorrido com mais facilidade se desde os preparativos iniciais e na análise situacional, houvesse uma discussão de forma mais sistemática com a equipe sobre as atividades que vinha desenvolvendo, acatando ideias, críticas e opiniões para que juntos pudéssemos oferecer uma assistência ainda melhor para a comunidade. Percebo que necessitou também de mais articulação com a comunidade para explicar sobre as mudanças na rotina da assistência, como a necessidade de uma consulta mais demorada para realizar as ações de acordo com as recomendações do MS e os critérios para priorização da atenção, evitando assim, insatisfação e reclamações de alguns, e inclusive, analisar as maneiras de implementar as ações conforme suas peculiaridades e recursos disponíveis.

Como ressaltado, as ações de intervenção já estão sendo incorporadas à rotina do serviço, para isso, houve a necessidade de se fazer alguns reajustes no quantitativo de dias destinados a assistência aos hipertensos e diabéticos para não comprometer as demais ações desenvolvidas na unidade.

Percebe-se que alguns indicadores apontam a necessidade de melhorias em algumas metas, por esse motivo, nos empenharemos mais nas buscas ativas e no monitoramento das ações desenvolvidas.

A partir dos próximos meses, quando segundo informações do gestor municipal, teremos a unidade regularizada, com a contratação dos profissionais e demais recursos, poderemos ampliar ainda mais a cobertura da assistência prestada a essa população, e atender de forma satisfatória todos os programas da Atenção Básica conforme as recomendações do MS.

### **4.3 Relatório da intervenção para gestores**

Venho por meio deste relatório, ressaltar a Vossa Senhoria dos benefícios alcançados com a implementação do projeto de intervenção do Curso de Especialização em Saúde da Família da UFPEL, voltado à assistência aos usuários

hipertensos e diabéticos, iniciado no dia 20 de setembro de 2013 e concretizado em 23 de janeiro de 2014 na UBS do Povoado João Grande.

A UBS do Povoado João Grande é mantida pela Secretaria Municipal de Saúde de Ajustina, e atualmente funciona como PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), contando com uma equipe formada por 11 ACS, com serviços de enfermagem todos os dias ofertados pelo enfermeiro e pela técnica de enfermagem, e atendimento médico uma ou duas vezes semanais.

Durante todo o período de intervenção, foi enfatizado o monitoramento do número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS, realizado o rastreamento daqueles que estavam faltosos ou que ainda não tinham sido cadastrados, atendimentos clínicos pautados nas recomendações do MS, buscas ativas dos hipertensos e diabéticos faltosos, cadastramento de usuários no programa HIPERDIA e realização de visitas domiciliares.

A grande maioria das ações de intervenção foi realizada de forma harmoniosa e sem intercorrências. No entanto, houve a presença de alguns empecilhos que dificultaram atender as recomendações do MS, como o descumprimento em não ter regularizado a UBS como Estratégia Saúde da Família (ESF), pois todos nós sabemos que a ESF prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua. A equipe se deparou também com problemas relacionados à falta de materiais e de recursos, como a insuficiência das tiras reagentes para realizar teste de glicemia capilar, falta de algumas medicações necessárias na farmácia básica, dificuldade de acesso ao transporte exclusivo para deslocar os profissionais nos horários estabelecidos às comunidades e realização de visitas domiciliares, tendo em vista a longa permanência do automóvel na oficina mecânica por apresentar defeitos, dificuldades dos usuários em conseguirem gratuitamente a realização dos exames de rotina solicitados durante as consultas, falta de profissional odontólogo na UBS e médico todos os dias.

Mesmo diante das dificuldades deparadas ao longo do período de intervenção, não restam dúvidas do quanto foi proporcionado melhorias para a qualidade de vida da população hipertensa e diabética residente na área de abrangência da UBS do Povoado João Grande. Ao preencher e analisar a planilha

de coleta de dados semanalmente (*Anexo II*), foi possível perceber as melhorias nos indicadores gradualmente, pois no primeiro mês a cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS foi de 30,5% e no segundo mês aumentou para 41,2%, atingindo 44,1% no terceiro e 48,6% no quarto mês. Paralelamente, a cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS também aumentou, pois no primeiro mês foi de 29,2%, no segundo mês 41,7%, chegando a 43,8% no terceiro e 46,9% no quarto mês de intervenção.

