

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma nº 7**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica  
e/ou Diabetes Mellitus na UBS Dona Belinha, Nossa Senhora de Nazaré/PI**

**Idneydis Perez Garcia**

**Pelotas, 2015**

**Idneydis Perez Garcia**

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica  
e/ou Diabetes Mellitus na UBS Dona Belinha, Nossa Senhora de Nazaré/PI**

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

Orientadora: Adrize Porto

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

G216m Garcia, Idneydis Perez

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Dona Belinha, Nossa Senhora de Nazaré/PI / Idneydis Perez Garcia; Adrize Rutz Porto, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

78 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Porto, Adrize Rutz, orient.  
II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho primeiramente a Deus por ser o responsável por todos meus atos, a minha mãe a quem devo tudo o que hoje eu sou, a minha irmã por não medir esforços para me ajudar, a meus filhos que apesar de estarem longe, estão sempre bem pertinho no meu coração, ao meu irmão para o qual eu sou exemplo, e a minha noiva por ser motivo da maior alegria de minha vida, amiga em todo momento e apoio fundamental para a conclusão deste trabalho.

## **Agradecimentos**

Agradeço a Deus por conceder-me a oportunidade maravilhosa de aprender a cada dia e poder ser útil a sociedade.

Agradeço a minha família pelo o apoio incondicional e por acreditar em mim.

A minha noiva Daniela por ser essa pessoa que eu amo, por compartilhar comigo cada momento da minha vida trazendo sossego e paz nos momentos difíceis, obrigado pelo amor e carinho.

Agradeço também aos professores que ao longo do curso dedicaram tempo para nos ensinar, pela paciência na hora da entrega das tarefas, pelo apoio, pelo incentivo e pela força.

A todos aqueles que de uma forma ou outra me ajudarem na realização deste trabalho, muito obrigado.

## Resumo

GARCIA, Idneydis Perez. **Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Dona Belinha, Nossa Senhora de Nazaré/PI.** 2015. 75f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A hipertensão arterial e diabetes mellitus são doenças com alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerados uns dos mais importantes problemas de Saúde Pública. As complicações cardiovasculares e renais são causa importante de morbimortalidade que geram altos custos econômicos. No município de Nossa Senhora de Nazaré, PI, a baixa cobertura desse grupo populacional é motivo de consulta de urgências por crises agudas em usuários com abandono do tratamento, usuários que não tinham sido diagnosticados e de outros que não tem dinheiro para necessidades do tratamento. Por tais motivos foi feito um projeto de intervenção desenvolvido no âmbito do curso de Especialização em Saúde da Família – EaD da Universidade Federal de Pelotas UFPel. As ações foram desenvolvidas em quatro eixos: Monitoramento e Avaliação; Organização e Gestão do Serviço; Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica. Teve como objetivo melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Dona Belinha, Nossa Senhora de Nazaré/PI. O projeto teve como instrumentos: planilha de coleta de dados; ficha-espelho, planilha de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações, elaboradas pela UFPel, disponíveis em anexos. Nossa população alvo está concentrada na zona urbana, apresenta baixa escolaridade, muitos possuem dificuldades financeiras para se deslocarem até a UBS por meio de transporte, não tendo um acompanhamento regular. Em relação aos faltosos, buscamos por meio de visitas domiciliares dos ACS. Também proporcionamos momentos de educação em saúde para esse grupo. Em consulta os usuários foram examinados e avaliados buscando a estratificação do risco cardiovascular, além disso, foram solicitados os exames laboratoriais de controle da hipertensão e/ou diabetes, posteriormente encaminhados para o NASF para consultas de nutrição, de orientação física, finalmente para consulta de odontologia para avaliação da saúde bucal. O maior resultado obtido foi o aumento do número de usuários cadastrados com hipertensão arterial de 311 para uma cifra de 324 e diabéticos de 89 para 97, garantindo o exame clínico para o 100% dos usuários, assim como a prescrição de medicamentos da farmácia popular o que melhorou a continuidade do tratamento. As principais dificuldades encontradas foram em relação a avaliação odontológica que finalizou o projeto com um 69,4% dos usuários avaliados, coincidindo a realização do projeto com as férias do profissional, entre outras dificuldades 153 usuários faltaram a consulta para um 47,2% pelo que foi feito a busca ativa obtendo assim o retorno do 100% dos casos. Na avaliação do risco cardiovascular o 100% dos usuários foram devidamente avaliados e encaminhados a consulta especializada, garantindo seu acompanhamento de rotina.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde; Saúde da família; Doenças crônicas não transmissíveis; Hipertensão; Diabetes Mellitus.

## Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico de Cobertura do Programa de atenção ao hipertenso na Unidade de Saúde Dona Belinha. Nossa Senhora de Nazaré/PI, 2015.....	49
Figura 2	Gráfico de Cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade de Saúde Dona Belinha. Nossa Senhora de Nazaré/PI, 2015.....	49
Figura 3	Gráfico de Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na Unidade de Saúde Dona Belinha. Nossa Senhora de Nazaré/PI, 2015.....	51
Figura 4	Gráfico de Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na Unidade de Saúde Dona Belinha. Nossa Senhora de Nazaré/PI, 2015.....	51
Figura 5	Gráfico de Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na Unidade de Saúde Dona Belinha. Nossa Senhora de Nazaré/PI, 2015.....	53
Figura 6	Gráfico de Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na Unidade de Saúde Dona Belinha. Nossa Senhora de Nazaré/PI, 2015.....	53
Figura 7	Gráfico de Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa na Unidade de Saúde Dona Belinha. Nossa Senhora de Nazaré/PI, 2015.....	54
Figura 8	Gráfico de Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa na Unidade de Saúde Dona Belinha. Nossa Senhora de Nazaré/PI, 2015.....	55
Figura 9	Gráfico de Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na Unidade de Saúde Dona Belinha. Nossa Senhora de Nazaré/PI, 2015.....	58
Figura 10	Gráfico de Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na Unidade de Saúde Dona Belinha. Nossa Senhora de Nazaré/PI, 2015.....	59

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

ACS -	Agente comunitário da Saúde
APS -	Atenção Primária de Saúde
CA -	Câncer
DM -	Diabetes Mellitus
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
HAS -	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF-	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS -	Organização Mundial da Saúde
OPAS -	Organização Pan-Americana da Saúde
UBS -	Unidade Básica de Saúde
UFPel -	Universidade Federal de Pelotas

## Sumário

Apresentação .....	8
1 Análise Situacional .....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	13
2 Análise Estratégica .....	15
2.1 Justificativa.....	15
2.2 Objetivos e metas.....	16
2.2.1 Objetivo geral.....	16
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	16
2.3 Metodologia.....	18
2.3.1 Detalhamento das ações .....	19
2.3.2 Indicadores .....	32
2.3.3 Logística.....	38
2.3.4 Cronograma .....	43
3 Relatório da Intervenção.....	47
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	47
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	48
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	49
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	49
4 Avaliação da intervenção.....	50
4.1 Resultados .....	50
4.2 Discussão.....	62
5 Relatório da intervenção para gestores .....	64
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	66
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	68
Referências .....	70
Anexos... ..	71

## **Apresentação**

Este é um volume de Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em Saúde da Família, da Universidade Federal de Pelotas, em parceria com Universidade Aberta do SUS. Trata-se de uma intervenção realizada no município de Nossa Senhora de Nazaré, Piauí, com objetivo de Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Dona Belinha. Está organizado em sete capítulos: Análise Situacional, Análise Estratégica, Relatório da Intervenção, Avaliação da intervenção, Relatório da intervenção para gestores e outro para a comunidade. O último capítulo traz a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