Dessa forma, ressalto que com a regularização da UBS e satisfazendo as solicitações necessárias, a população da comunidade assistida tende ainda mais a se beneficiar com um serviço de saúde melhor. Lembrando que a atenção primária deve ser fortalecida e adequadamente estruturada para torna-se fundamental na organização dos sistemas de saúde, e atender os princípios constitucionais que estabelecem a saúde como direito de todos e dever do Estado para a redução do risco de agravos e buscando o acesso universal e igualitário por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

#### **4.4 Relatório da intervenção para comunidade**

Este Relatório visa relatar para a comunidade como foi desenvolvido o Projeto de Intervenção realizado pelo enfermeiro Manoel Messias S. Alves, na UBS do Povoado João Grande, zona rural do município de Ajustina-BA. Não temos dúvidas do quanto esse projeto de intervenção trouxe melhoria a saúde da comunidade, principalmente da população hipertensa e diabética. Infelizmente, percebemos ainda o quanto há necessidade melhorar ainda mais os serviços de saúde prestados na UBS, mas ao analisar como era a situação vivenciada anteriormente, sem médico e enfermeiro, somente com os agentes de saúde, é possível perceber o quanto nos empenhamos para poder ofertar uma assistência cada vez melhor a toda comunidade.

Foi muito bom contar com a participação e colaboração de vocês. Saibam que vocês foram peça fundamental para realização desse projeto e alcançar melhoria na rotina de trabalho no posto de saúde. Parabênzo a todos que se

mostraram presentes nas reuniões em grupo, que aceitaram e seguiram as recomendações ofertadas pela equipe. Agora todo mundo tem seus dados registrados de maneira correta para facilitar um melhor acompanhamento da saúde de vocês.

Foi possível perceber o quanto o trabalho dos agentes de saúde se mostrou importante para que pudéssemos realizar as buscas ativas e fazer visitas domiciliares para aqueles que necessitavam mais. Hoje todos vocês estão cadastrados no programa do governo sobre pressão alta e diabetes, e podem receber seus medicamentos mensalmente sem dificuldades. É possível perceber também as melhorias nos indicadores de saúde da unidade, pois houve um importante aumento da cobertura do programa de atenção ao hipertenso e diabético na UBS, consultas de acordo com as normas do MS, disponibilização de maior quantidade de exames laboratoriais, e demais benéficos.

Durante essas 16 semanas de intervenção, foram desenvolvidas várias ações na UBS e comunidade, entre elas podemos citar:

- ✓ Monitoramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos quanto ao cadastramento no Programa HIPERDIA e registro atualizado no prontuário;
- ✓ Cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos com avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso na planilha para a coleta de dados;
- ✓ Acompanhamento dos indicadores digitados nas planilhas;
- ✓ Formação de grupo para educação em saúde;
- ✓ Mobilização dos usuários hipertensos e/ou diabéticos e familiares para a participação das palestras em grupos;
- ✓ Realização de atividades educativas voltadas para a melhoria da adesão ao tratamento medicamentoso;
- ✓ Realização de buscas-ativas e visitas domiciliares.

Graças à participação de vocês juntamente com a equipe, o usuários mais necessitados conseguiram realizar os exames de graça, e apesar de ainda não estar sendo ofertados a todos, pelo menos muitos ainda tiveram tratamento com o dentista. Gostaria de continuar contando com o apoio de vocês nesse ano de 2014, quando a gente for novamente solicitar ao prefeito e ao secretário que a UBS tenha médico e dentista, pelo menos três a quatro dias durante a semana, bem como medicamentos e demais recursos para todos.

Fico muito feliz quando percebo a satisfação de vocês com as consultas e com o atendimento de toda a equipe, nós estamos aqui para poder tratá-los bem e buscar o melhor para a comunidade. Principalmente com as participações de vocês em reuniões e em rodas de conversa, discutindo e questionando sobre as orientações.

Mesmo diante das dificuldades percebidas nesse período, não resta dúvida do quanto foi gratificante trabalhar com vocês e poder oferecer a todos um atendimento digno como vocês merecem. Sabemos que essas ações trouxeram mais melhorias na qualidade de vida da população hipertensa e diabética da comunidade.

## **5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM**

Confesso que a princípio fiquei surpreso em ser selecionado para este curso de Especialização em Saúde da Família ofertado pela UFPEL em parceria com a Universidade Aberta do SUS, que apesar da preocupação em poder concluí-lo fiquei muito feliz. Inicialmente, o meu objetivo principal era adquirir minha qualificação profissional, no decorrer das primeiras semanas de ambientação comecei a compreender o Projeto Pedagógico do curso e a interagir através do Ambiente Virtual de Aprendizagem com minha orientadora Maria Aparecida Gonçalves de Melo Cunha e demais colegas nos fóruns de debates, algo bastante motivador e que me deixou ciente da importância de me dedicar aos estudos propostos e realização das atividades.

Foi muito gratificante poder compartilhar experiências e aprendizados com os colegas. Muitos dos temas e materiais trabalhos foram aproveitador por mim inclusive nas reuniões com a equipe da UBS em que trabalho.

No decorrer dos meses percebi que concluir de forma satisfatória essa especialização, seria uma tarefa árdua, pois tive dificuldade em conciliá-la com o trabalho, outra especialização e fatores pessoais. No entanto, a dificuldade maior em prosseguir realizando a especialização ocorreu na fase final, já na implementação do projeto de intervenção na UBS, em que o gestor municipal não cumpriu o combinado em regularizar a unidade como ESF, dificultando as ações e o alcance das metas estabelecidas, sei que poderia ter feito muito mais pela comunidade, mas diante dos resultados alcançados, mesmo com esses empecilhos, considero satisfatória a realização da intervenção e o meu aprendizado.

Não tenho dúvidas do quanto o curso de Especialização em Saúde da Família da UFPEL foi importante para a minha prática profissional, no qual pude adquirir novos conhecimentos voltados a Atenção Básica, sobretudo na ESF e a oportunidade de por em prática esse aprendizado, trazendo benéficos para a UBS, com melhorias na rotina do processo de trabalho, ofertando uma assistência melhor não apenas aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, mas sim todos os demais acompanhados na área de abrangência da comunidade João Grande.

Dentre os aprendizados mais relevantes, destacam-se a análise situacional, juntamente com o planejamento das ações em saúde, o conceito e organização da demanda espontânea na ESF, a organização do processo de trabalho dos membros da equipe, a sistematização da assistência dos serviços da Atenção Básica, elaboração, implementação e avaliação de projetos. Durante todo esse período, foi possível compreender que as ações em saúde devem ser programadas, fundamentadas e baseadas de acordo com as necessidades da população assistida para poder identificar seus condicionantes e determinantes do processo saúde-doença.

## 6. REFERÊNCIAS

BOFF, Leonardo. **Saber Cuidar: ética do humano - compaixão pela Terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, n. 19, 192 p. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações da Atenção Básica -SIAB**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>. Acesso em: 07 set. 2013.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIUSTI, Carmen Lúcia Lobo et. al. **Teses, dissertações e trabalhos acadêmicos: manual de normas da Universidade Federal de Pelotas**. Pelotas, 2006.

GOULART, Flavio A. de Andrade. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde**. Organização Pan-

Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

IBGE, Inst. Brasileiro de Geog. e Estatística. **Censo Demográfico 2013**. Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=290035&search=bahia|a dustina>>. Acesso em: 13 abr. 2013.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Maria de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MENDES, E. V. **Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde – Representação Brasil. **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes**. Brasília: OPAS, 2010.

ROACH, Sally S. **Introdução à enfermagem gerontológica**; Tradução: Ivone Evangelista Cabral e Marcia Tereza Luz Lisboa. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

SANTOS, José Wilson dos; BARROSO, Rusel Marcos B. **Manual de Monografia da AGES: graduação e pós-graduação**. Aracaju: Sercore, 2011.

ZAMPIERI, M. F. M. et al. **Enfermagem na Atenção primária à Saúde – textos Fundamentais – Série Atenção Primária à Saúde – v. 2**. Florianópolis: UFSC/NFR, 2005.