## **1 Análise Situacional**

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

Nossa Senhora de Nazaré é um município jovem, de 20 anos de emancipação, ainda em crescimento, com uma população total de 4.962 habitantes segundo últimos dados do IBGE. É atendido por duas equipe de saúde, equipe 1 que atende a zona urbana e 03 localidades do interior mais perto da cidade, constituído por 792 famílias, a maioria deles com baixos recursos e que utilizam Bolsa Família como sustento familiar. A equipe 2 que atende a zona rural e de difícil acesso, com 801 famílias com características similares aos núcleos familiares da cidade e periferias próximas. O atendimento é feito em consultas agendadas e de urgências, visitas domiciliares a usuários acamados com dificuldades de ir até a unidade de saúde. A equipe a qual é vinculado o médico do Programa mais médicos para o Brasil trabalha com reuniões irregulares, sem cronograma específico mensal e sem foco para o acompanhamento e monitoramento das doenças primárias. As doenças mais comuns em nossa área são doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes mellitus, cardiopatias, tumores, além das doenças agudas como acidentes de trânsito, doenças respiratórias agudas e doenças parasitárias. Vale ressaltar o alto grau de consumo de álcool de forma geral pela população, a ingestão de comidas gordurosas. É muito fácil constatar a escassa informação por parte dos usuários de sua doença, do tratamento e medidas higiênicas sanitárias adequadas, da evolução de complicações e do cuidado necessário. Outras dificuldades achadas ao longo de nosso trabalho é a impossibilidade de realizar pesquisas ativas de doenças crônicas e agudas. Os agentes comunitários de saúde, que ficam o dia trabalhando na área e não podem acompanhar a todos os usuários com pressão arterial alterada além da dificuldade do médico não poder visitar em

domicílio 100% de seus usuários. Ainda falta muito a fazer, implementar com urgência medidas objetivando melhorar nos serviços da saúde é um dos principais objetivos desse trabalho.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Nossa Senhora de Nazaré é um Município pequeno localizado ao norte do estado Piauí a 27 km de Campo Maior, emancipado há 20 anos apresenta um crescimento populacional lento, sua população oscila entre 4356 e 4960 pessoas, cifras que não são estáveis devido ao desemprego existente seus moradores que são praticamente obrigados a emigrar procurando emprego em outros lugares. O município conta com uma Unidade Básica de Saúde (UBS) na zona urbana e uma UBS na zona rural cada uma com suas respectivas Equipes Saúde da Família (ESF). Contamos com o apoio do NASF, mas ainda não temos o apoio do CEO. A atenção especializada, disponibilidade do serviço hospitalar e de exames complementares é péssima, com uma demora de dois meses para consulta e um mês para realizar exames de rotina. O município conta ainda com três ambulâncias duas delas na zona urbana e a outra na zona rural, além disso, temos um carro pequeno para os atendimentos domiciliares, curativos e em muitas ocasiões serve de transporte dos usuários para consultas com especialista e para os exames agendados fora do município.

A equipe é composta por um médico clínico geral, um enfermeiro, uma técnica em enfermagem, um odontólogo, um auxiliar em saúde bucal (ASB) e sete agentes comunitários de saúde (ACS)

A UBS Dona Belinha tem uma estrutura pequena formada por duas salas de atendimento médico e de enfermagem, uma sala de vacina, uma sala de odontologia acoplada a uma sala de esterilização, uma sala de curativos acoplada a uma farmácia, uma sala de espera onde só tem espaço para 13 pessoas, uma cozinha, dois banheiros, por ser um local pequeno não tem espaço para muitas pessoas, não tem uma sala para acolhimento, nem sala de reunião com ACS.

Outra deficiência que mais atrapalha o desenvolvimento do trabalho na UBS é a falta de companheirismo que tem os trabalhadores da unidade, ninguém sai de sua área para ajudar. Além de realizar reuniões da equipe, planejar o trabalho, realizar o cronograma, observa-se dificuldade em cumprir o cronograma, ainda

temos muita demanda espontânea e a triagem e o acolhimento não são feitas adequadamente. Em contrapartida, a gestão juntamente com ideias da equipe planeja ministrar treinamentos com temas como: ética médica, acolhimento e humanização na saúde.

A população da área de abrangência da equipe em estudo é de 2641 usuários, deles 1311 são do sexo masculino e 1330 são do sexo feminino, nossa equipe está adequada quantitativamente, ao tamanho da área adstrita, o que difere do Posto de Saúde que apresenta condições mínimas para o atendimento, como estratégia a gestão do município já está construindo uma nova UBS com previsão para entrega no próximo ano, bem mais ampla e como melhores condições para o trabalho.

O acolhimento é feito por profissionais de enfermagem onde verificam a pressão arterial, peso, temperatura e glicemia capilar, quando necessário, encaminhado posteriormente ao consultório de enfermagem ou médico, de acordo com a necessidade do usuário relatada durante o acolhimento. Tanto a demanda espontânea como também a demanda programada acontece no mesmo dia independentemente da queixa ou requerimento do usuário, igual acontece com as urgências e emergências, umas das medidas tomadas para superar essa dificuldade é cumprir com o cronograma de trabalho para minimizar o excesso da demanda espontânea.

Em relação à saúde da criança estamos apresentando o maior problema de atendimento, as mães só comparecem para consulta de pré-natal, nas palestras para as gestantes e nas práticas demonstrativas. As mães não tem costume de ir às consultas para entenderem a importância do atendimento à criança. Das 14 crianças menores de 1 ano cadastradas, só fazem seguimento regular com consultas agendadas apenas 8 (57,1%). O restante são mães adolescentes que relatam ser perda de tempo levar seu filho à consulta de acompanhamento porque sua criança esta normal e não apresenta doença, das 146 crianças de 1 a 4 anos de idade, somente 35 fazem o seguimento agendado (23,9%), resultados muitos desfavoráveis aos esperados, mudar essas condutas, evitar gravidez em adolescentes e convencer o resto das mães sobre a importância do atendimento no sentido de prevenção, são prioridades da equipe reforçando o compromisso para melhorar indicadores de desenvolvimento como índice de mortalidade infantil e materna. Nossa equipe trabalha com protocolos e registros, avaliando e monitorando

o atendimento, as atividades de educação em saúde, planejando ações que permitam atendimentos de qualidade a toda população.

Nossa maior conquista é na área da atenção pré-natal, temos 18 usuáries grávidas, sendo três adolescentes, duas maiores de 35 anos e duas com histórico de malformação congênita, no total 08 usuáries de alto risco obstétrico identificados e com seguimento no hospital de referência, todas as usuáries mantêm boa disciplina com relação ao atendimento, aos exames laboratoriais e as consultas com demais membros da equipe, trabalhamos com protocolos de atendimentos e temos registros de cada atividade realizada com o grupo das gestantes.

O programa de prevenção do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama foi feito o mutirão de combate contra o CA de colo de útero, palestras, exames de Papanicolau, atividades programadas pela equipe de saúde, organizadas e supervisionadas. Com a realização destas ações foram diagnosticadas 03 usuáries com câncer de colo de útero e uma usuária com câncer de mama, e além de ter acompanhamento médico especializado, tem acompanhamento médico na UBS para controle da medicação em uso. A busca dos faltosos é feita pelos ACS, sem seguir protocolo específico, mas o registro existe em livros que ficam na responsabilidade do enfermeiro da equipe.

Temos aumentado o atendimento de usuáries com doenças crônicas não transmissíveis, não só hipertensos e diabéticos, mas também outros como asma brônquica e epilepsia, consultas que por muitos motivos não tinham continuidade. Dentro dos aspectos positivos está na sistemática das consultas, ao seguir um protocolo para acompanhamento dessas consultas que permite fazer busca dos faltosos e monitoramento do uso das medicações.

Foi observada uma baixa cobertura para o programa de atenção aos usuáries com hipertensão e diabetes. Uma das dificuldades para o seguimento dos usuáries são os exames laboratoriais e consultas com outros especialistas que precisam avaliar usuáries diabéticos e hipertensos, como oftalmologistas que realizam exames importantes como fundo de olhos que ajudam no diagnóstico de complicações importantes muitas vezes são impossíveis para pessoas que não tem dinheiro.

Nazaré tem um alto índice de pessoas idosas, com complicações por doenças crônicas mal tratadas ou sem tratamento, pessoas que tem incapacidade para deslocar-se, motivo pelo que seus atendimentos médicos acabam sendo em casa,

isso trouxe como resultado perda da privacidade do usuário, porque na visita domiciliar esta toda a equipe, e por isso os usuários acabam não falando as verdadeiras queixas de saúde.

Até a data um dos maiores desafios já vivenciados são os atendimentos a usuários com hanseníase e tuberculose, usuários que deixaram de fazer tratamentos por múltiplas razões e o equipe teve que reavaliar e terminar o tratamento. Outras vivências importantes são os usuários com complicações da diabetes, como pé diabético, que muitas vezes terminam na amputação de um dedo ou de um membro. São muitas as experiências vividas e metas a alcançar. Acredita-se na intenção do Ministério da Saúde do Brasil, das boas intenções dos gestores municipais e do compromisso dos profissionais para melhorar a saúde do país.

A população tem aceitação das ações de saúde, as palestras, o mutirão de cuidados os usuários hipertensos e diabéticos e cuidados dos usuários idosos, ações programadas com intervenção da equipe multidisciplinar e com apoio do NASF, ainda falta muito a fazer para garantir uma atenção de ótima qualidade, e, sobretudo conscientizar aos trabalhadores da saúde que sua missão é cuidar, acompanhar e dar apoio a pessoas com incapacidades.

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

Observamos que a Atenção Primária preconiza atendimentos em diversos elos da saúde. É preciso promover, prevenir, curar como também reabilitar, reinserindo o usuário na sociedade se for necessário. Para se alcançar esse objetivo, possuir uma equipe estruturada e uma UBS em condições de trabalho são fatores fundamentais; a exemplo da experiência vivida, a equipe 1 da UBS D. Belinha apesar de completa, em relação ao quantitativo de profissionais exigido pelo MS, era preciso reorganizar processo de trabalho, detalhe primordial para iniciar o projeto. Foram feitas reuniões para se discutir análise situacional do município e posteriormente da área de abrangência da equipe, criar um cronograma para atendimentos dos grupos prioritários, redefinir funções e responsabilidades, envolver o próprio usuário no cuidado à sua saúde, como também mantê-lo mais informado através das palestras educativas foi o passo inicial das intervenções.

Observamos no decorrer do projeto que muitas doenças crônicas estavam subnotificadas, inclusive as que são foco do presente estudo, Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Todos estes agora acompanhados para controle do tratamento e mantendo medicação monitorada com a ajuda dos ACS que também contribuem com a redução das faltas às consultas e palestras educativas. A gestão mais envolvida com o trabalho por possuir mais conhecimento da situação de saúde do município, outro grande ganho do projeto.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus são doenças que afetam múltiplos sistemas no organismo e são responsáveis por um grande número de complicações: isquemias cerebrais, infarto do miocárdio, insuficiência renal crônica, amputações de membros, entre outras. A falta de medicamentos nas UBS, o desconhecimento da doença pela população e o descontrole no tratamento são os maiores problemas enfrentados pelos usuários, além das dificuldades geradas pela não aceitação da doença. (BRASIL, 2013<sup>a,b</sup>; GUIMARÃES, 2014)

Em nosso município constamos com uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com estrutura pequena. Temos duas equipes de ESF com apoio do NASF. Nossa equipe conta com um médico, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, oito ACS, um odontólogo, uma técnica em saúde bucal. A população estimada para nossa equipe é de 2.962 pessoas, delas temos cadastrados 311 hipertensos (33%) e 89 diabéticos (2,73%) com 20 anos ou mais de idade. A cobertura é baixa se temos em consideração as prevalências estimadas pela OPAS e OMS de 15% ao 40% da população adulta são hipertensos e de 10% ao 33% são diabéticos. Estudos epidemiológicos estimam prevalências de 40% a 50% da população adulta com mais de 40 anos, a prevalência da HAS no Brasil corresponde a mais de 30% da população, quanto aos sexos, a HAS acomete cerca de 37,8% dos homens e 32,1% das mulheres. (PASSOS, ASSIS, et al 2006)

Nossa população alvo está concentrada na zona urbana, apresentam baixa escolaridade, muitos possuem dificuldades financeiras para se deslocarem até a UBS por meio de transporte, não tendo um acompanhamento regular. Em relação aos faltosos, precisamos buscá-los por meio de visitas domiciliares dos ACS. Também devemos proporcionar momentos de educação em saúde para esse grupo.

Em consulta os usuários serão examinados e avaliados buscando a estratificação do risco cardiovascular, além disso, serão solicitados os exames laboratoriais de controle da hipertensão e/ou diabetes, posteriormente encaminhados para o NASF para consultas de nutrição, de orientação física, finalmente para consulta de odontologia para avaliação da saúde bucal.

Para a equipe é importante a realização da intervenção porque podemos diagnosticar maior número de usuários, tratá-los e acompanhá-los, reduzir o número de complicações cardiovasculares, neurológicas entre outras, e os óbitos por essas causas. O cuidado de forma geral é visto como um todo e de todas as áreas nos permitindo ter uma melhor avaliação de nossos usuários. Ainda, contamos com o apoio de nutricionista, psicólogo e fisioterapeuta. Nossa maior dificuldade é a busca ativa de casos ainda não cadastrados e de usuários que não aderem ao tratamento.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

O objetivo geral do projeto de intervenção será melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Dona Belinha, Nossa Senhora de Nazaré/PI. Deste objetivo, desdobram-se os seguintes objetivos e metas:

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

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

**Meta 1.1** Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;

**Meta 1.2** Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

**Meta 2.2** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **2.3 Metodologia**

Este é um projeto de intervenção a ser desenvolvido no âmbito do Curso de Especialização em Saúde da Família – EaD da Universidade Federal de Pelotas - UFPel. O projeto de intervenção tem como instrumentos: planilha de coleta de dados; ficha-espelho, planilha de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações, elaboradas pela UFPel, disponíveis em anexos. Dessa maneira, serão obtidos indicadores para monitorar o alcance das metas no intuito de melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF UBS Dona Belinha, Nossa Senhora de Nazaré/PI.

As ações serão desenvolvidas em quatro eixos: Monitoramento e Avaliação; Organização e Gestão do Serviço; Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica. Assim, o projeto de intervenção propõe melhorar a saúde, bem-estar e qualidade de vida dos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus por meio de ações integrais em saúde, observando os manuais desenvolvidos pelo Ministério da Saúde.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

A seguir, apresentam-se as ações e os detalhamentos das mesmas, de acordo com os eixos pedagógicos do curso de especialização:

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

**Meta 1.1: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde**

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

Ação: O médico vai monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde com uma avaliação semanal do desenvolvimento deste programa.

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

Ação: Os ACS semanalmente vão garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa incorporando os novos usuários cadastrados ao registro geral de HAS e DM já feito.

#### **Com relação à cobertura:**

##### ***Monitoramento e avaliação:***

Monitorar que se cumpra adequadamente o acolhimento de Hipertensos na UBS.

Monitorar que se cumpra adequadamente o acolhimento de Diabéticos na UBS.

Monitorar o cadastro adequado de usuários Hipertensos na UBS.

Monitorar o cadastro adequado de usuários Diabéticos na UBS.

**Detalhamento:** O monitoramento da cobertura de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa ocorrerá semanalmente através da revisão das fichas de

cadastro dos agentes comunitários de saúde, das fichas-espelho, dos prontuários de atendimento e da alimentação do banco de dados em planilha próprias para este fim e disponibilizada pelo curso de especialização.

***Na organização e gestão do serviço:***

Garantir o registro dos Hipertensos cadastrados no Programa.

Garantir o registro dos Diabéticos cadastrados no Programa.

Melhorar o acolhimento dos usuários Hipertensos na UBS.

Melhorar o acolhimento dos usuários Diabéticos na UBS.

Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial na unidade de saúde.

Garantir material adequado para realização de glicemia capilar na UBS.

**Detalhamento:** o acolhimento dos usuários ocorrerá a sua chegada à UBS, a técnica em enfermagem realizará a verificação da pressão arterial de cada usuário e o teste de glicemia capilar dos diabéticos, fará o registro dos hipertensos e diabéticos que ainda não estejam cadastrados além dos preenchimentos nas fichas de acompanhamentos, fichas espelhos e planilha eletrônica.

***Engajamento público:***

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos.

Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para Diabetes Mellitus em adultos.

Informar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de Hipertensão e Diabetes.

Informar a população sobre a importância do controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

**Detalhamento:** faremos reuniões nas comunidades com os líderes sociais, com os grupos de hipertensos e diabéticos semanalmente em comunidades diferentes, para informar sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, informaremos mediante palestras realizadas pela equipe sobre os principais sintomas das doenças, as complicações mais frequentes, sobre os fatores de riscos, sobre o tratamento e os cuidados de cada usuário. Além

disso, falaremos da importância do acompanhamento médico e de enfermagem, da necessidade do rastreamento da diabetes e a medição da pressão arterial.

***Qualificação da prática clínica:***

Capacitar à equipe no acolhimento dos usuários com Hipertensão e Diabetes Mellitus.

Capacitar os ACS na busca ativa de novos casos e daqueles que não estão realizando acompanhamento ou tratamento.

Ampliar o conhecimento da equipe sobre o programa de humanização a Hipertensos e Diabéticos.

**Detalhamento:** na primeira semana será realizado a capacitação da equipe de saúde pelos profissionais médico e enfermeiro, nos horários da reunião para ampliar o conhecimento sobre o Programa de Humanização a Hipertensos e Diabéticos, sobre o acolhimento desse grupo populacional e sobre a importância da busca ativa de novos casos e faltosos a consultas, para isso utilizaremos o Protocolo do ministério da Saúde, Caderno de Atenção Primária.

***Com relação a qualidade.***

**Objetivo 2. Para melhorar a qualidade da atenção a Hipertensos e Diabéticos.**

**METAS:**

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

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

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

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

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

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

2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

***Monitoramento e avaliação:***

Monitorar o acesso aos medicamentos da farmácia da UBS, para usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Monitorar a busca ativa de casos novos de Hipertensão e Diabetes.