## II – Planilha de coleta de dados (planilha eletrônica)

Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está cadastrado no Programa HIPERDIA?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamento?	Todos os medicamentos da lista do Hipertido ou do Farmácia Popular?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente realizou avaliação odontológica?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre o risco do tabagismo?
de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	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
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	
22																	
23																	
24																	
25																	
26																	
27																	
28																	

FB\_U2\_S8\_Planilha\_Dados\_Lys\_10092013.xls [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

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

Calibri | 11 | A A | Quebrar Texto Automaticamente | Mesclar e Centralizar

Área de Transferência | Fonte | Alinhamento | Número | Formatação Condicional | Formatar como Tabela | Estilos de Célula | Inserir | Excluir | Formatar | Classificar e Filtrar e Selecionar | Localizar e Edição

INDICADORES																
		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	
1.1	<b>Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde</b> Numerador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS Denominador: Número total de residentes com 20 anos ou mais na área de abrangência da unidade de saúde	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.2	<b>Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde</b> Numerador: Número total de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS Denominador: Número total de residentes com 20 anos ou mais na área de abrangência da unidade de saúde	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2.1	<b>Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa</b> Numerador: número de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram às consultas	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2.2	<b>Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa</b> Numerador: número de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram às consultas	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3.1	<b>Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo</b> 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	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3.2	<b>Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo</b> Numerador: número de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3.3	<b>Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo</b> Numerador: número de hipertensos com exames complementares periódicos em	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3.4	<b>Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo</b> Numerador: número de diabéticos com exames complementares periódicos em	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Pronto | Orientações | Dados da UBS | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 | Indicadores | 60%

## III – Formulário de cadastramento no HIPERDIA



**MS – HIPERDIA**  
**PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO**  
**À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS**

**1.ª Via: Enviar para digitação**  
**CADASTRO DO HIPERTENSO**  
**E/OU DIABÉTICO**

Nome da Unidade de Saúde (*)		Cód. SIA/SUS (*)		Número do Prontuário					
<b>IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO (*)</b>									
Nome (com letra de forma e sem abreviaturas)			Data Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
Nome da Mãe (com letra de forma e sem abreviaturas)			Nome do Pai						
Raça/Cor (TV)	Escolaridade (TV)	Nacionalidade <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira	País de Origem		Data Naturalização				
Nº Portaria	UF Munic. Nasc.	Nome Munic. Nascimento	Sit. familiar/Conjugal (TV)	Nº Cartão SUS					
<b>DOCUMENTOS GERAIS</b>									
Título de Eleitor	Número	Zona	Série						
CTPS	Número	Série	UF	Data de Emissão / /					
CPF	Número	PIS/PASEP	Número						
<b>DOCUMENTOS OBRIGATORIOS (**)</b>									
Identidade  Certidão (TV)	Número	Complemento	Órgão (TV)	UF	Data de Emissão / /				
	Tipo	Nome do Cartório			Livro				
	Folha	Termo			Data de Emissão / /				
<b>ENDEREÇO (*)</b>									
Tipo Logradouro	Nome do Logradouro			Número	Complemento				
Bairro	CEP		DDD	Telefone					
<b>DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE</b>									
Pressão Arterial Sistólica (*)	Pressão Arterial Diastólica (*)	Cintura (cm)		Peso (kg) (*)					
Altura (cm) (*)	Glicemia Capilar (mg/d)		<input type="checkbox"/> Em jejum	<input type="checkbox"/> Pós prandial					
Fatores de risco e Doenças concomitantes		Não	Sim	Presença de Complicações		Não	Sim		
Antecedentes Familiares - cardiovasculares				Infarto Agudo Miocárdio					
Diabetes Tipo 1				Outras coronariopatias					
Diabetes Tipo 2				AVC					
Tabagismo				Pé diabético					
Sedentarismo				Amputação por diabetes					
Sobrepeso/Obesidade				Doença Renal					
Hipertensão Arterial									
<b>TRATAMENTO</b>									
Não Medicamentoso: <input type="checkbox"/>									
Medicamentoso									
Tipo		Comprimidos/dia						Unidades/dia  Insulina <input type="text"/>	
		1/2	1	2	3	4	5		6
Hidroclorotiazida 25mg									
Propranolol 40mg									
Captopril 25mg									
Glibenclamida 5mg									
Metformina 850 mg									
Outros <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO									
Data da Consulta (*)		Assinatura do Responsável pelo atendimento (*)							

Legenda: (\*) Campos obrigatórios, com exceção: nome pai; data naturalização e nº portaria, se nacionalidade brasileira (nascido no Brasil); complemento, DDD e telefone. (\*\*) Pelo menos um dos documentos é obrigatório. TV = Tabela no verso do formulário.