Monitorar os usuários hipertensos que precisam de avaliação odontológica.

Monitorar os usuários diabéticos que precisam de avaliação odontológica.

Monitorar o preenchimento adequado da ficha espelho para usuários com Hipertensão Arterial.

Monitorar o preenchimento adequado da ficha espelho para usuários com Diabetes Mellitus.

**Detalhamento:** o monitoramento do acesso aos medicamentos da farmácia da UBS ocorrerá semanalmente assim como o monitoramento da busca ativa de casos novos e a avaliação dos casos que precisam de consultas odontológicas, utilizaremos os livros de entrega de medicamentos da farmácia e os livros de visitas dos ACS para obter esses dados.

***Na organização e gestão do serviço:***

Estabelecer cronograma com maior cobertura de atendimento para usuários com Hipertensão e Diabetes.

Garantir a busca ativa por parte dos ACS de casos novos de Hipertensão.

Garantir a busca ativa por parte dos ACS de casos novos de Diabéticos.

Garantir o exame físico geral de todo usuário Hipertenso.

Garantir o exame físico geral de todo usuário com Diabetes.

Garantir a prescrição de exames laboratoriais de todo usuário com Hipertensão Arterial.

Garantir a prescrição de exames laboratoriais de todo usuário com Diabetes Mellitus.

**Detalhamento:** a criação de um cronograma que de maior cobertura de atendimento aos usuários com hipertensão e diabetes será feito na primeira semana, será divulgado a população através de um carro de som e com o apoio dos ACS. Avaliaremos semanalmente a busca ativa por parte dos ACS de novos casos e dos faltosos, assim como o exame físico clínico geral de cada usuário e a prescrição de exames de laboratório preconizado pelo Protocolo.

***Engajamento público:***

Informar a comunidade sobre a importância do acompanhamento da Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus, divulgar a disponibilidade da medição da pressão arterial e do teste de glicemia capilar na UBS. Esclarecer sobre a importância da suplementação nutricional e atividade física saudável, assim como a importância da avaliação da saúde bucal.

Esclarecer sobre as complicações mais frequentes nas crises, a importância do tratamento medicamentoso, a realização do exame físico e clínico e exames de laboratório em busca de possíveis complicações, assim como do bem estar psíquico, físico e psicológico dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

**Detalhamento:** informaremos semanalmente a comunidade e grupos de hipertensos e diabéticos através de carros de som sobre a realização do acompanhamento na UBS do Programa de HIPERDIA, sobre a importância da atividade física saudável e práticas de alimentação saudáveis, assim como a avaliação da saúde bucal.

***Qualificação da prática clínica:***

Capacitar a equipe na medição da pressão arterial dos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes, na realização e interpretação do teste de glicemia capilar.

Ampliar o conhecimento sobre o Programa de Humanização e acolhimento deste grupo populacional.

Capacitar a equipe para realizar a busca ativa daqueles casos com Hipertensão e Diabetes que não fazem o tratamento medicamentoso.

**Detalhamento:** vamos realizar capacitação da equipe de saúde com a ajuda do médico e enfermeiro, semanalmente na medição da pressão arterial, na realização e interpretação do teste de glicemia capilar, assim como na realização da busca de usuários que abandonarem o tratamento medicamentoso, nos apoiaremos no Caderno de Atenção Primária de Saúde.

***Com relação à adesão.******Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa.******METAS:***

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

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

***Monitoramento e avaliação:***

Monitorar a busca ativa de casos com Hipertensão faltosos a consultas, aderir os mesmos ao programa.

Monitorar a busca ativa de casos com Diabetes Mellitus faltosos a consulta, aderir os mesmos ao programa.

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no Caderno de Atenção Básica para usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

**Detalhamento:** o monitoramento da adesão de hipertensos e diabéticos ao programa ocorrerá semanalmente através da revisão das fichas espelhos, fichas de acompanhamento individual, prontuários de atendimento individual.

***Na organização e gestão do serviço:***

Planejar visitas domiciliares em busca de usuários faltosos a consultas, tanto de Hipertensos assim como de Diabéticos. Agendar consultas para usuários provenientes dessas buscas.

**Detalhamento:** o planejamento das visitas domiciliares a usuários faltosos ocorrerá á cada 15 dias nas reuniões da equipe, assim como o reorganiza mento do cronograma para o agendamento das consultas dos usuários provenientes dessas buscas.

***Engajamento público:***

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas de Hipertensão e Diabetes.

Ouvir opiniões da comunidade sobre estratégias para evitar evasão dos portadores de hipertensão.

Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada por o Caderno da Atenção Básica para a realização das consultas.

Ouvir opiniões da comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes.

Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada por o Caderno de Atenção Básica para a realização das consultas.

**Detalhamento:** realizaremos palestras de participação mensal para ouvir opiniões da comunidade sobre estratégias para evitar evasão dos usuários assim como o abandono do tratamento, informaremos aos grupos de hipertensos e diabéticos sobre a periodicidade das consultas, para isso nos apoiaremos do Caderno da Atenção Básica.

***Qualificação da prática clínica:***

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

Trinar os ACS sobre a importância da busca ativa dos usuários com hipertensão arterial faltoso a consultas.

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

Trinar os ACS sobre a importância da busca ativa dos usuários com diabetes faltosos a consultas.

**Detalhamento:** a capacitação dos ACS será feita cada 15 dias nas reuniões da equipe, aproveitaremos para falar da importância da busca ativa de casos novos, de aqueles que estão faltosos a consultas, sobre as orientações de uma alimentação saudável, da prática de atividade física adequada, sobre os riscos do mal hábito de fumar.

***Com relação aos registros das informações.***

***Objetivo 4. Melhorar o registro das informações do programa Hipertensão e Diabetes.***

***METAS:***

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

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

***Monitoramento e avaliação:***

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

Monitorar o preenchimento do registro de HIPERDIA, ficha de acompanhamento, assim como a implementação da ficha espelho para Hipertensos e Diabéticos.

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

**Detalhamento:** o monitoramento ocorrerá semanalmente através da revisão das fichas de acompanhamento individual, os registros de cadastros de HIPERDIA, as fichas espelho, os prontuários de atendimento individual e o preenchimento da planilha eletrônica.

***Na organização e gestão do serviço:***

Manter as informações do SIAB atualizadas.

Implantar a ficha de acompanhamento.

Pactuar com a equipe o registro das informações.

Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

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

Garantir o Preenchimento do registro de HIPERDIA.

Implantar ficha de espelho para Hipertensão e Diabetes.

Organizar local para armazenar as fichas.

**Detalhamento:** em reunião da equipe realizada a cada 15 dias será discutido o preenchimento das fichas de acompanhamento e de todos os registros do Programa, na primeira semana será definido o responsável pelo monitoramento do preenchimento dos registros e a escolha do local onde serão organizados os mesmos, assim como a implantação da ficha espelho disponibilizada pelo curso de especialização.

***Engajamento público:***

Informar aos usuários com Hipertensão Arterial sobre seus direitos de manutenção dos registros de saúde no serviço, inclusive a possibilidade de solicitação da segunda quando for de sua necessidade.

Informar aos usuários com Diabetes Mellitus sobre seus direitos de manutenção dos registros de saúde no serviço, inclusive a possibilidade de solicitação da segunda quando for de sua necessidade.

**Detalhamento:** em reunião semanal será informado aos grupos de hipertensos e diabéticos em cada comunidade sobre seus direitos de manter os

registros de saúde na UBS e se esclarecerá o direito de solicitação da segunda via quando for necessário.

***Qualificação da prática clínica:***

Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do usuário hipertenso.

Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético.

Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas dos usuários com hipertensão e diabetes.

Treinar a equipe de saúde para o preenchimento do HIPERDIA e ficha de acompanhamento de cada usuário, responsabilidade que não vai ser só do médico ou enfermeiro da equipe, dando importância a todos seus membros.

**Detalhamento:** será feita uma capacitação da equipe de saúde em reunião semanal no horário da tarde depois do atendimento sobre o adequado preenchimento de todos os registros necessários no acompanhamento do Programa, nos apoaremos do Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde, serão explicados todos os procedimentos clínicos e seu preenchimento, assim como a importância de cada membro da equipe no cumprimento de nossas funções para lograr atingir as metas em nossa intervenção.

***Com relação à avaliação dos riscos.***

***Objetivo 5. Realizar avaliação de risco cardiovascular dos pacientes com Hipertensão e Diabetes.***

***METAS:***

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

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

***Monitoramento e avaliação:***

Monitorar o número de usuários hipertensos avaliados com alto risco cardiovascular.

Monitorar o número de usuários diabéticos avaliados de alto risco cardiovascular.

Monitorar a busca de usuários com altos riscos cardiovascular, neurológico, nefrológico assim como sua avaliação por especialistas.

**Detalhamento:** será feito o monitoramento semanalmente do número de usuários avaliados de alto risco cardiovascular, assim como a necessidade de avaliação em consultas com especialistas no caso que for necessário, serão monitorado, além disso, os usuários com riscos neurológico, nefrológico, usuários com úlceras vasculares e o adequado preenchimento nas fichas de atendimento individual.

***Na organização e gestão do serviço***

Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Identificar na ficha complementar o acompanhamento de usuários com alto risco cardiovascular, neurológico, nefrológico encaminhar para avaliação para o serviço especializado, garantir o vínculo e o acesso às unidades de referencia.

**Detalhamento:** com a posta em marcha do cronograma de atendimento com maior prioridade aos usuários com hipertensão e diabetes será discutido o número de vagas para o atendimento dos usuários avaliados de alto risco, será acompanhado segundo o Protocolo de atendimento para Hipertensão e Diabetes do Ministério da Saúde.

***Engajamento público:***

Orientar os usuários hipertensos e diabéticos quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento adequado.

Informar os usuários e a comunidade sobre a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis como alimentação, sedentarismo, tabaquismo, uso de álcool e drogas.

**Detalhamento:** nas reuniões com os grupos de hipertensos e diabéticos em cada comunidade semanalmente serão informados todos os usuários de seus riscos assim como a importância de combater os modificáveis com a prática saudáveis de alimentação, de atividades físicas adequadas a cada usuário, o combate ao tabagismo e uso de drogas e álcool, para isso contaremos com o apoio da nutricionista, educadora física e educadora do NASF.

***Qualificação da prática clínica:***

Capacitar a equipe na busca e classificação do risco cardiovascular, neurológico, nefrológico, de insuficiência vascular periférica, pé diabético, para um

melhor acompanhamento dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

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

Capacitar a equipe sobre a importância do registro desta avaliação.

**Detalhamento:** capacitação que será feita semanalmente com todos os membros da equipe de saúde, logrando ensinar como se classifica um usuário com risco para um melhor acompanhamento, assim como as estratégias que serão feitas para combater os riscos modificáveis, além disso, faremos ênfase na importância dos registros de cada usuário independentemente de seu risco.

***Com relação à promoção de saúde.***

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

***METAS:***

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

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

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

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

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

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

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

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

***Monitoramento e avaliação:***

Monitorar a realização de orientações nutricionais aos usuários hipertensos.

Monitorar a realização de orientações nutricionais aos usuários diabéticos.

Monitorar a realização de orientações de atividade física saudáveis aos usuários hipertensos.

Monitorar a realização de orientações de atividade física saudáveis aos usuários diabéticos.

Monitorar a realização de orientações sobre riscos do tabagismo aos usuários hipertensos.

Monitorar a realização de orientações sobre riscos do tabagismo aos usuários diabéticos.

Monitorar a realização de orientações sobre riscos do uso de álcool aos usuários hipertensos.

Monitorar a realização de orientações sobre riscos do uso de álcool aos usuários diabéticos.

Monitorar a realização de orientações sobre higiene bucal aos usuários hipertensos.

Monitorar a realização de orientações sobre higiene bucal aos usuários diabéticos.

**Detalhamento:** será feito semanalmente o monitoramento das orientações nutricionais, de atividades física saudáveis, orientações de combate ao tabagismo e ao uso de álcool e drogas, sobre a higiene bucal, nos apoiaremos nos prontuários individuais, nas fichas de acompanhamento, ficha espelho e planilha eletrônica disponibilizada pelo curso de especialização.

***Na organização e gestão do serviço:***

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável de usuários hipertensos e diabéticos.

Convencer ao gestor, parcerias institucionais sobre a importância do envolvimento dos nutricionistas nesta atividade.

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável dos usuários diabéticos.

Convencer a gestão, parcerias institucionais sobre a importância do envolvimento dos nutricionistas nesta atividade.

Organizar práticas coletivas com os grupos de hipertensos para orientação de atividade física saudáveis.

Demonstrar a gestão, parcerias institucionais a importância do envolvimento dos educadores físicos nesta atividade.

Organizar práticas coletivas com os grupos de diabéticos para orientação de atividade física saudáveis.

Demonstrar a gestão, parcerias institucionais a importância do envolvimento dos educadores físicos nesta atividade.

Demonstrar a gestão a importância e necessidade da compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo.

Demonstrar a gestão a importância e necessidade da compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao uso de álcool.

**Detalhamento:** serão feitas palestras de praticas de alimentação saudáveis, atividades que será feita por a nutricionista do NASF, a educadora física fará demonstrações de atividades física saudáveis para cada grupo de usuário, a psicóloga fará palestras com estratégias para o abandono ao tabagismo, ao uso de álcool e drogas, demonstrando a importância da inclusão dos profissionais dessa entidade no projeto. além disso estas atividades terão uma periodicidade semanal e tem como objetivo demonstrar para a gestão a importância da participação dos profissionais do NASF no Programa e a necessidade da compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo, ao uso de álcool.

***Engajamento público:***

Orientar aos usuários hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Orientar aos usuários diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Orientar a usuários hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Orientar a usuários diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Orientar aos usuários hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Orientar aos usuários diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Orientar aos usuários hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Orientar aos usuários diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

**Detalhamento:** em encontros com os grupos de hipertensos e diabéticos semanalmente serão orientados da importância da alimentação saudável, da necessidade de realizar atividade física regular, serão utilizados os encontros para falar sobre o risco do tabagismo e o uso de drogas e álcool, sobre a importância da avaliação odontológica periodicamente.

***Qualificação da prática clínica:***

Capacitar a equipe de saúde sobre a promoção de práticas de alimentação saudável a usuários hipertensos.

Capacitar a equipe de saúde sobre a promoção de práticas de alimentação saudável dos usuários diabéticos.

Capacitar a equipe de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular e saudável em usuários hipertensos.

Capacitar a equipe de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular e saudável em usuários diabéticos.

Capacitar a equipe de saúde para o tratamento de usuários hipertensos tabagistas.

Capacitar a equipe de saúde para o tratamento de usuários diabéticos tabagistas.

Capacitar a equipe de saúde para oferecer orientações de higiene bucal dos usuários hipertensos.

Capacitar a equipe de saúde para oferecer orientações de higiene bucal dos usuários diabéticos.

**Detalhamento:** será capacitada a equipe de saúde semanalmente sobre atividades de promoção de práticas de alimentação saudável, realizar atividades física regular, orientações de higiene bucal, para isso nos apoiaremos no Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Em busca estratégias para cumprir com êxito esta atividade serão ouvidos todos os membros da equipe, dando importância a todos por igual.

### **2.3.2 Indicadores**

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

**Indicador 1.1** 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.

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

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

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

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

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

**Indicador 2.1** Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

**Indicador 2.2** Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão e Diabetes vamos adotar o Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, Cadernos da Atenção Básica do Ministério da Saúde, Nº 36, 37, 2013. Utilizaremos o prontuário do usuário e a ficha espelho disponíveis no Município, além dos relatórios existentes na Secretaria Municipal de Saúde. A ficha não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal, exame físico geral e dados

relativos à classificação de riscos cardiovascular, neurológicos, etc. dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Assim para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção o médico e enfermeiro da equipe vão elaborar uma ficha complementar.

Estimamos alcançar com a intervenção 135 diabéticos e 400 hipertensos. Faremos contato com a gestão municipal para dispor das 535 fichas complementares necessárias que serão anexadas às fichas espelho. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados fornecida pelo Curso de Especialização em Saúde da Família, a qual será alimentada pelo médico, no final de cada turno de trabalho.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção foram discutidas anteriormente com a equipe da UBS. Assim, a intervenção irá começar com a capacitação sobre o manual técnico de Hipertensão e Diabetes para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos hipertensos e diabéticos da área. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto, será reservada duas horas ao final no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. O médico ficará responsável por expor o conteúdo aos outros membros da equipe e disparar a discussão. Além disso, existirá uma capacitação sobre o cadastramento dos usuários, a mensuração da pressão arterial e da glicemia capilar, além da orientação do diagnóstico da hipertensão arterial e diabetes.

Para organizar os registros específicos do programa o enfermeiro revisará os mapas de consulta dos últimos três meses identificando todos os usuários que vieram ao serviço com hipertensão e diabetes. O profissional localizará os prontuários destes usuários e transcreverá toda a informação disponível no prontuário para a ficha-espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consulta em atraso, últimos exames médico clínico e laboratorial, medicação em uso e classificação de risco.