## IV – Termo de consentimento livre e esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**Departamento de Medicina Social**  
**Curso de Especialização em Saúde da Família**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** **(Resolução 196/96 do Ministério da Saúde)**

Estamos apresentando ao Sr.(a) o presente termo de consentimento livre e esclarecido, informado caso queira e concorde em participar de nosso projeto de intervenção, aos usuários da UBS do Povoado João Grande, que tem como objetivo **Melhorar a atenção a saúde dos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na área de abrangência da UBS do Povoado João Grande, em Adustina-BA**. Solicitando sua autorização para observação, entrevista, aplicação de questionários referentes às etapas de coleta de dados do estudo e divulgação de dados.

Garantimos que as informações colhidas serão destinadas apenas para o objeto de estudo. Caso tenha disponibilidade e interesse em participar como sujeito deste estudo, autorize e assine o consentimento abaixo:

*Pelo presente consentimento livre e informado, declaro que fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo.*

*Fui igualmente informado(a) da garantia de: solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos, do livre acesso aos dados e resultados; da liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo.*

*Enfim, foi garantido que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.*

**LOCAL/DATA:** \_\_\_\_\_

**ASSINATURA DO PARTICIPANTE:** \_\_\_\_\_

**OBS:** Qualquer dúvida em relação à pesquisa entre em contato com:

• **Universidade Federal de Pelotas - UFPEL**

Av. Duque de Caxias 250. Bairro Fragata. Pelotas. RS. CEP: 96030-002.

Telefone/Fax: 53-32713031. E-mail: capsul@ufpel.edu.br

HomePage: <http://ufpel.edu.br/feo/capsul>

• **Enfermeiro: Manoel Messias Santos Alves**

E-mail: messyatys@hotmail.com

• **Orientadora: Maria Aparecida Gonçalves de Melo Cunha**

E-mail: saudebucalbruma@gmail.com

**V – Documento do comitê de ética****UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>Prof<sup>a</sup> Ana Cláudia 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.

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

# APÊNDICES

## Apêndice A – Ficha com escore de Framingham



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ADUSTINA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CONSULTA DE ENFERMAGEM-HIPERTENSÃO**



UBS DO POVOADO JOÃO GRANDE		
1. Nome:	2. Religião:	3. Profissão:
4. Data de Nascimento: / /	5. Idade: anos	
6. Cor: _____	7. Escolaridade: _____	8. Estado Civil: _____
9. Origem/Naturalidade:		Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Endereço:		Microárea:
Cidade:		ACS:
Área:		Bairro:
Enfermeiro:		Renda Familiar:

### AVALIAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR

**ETAPA 1**

IDADE	pontos
Anos	
30-34	-1
35-39	0
40-44	1
45-49	2
50-54	3
55-59	4
60-64	5
65-69	6
70-74	7

LDL-colesterol	mg/dl	pontos
≤100		-3
100-129		0
130-159		0
160-169		1
≥190		2

HDL-colesterol	mg/dl	pontos
<35		2
35-44		1
45-49		0
50-59		0
≥60		-1

Pressão Arterial	Sistólica	Diastólica	pontos			
	<80	80-84	85-89	90-99	>100	
<120	0	0	1	2	3	
120-129	0	0	1	2	3	
130-139	1	1	1	2	3	
140-159	2	2	2	2	3	
≥160	3	3	3	3	3	

**ETAPA 2**

Soma dos pontos						
Idade	LDL-C	HDL-C	Pressão arterial	Diabetes	Tabagismo	TOTAL

**ETAPA 3**

Total Pontos	Risco ECV 10 anos
≤3	1%
4	2%
5	3%
6	4%
7	6%
8	9%
9	11%
10	14%
11	18%
12	22%
13	27%
14	33%
15	40%
16	47%
17	56%

**ETAPA 1**

IDADE	pontos
Anos	
30-34	-9
35-39	-4
40-44	0
45-49	3
50-54	6
55-59	7
60-64	8
65-69	8
70-74	8

LDL-colesterol	mg/dl	pontos
≤100		-2
100-129		0
130-159		0
160-169		2
≥190		2

HDL-colesterol	mg/dl	pontos
<35		5
35-44		2
45-49		1
50-59		0
≥60		-2

Pressão Arterial	Sistólica	Diastólica	pontos			
	<80	80-84	85-89	90-99	>100	
<120	0	0	0	2	3	
120-129	0	0	0	2	3	
130-139	0	0	0	2	3	
140-159	2	2	2	2	3	
≥160	3	3	3	3	3	