A técnica de enfermagem será responsável pelo acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos quando estes chegarem até a UBS. Ela ficará responsável pela verificação dos sinais vitais e por encaminhar os usuários ao médico e/ou enfermeiro. Os usuários com queixas agudas serão atendidos no mesmo turno e os com consultas em atraso terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que uma semana.

Para acolher a demanda de intercorrências de Hipertensos e Diabéticos não há necessidade de alterar a organização da agenda, serão priorizadas as consultas disponíveis para atendimento da demanda espontânea reservadas no cronograma com este fim, porém será reservado, um turno semanal para consultas de retorno. Para os usuários provenientes da busca ativa será reservada uma consulta diária e o cronograma de atendimento de odontologia será reorganizado para dar maior cobertura de atendimento a este grupo populacional com a disponibilização de duas consultas por dia.

As visitas domiciliares serão realizadas duas vezes por semana de acordo com o planejamento em reuniões da equipe. Os ACS serão responsáveis pelo agendamento das visitas, a técnica em enfermagem se responsabilizará por o registro no livro de visitas e o enfermeiro será responsável pelo preenchimento das fichas-espelho e das fichas de acompanhamento e o médico será responsável por o preenchimento da planilha eletrônica. Será necessário solicitar um carro para o deslocamento da equipe até as comunidades e o enfermeiro será responsável por esse agendamento.

O monitoramento da cobertura e demais indicadores dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus será feito pelo médico da equipe e o enfermeiro, com trabalho semanal através da revisão das fichas de cadastro dos ACS, das fichas-espelho, dos prontuários de atendimento e da alimentação do banco de dados em planilha próprias para este fim e disponibilizada pelo curso de especialização.

Os ACS farão a busca ativa de novos casos e de todos os hipertensos e/ou diabéticos faltosos e agendarão uma consulta nos horários disponíveis na agenda da equipe e que sejam da conveniência dos usuários. Estimam-se cinco vagas por semana totalizando 20 por mês.

Visando as ações de engajamento público será feito contato com a associação de moradores, com responsáveis na comunidade das igrejas da área de abrangência e representantes comunitários, os ACS serão responsáveis pelos contatos. Nessas oportunidades apresentaremos o projeto de intervenção, esclarecendo a importância da realização do acompanhamento e informaremos a população sobre a importância do controle da Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus, da prioridade do atendimento deste grupo, sobre a importância do

conhecimento da doença, da adesão ao tratamento e ainda abordaremos as complicações mais frequentes.

Os grupos com usuários hipertensos e diabéticos serão realizados em dois turnos, segundas-feiras à tarde e terças-feiras pela manhã, sendo que a equipe de enfermagem e os ACS serão os responsáveis pela organização e condução da atividade. Os demais profissionais da equipe e membros do NASF serão convidados a participar também.

As ações de qualificação da prática clínica serão feitas semanalmente no horário habitual das reuniões da equipe, por meio de uma capacitação da equipe de saúde que será realizada pelo médico. Nessa atividade todos serão orientados sobre o adequado acolhimento dos Hipertensos e Diabéticos, os ACS serão capacitados na busca de casos novos, daqueles que não fazem o acompanhamento, o tratamento, ou que são faltosos às consultas. Para realizar essa atividade nos apoiaremos nos Protocolos 36 e 37 do Ministério da Saúde, Cadernos da Atenção Básica, 2013.

Ao final de cada mês as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica pelo médico da equipe. Nas ações de organização e gestão do serviço a técnica de enfermagem será responsável por garantir a medição da pressão arterial, assim como a disponibilização dos testes de glicemia capilar, do cadastramento de todos os casos novos com Hipertensão e Diabetes da área de cobertura. Os usuários deste grupo populacional serão atendidos no mesmo turno, para ampliar o cadastro de casos novos e evitar complicações daqueles que estejam apresentando problemas agudos, assim como os que buscam consulta de rotina terão prioridade no agendamento e todos sairão com a próxima consulta agendada.

Na primeira semana será discutido o novo cronograma de trabalho da equipe que dará maior cobertura e qualidade de atendimento para os usuários com Hipertensão e Diabetes. O médico se responsabilizará por realização do exame físico geral de cada usuário, solicitará os exames laboratoriais de acordo com o protocolo, garantirá o esquema de vacina em dia e consultas odontológicas destes grupos com prioridade.

O médico da equipe fará contato com a gestão municipal para dispor de carros de som para informar a comunidade sobre a importância de realizar o acompanhamento dos usuários com Hipertensão e Diabetes, bem como fornecer

orientações sobre as patologias e serviços e medicamentos disponíveis na UBS. Cada semana o médico e o enfermeiro da equipe identificarão os usuários de alto risco, e os mesmos serão encaminhados para realizar exames em outro município e para avaliação com o especialista, no menor tempo possível, com apoio da gestão do município porque não temos em nosso município especialista, nem laboratórios.

Capacitaremos os profissionais da UBS para melhorar a classificação do risco cardiovascular, neurológico, nefrológico, de insuficiência vascular periférica, pé diabético, para um melhor acompanhamento, de acordo com o protocolo e os encontros serão realizados a cada 15 dias com duas horas de duração. O médico da equipe monitorará a realização das orientações sobre estilo de vida saudável diante de tais patologias. Nas comunidades serão realizados a cada 15 dias atividades de orientações aos hipertensos e/ou diabéticos pela equipe com apoio do NASF, por meio de palestras, vídeos, mostras de lâminas sobre a importância do conhecimento de sua doença, como conviver com ela e como diminuir complicações, combater os fatores de riscos e a importância da saúde bucal.









### **3 Relatório da Intervenção**

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

O projeto de intervenção desenvolvido visava a Melhoria da atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Alto de Nazaré no município Nossa Senhora de Nazaré/PI. Inicialmente fizemos estudo da população alvo obtendo o quantitativo necessário para implantar as ações; A equipe de saúde distribuiu tarefas para cada membro a serem realizadas em cada semana do projeto. O médico e o enfermeiro palestrarão ao resto da equipe em relação a busca dos pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus, além dos casos novos, as palestras incluíam também orientações nutricionais, atividades físicas saudáveis, o mal hábito do tabagismo, mudanças no estilo de vida das pessoas para melhora da sua saúde.

A coleta da informação começou pelos prontuários e fichas individuais dos cadastros obtidos no SIAB, além dos dados obtidos pelos ACS, tendo como ponto inicial a quantidade de usuários existentes na área de abrangência. Com o início da intervenção administramos palestras com o objetivo de aumentar os conhecimentos sobre Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus, seguidas de estudos de pesquisa dos usuários, aderindo novos usuários ao programa de atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes, garantindo o exame físico e a avaliação do risco cardiovascular de cada usuário, assim como as avaliações nutricionais e odontológicas, além do encaminhamento aos especialistas, o mesmo não acontece com a realização dos exames laboratoriais pois o município não disponibiliza esse serviço. Com ajuda da gestão a equipe conseguiu chegar até as comunidades mais longes, avaliou cada usuário na busca ativa tanto dos casos novos como também dos faltosos a consultas ou com abandono do tratamento, foram avaliados 100% dos usuários com riscos, o que proporcionou um aumento do número dos usuários com

Hipertensão Arterial e com Diabetes Mellitus, o melhor acompanhamento dos indivíduos para diminuir as complicações e as recorrências. A realização da intervenção foi importante não só no contexto de informação e ajuda aos usuários como também foi importante para os avanços obtidos, como levar as consultas até as comunidades distantes da zona urbana onde a população não tem transporte para se locomover até a UBS, no entanto, precisando dos medicamentos e das consultas, não tinham a possibilidade de chegar até o médico ou enfermeiro e acabavam no abandono do tratamento e dos cuidados da saúde. Dentro dos pontos que devem ser melhorados destacamos a necessidade de garantir o transporte para a equipe de saúde chegar até as comunidades distantes e manter em boas condições as estradas que dão acesso a elas, esta foi à problemática de maior relevância observada no decorrer do projeto, porém, independentemente de que a equipe de saúde tenha alguma mudança no futuro era importante também dar continuidade ao cronograma de trabalho criado pela equipe e para isso a gestão precisa fazer investimentos em pró das intervenções voltadas para o cuidado aos usuários idosos ou no pré-natal e puerpério.

O avanço do projeto da intervenção foi uma oportunidade de aliança entre a comunidade e a gestão, embora a prefeitura tenha construído uma UBS nova na sede da cidade, com mais espaço e muito mais equipada, maioria dos usuários, principalmente da zona do interior não teve acesso a essas melhorias, em contrapartida, a implantação das intervenções criadas estes usuários tiveram consultas garantidas em suas localidades, pelo menos uma vez no mês. Continuar oferecendo o cuidado a cada usuário é responsabilidade da equipe, por isso, a intervenção demonstrou a redução de encaminhamentos descompensados ao pronto socorro, o ajuste do tratamento foi essencial para o alcance desses resultados, assim como a avaliação oportuna de cada usuário evitou a evolução das patologias gerando complicações.

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

Dentro das ações que não foram desenvolvidas consta a avaliação odontológica que ficou um mês sem o profissional por causa de suas férias programadas com antecipação, além de atividades programadas com os profissionais do NASF nas comunidades distantes da cidade principalmente por não dispor de transporte, tarefas que foram assumidas por outros membros da equipe.

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

Os dados foram coletados de forma sistemática, registrando em planilha específica para hipertensos e diabéticos (anexo A e anexo B), preenchidas no momento da consulta, quando realizadas na UBS como também nas visitas domiciliares aos acamados e nas localidades onde eram administradas as palestras educativas e informativas. Poucas dificuldades foram encontradas nessa parte do projeto, apenas manter um bom quantitativo de usuários nas palestras que foi sendo controlado com ajuda dos ACS.

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

Com a incorporação das ações previstas no projeto a rotina do serviço teve melhoras na realização da intervenção tanto na aceitação por parte dos membros da equipe, já que não faria horas extras o qual incomodava muita gente. Quanto à qualidade das atividades realizadas, o transporte que deixou de ser garantido para todos os profissionais participantes do projeto foi garantido para a equipe o que obrigou a redistribuir tarefas antes realizadas pelos profissionais do NASF. Essa incorporação manteve o acompanhamento aos 100% dos usuários, o que permite dar continuidade do trabalho, garantindo a avaliação preconizada pelo Ministério da Saúde, com qualidade aos usuários assim como seu tratamento.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

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

Meta 1.1. Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

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

A UBS tem em sua área de abrangência 2692 pessoas. Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde Dona Belinha tinha inicialmente cadastrados, 311 hipertensos, representando cobertura inferior a 15% de 324/total. No primeiro mês, 93 (28,7%) hipertensos foram cadastrados, no segundo 203 (62,7%) e no terceiro mês 324 (100%), conforme Figura 1.

A busca das informações no SIAB e prontuário facilitou o aumento do cadastramento de hipertensos, juntamente com as ações de educação em saúde que foram divulgadas pelos ACS e por meio de carros de som fornecidos pela gestão. Os usuários acolhidos na demanda espontânea, começaram também a serem avaliados para rastreamento de hipertensão, o que também ampliou a detecção de hipertensão na comunidade.

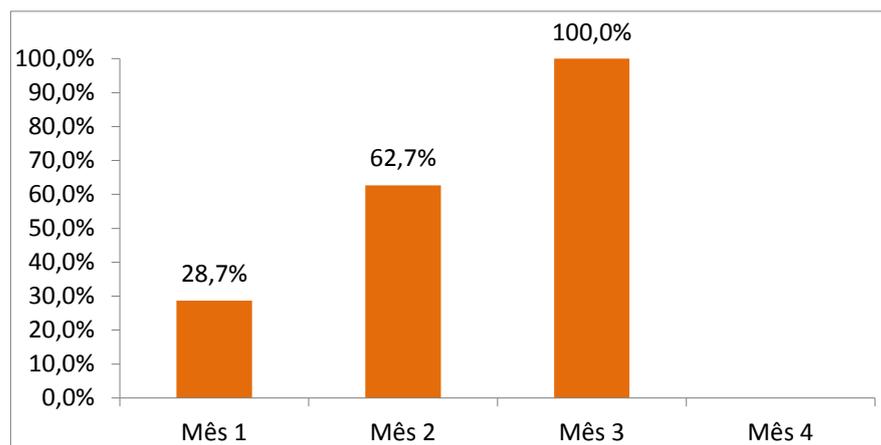


Figura 1 – Cobertura do Programa de atenção ao hipertenso na Unidade de Saúde Dona Belinha. Nossa Senhora de Nazaré/PI, 2015.

Meta 1.2. Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

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

Antes da intervenção, tinha 89 (15%) diabéticos. No primeiro mês, 32 (33%) diabéticos foram cadastrados, no segundo 62 (63,9%) e no terceiro mês 97 (100%), conforme Figura 2.

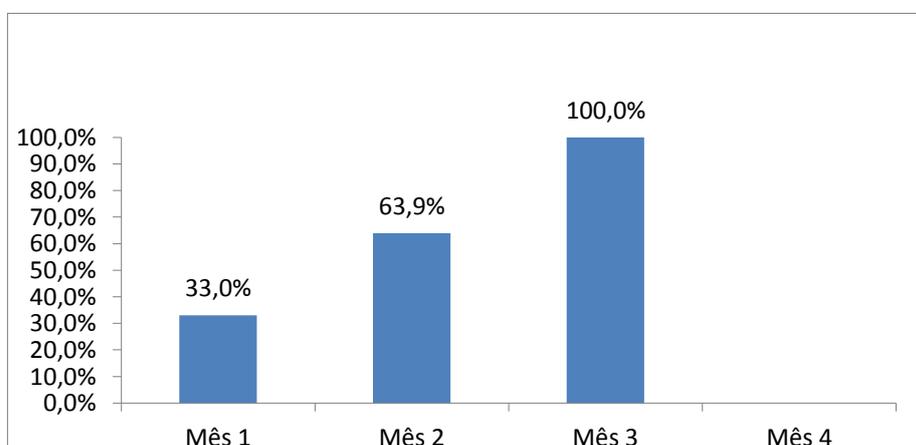


Figura 2 – Cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade de Saúde Dona Belinha. Nossa Senhora de Nazaré/PI, 2015.

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

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

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Ao avaliarmos o percentual com relação à essa meta foi observado que todos os usuários atendidos mensalmente foram realizados exame clínico conforme protocolo, dessa forma, no primeiro mês 93 (28,7%) hipertensos fizeram exame, no segundo 203 (62,7%) e no terceiro mês 324 (100%).

Metas 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos cadastrados.

Indicador 2.2: Proporção de diabético com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

No primeiro mês, 32 (33%) diabéticos realizaram exames clínicos, no segundo 62 (63,9%) e no terceiro mês 97 (100%).

Essa eficácia na realização do exame clínico se deu pelo empenho da equipe, principalmente do profissional médico, além das condições ideais para realização do exame clínico na UBS, alcançando assim a meta estipulada de cobertura total para os dois grupos de estudo, os hipertensos como também diabéticos 100%.

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

Indicadores 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Em relação aos exames complementares observa-se que durante o primeiro mês de intervenções, 93 (100%) realizaram os exames complementares, porém nos meses seguintes houve uma redução desses percentuais, no segundo mês alcançou apenas 115 (56,7%) e no terceiro mês 204 (63%) dos 324 hipertensos cadastrados, conforme o mostra a Figura 3.

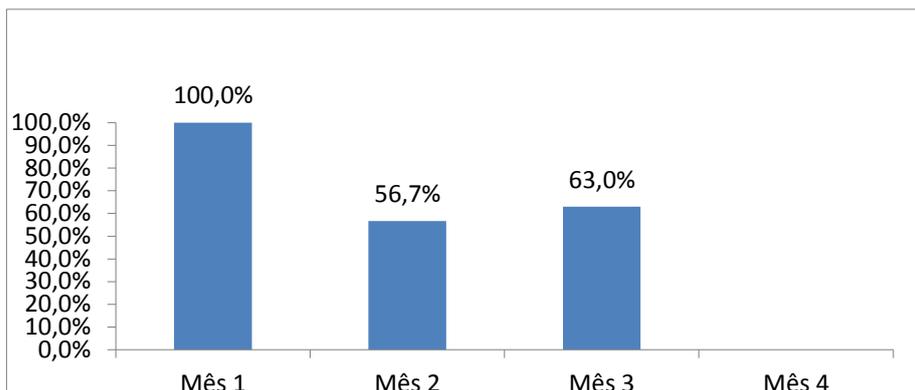


Figura 3 - Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na Unidade de Saúde Dona Belinha. Nossa Senhora de Nazaré/PI, 2015.

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

Indicadores 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Resultados parecidos são refletidos ao analisarmos os gráficos para grupos dos diabéticos. Observamos que durante o primeiro mês de intervenções, 32 (100%) realizaram os exames complementares, mas nos meses seguintes houve uma redução desses percentuais, no segundo mês alcançou 40 (64,5%) e no terceiro mês 63 (64,9%) dos 97 diabéticos cadastrados.