**ETAPA 2**

Soma dos pontos						
Idade	LDL-C	HDL-C	Pressão arterial	Diabetes	Tabagismo	TOTAL

**ETAPA 3**

Total Pontos	Risco ECV 10 anos
≤2	1%
3	2%
4	3%
5	4%
6	5%
7	6%
8	8%
9	9%
10	11%
11	15%
12	15%
13	17%
14	20%
15	24%
16	27%
17	32%

Escore de Framingham para homens  
Fonte: Ministério da Saúde

Escore de Framingham para mulheres  
Fonte: Ministério da Saúde

Idade \_\_\_\_\_ LDL Colesterol \_\_\_\_\_ HDL Colesterol \_\_\_\_\_ PAS \_\_\_\_\_ PAD \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_ Tabagismo \_\_\_\_\_ Total \_\_\_\_\_

### CLASSIFICAÇÃO DA DRC

Estágio	Função Renal	Clcr (ml/min/1,73m²)
0	Grupo de risco: sem lesão renal Função Normal	≥90
1	Lesão renal (microalbuminúria, proteinúria), função preservada, com fatores de risco	≥90
2	Lesão renal com insuficiência renal leve	60-89
3	Lesão renal com insuficiência renal moderada	30-59
4	Lesão renal com insuficiência renal severa	15-29
5	Lesão renal com insuficiência renal terminal ou dialítica	<15

**Equação de Cockcroft- Gault**  

$$Ccr\ ml/in = \frac{(140 - idade) * peso * (0,85, se\ mulher)}{72 * Cr\ sérica\ (mg/dl)}$$

Cálculo:

**Apêndice B – Cartão para acompanhamento de HIPERDIA**

	<p style="text-align: center;"><b>ESTADO DA BAHIA</b>  <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE ADUSTINA</b>  <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b></p> <hr style="border: 1px solid blue;"/> <p style="text-align: center;"><i>USF do Pov. João Grande</i>  <b>Enf.º: Manoel Messias S. Alves</b></p> <p>Nome: _____          Data de Nascimento: ____/____/____          End.: _____          ACS: _____          Micro área: _____</p> <p style="text-align: center; font-size: 24px; font-weight: bold;">Acompanhamento de HIPERDIA</p>  <p style="text-align: center;">Adustina-BA 2014</p>
---	---

Acompanhamento de HIPERDIA	Acompanhamento de HIPERDIA																																																																																																																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">DATA</th> <th style="width: 15%;">PA</th> <th style="width: 15%;">HGT</th> <th style="width: 15%;">Ass.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>/ /</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>Medicações: _____          _____          _____</p>	DATA	PA	HGT	Ass.	/ /				/ /				/ /				/ /				/ /				/ /				/ /				/ /				/ /				/ /				/ /				/ /				/ /				/ /				/ /				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">DATA</th> <th style="width: 15%;">PA</th> <th style="width: 15%;">HGT</th> <th style="width: 15%;">Ass.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>/ /</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>Medicações: _____          _____          _____</p>	DATA	PA	HGT	Ass.	/ /				/ /				/ /				/ /				/ /				/ /				/ /				/ /				/ /				/ /				/ /				/ /				/ /				/ /				/ /				/ /			
DATA	PA	HGT	Ass.																																																																																																																																		
/ /																																																																																																																																					
/ /																																																																																																																																					
/ /																																																																																																																																					
/ /																																																																																																																																					
/ /																																																																																																																																					
/ /																																																																																																																																					
/ /																																																																																																																																					
/ /																																																																																																																																					
/ /																																																																																																																																					
/ /																																																																																																																																					
/ /																																																																																																																																					
/ /																																																																																																																																					
/ /																																																																																																																																					
/ /																																																																																																																																					
/ /																																																																																																																																					
DATA	PA	HGT	Ass.																																																																																																																																		
/ /																																																																																																																																					
/ /																																																																																																																																					
/ /																																																																																																																																					
/ /																																																																																																																																					
/ /																																																																																																																																					
/ /																																																																																																																																					
/ /																																																																																																																																					
/ /																																																																																																																																					
/ /																																																																																																																																					
/ /																																																																																																																																					
/ /																																																																																																																																					
/ /																																																																																																																																					
/ /																																																																																																																																					
/ /																																																																																																																																					
/ /																																																																																																																																					
/ /																																																																																																																																					