Essa queda nos meses subsequentes ao início das intervenções pode ser explicado devido a dificuldade de marcação através da regulação desses tipos de exames, além da falta de transporte que dificulta a ida a capital onde se realiza maior parte desses exames, fato explicado pela grande carência financeira do município (Figura 4).

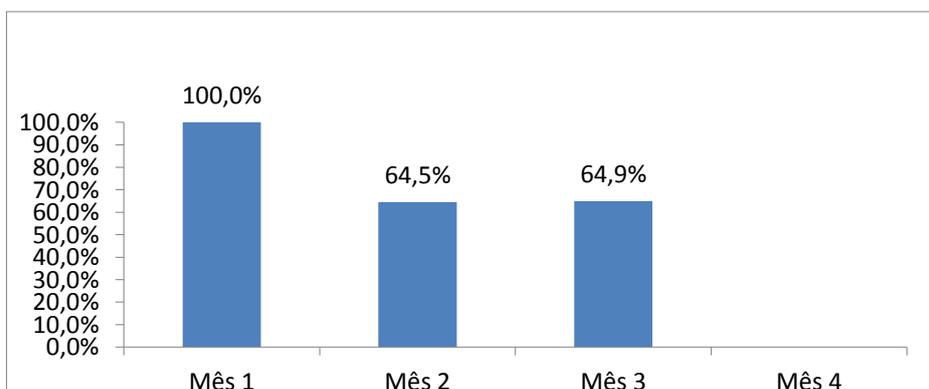


Figura 4 - Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na Unidade de Saúde Dona Belinha. Nossa Senhora de Nazaré/PI, 2015.

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

Indicadores 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Em contrapartida a essas dificuldades, nota-se que o município se esforça para manter a farmácia básica local com os medicamentos necessários para manter tratamentos. Durante o primeiro mês, os 93 hipertensos avaliados, todos (100%) tiveram a prescrição de medicamentos da farmácia popular, o mesmo aconteceu no segundo mês 203 (100%) e no terceiro mês 324 (100%).

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

Indicadores 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

O mesmo acontece para o grupo de diabéticos Durante o primeiro mês, os 32 (100%) diabéticos avaliados tiveram a prescrição de medicamentos da farmácia popular, igualmente no segundo mês 62 (100%) e no terceiro mês 97 (100%).

Os usuários do programa Hiperdia garantem receber medicamentos em redes de da farmácia popular ou na própria unidade básica de saúde, aqueles que relatavam precisar comprar, foram feitas adaptações dos medicamentos e assim a troca para medicamentos gratuitos. Essa foi uma das grandes mudanças desenvolvidas no projeto de intervenção que trouxe avanços imediatos ao município.

Metas 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicadores 2.7: Proporção de hipertensos e diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Ao analisarmos a necessidade desses usuários a um atendimento odontológico e usando como critério de inclusão os encaminhamentos dados a essa especialidade, no 1º mês conseguimos atendimento aos 93 (100%) hipertensos, no segundo e terceiro mês respectivamente, 115 (56,7%) e 225 (69,4%) (Figura 5).

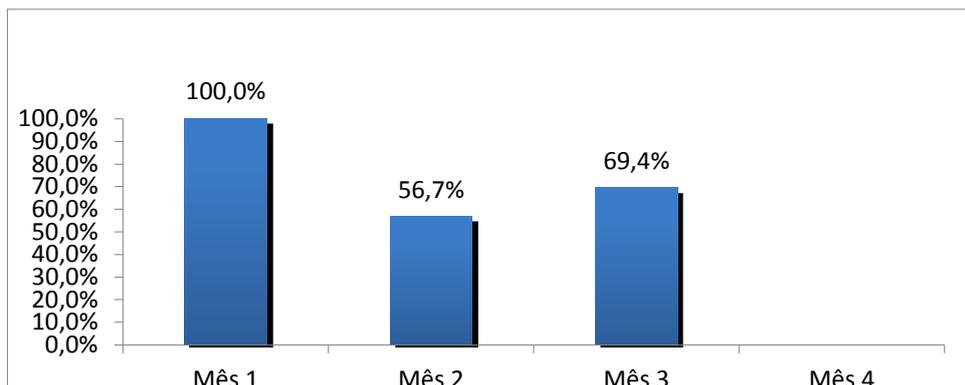


Figura 5 - Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na Unidade de Saúde Dona Belinha. Nossa Senhora de Nazaré/PI, 2015.

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

Indicadores 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Já em relação à cobertura para os diabéticos usando o mesmo critério de inclusão, no primeiro mês 32 (100%), no segundo mês 40 (64,5%) e no terceiro mês alcance de 64 (66%), conforme mostrado na Figura 6.

A queda desse quantitativo nos dois grupos em estudo se justifica devido a ausência do profissional dentista por férias além do suporte de alguns materiais, mesmo assim, o percentual alcançado é decorrente do apoio solicitado ao profissional odontólogo da outra equipe de saúde.

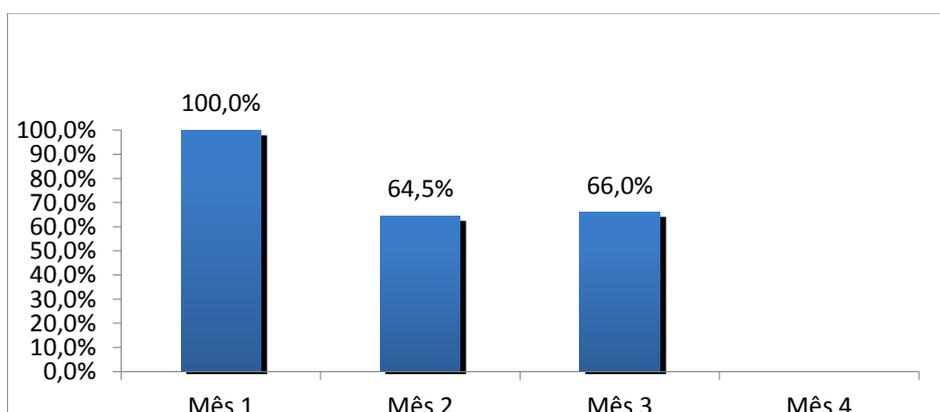


Figura 6 - Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na Unidade de Saúde Dona Belinha. Nossa Senhora de Nazaré/PI, 2015.

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

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

Indicadores 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

No contexto que busca a melhoria a adesão ao programa Hiperdia e a busca ativa dos faltosos, durante os dois meses de avaliação foi observado que, dos 324 hipertensos cadastrados, 153 (47,2%) faltaram às consultas, com a ajuda dos agentes comunitários de saúde foi feita busca ativa aos faltosos obtendo assim retorno de 100% (153) em outro momento para consulta de acompanhamento (Figura 7).

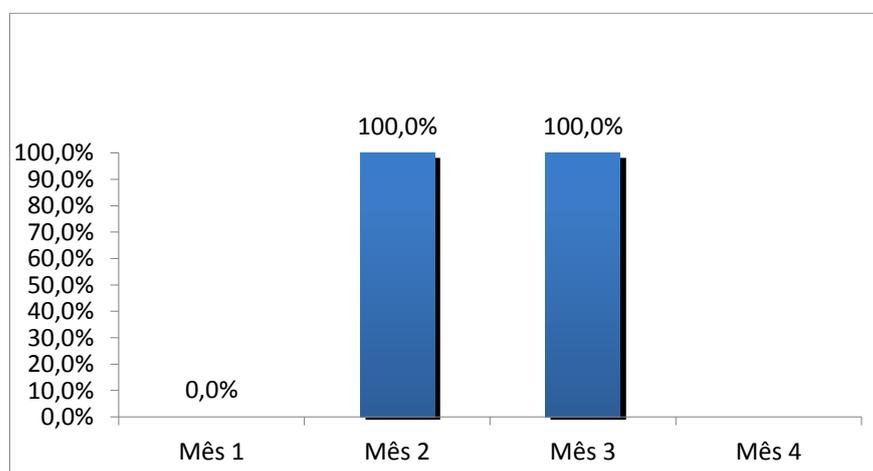


Figura 7 - Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa na Unidade de Saúde Dona Belinha. Nossa Senhora de Nazaré/PI, 2015.

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

Indicadores 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Avaliando o grupo dos diabéticos observa-se um percentual não tão inferior comparando com o grupo dos hipertensos, no total de 97 diabéticos, nos dois meses de implantação das intervenções, houve 42 (43,3%) faltosos, mas com a busca ativa 100% desses usuários retornaram para consulta de acompanhamento (Figura 8).

Observamos nesse contexto que, antigamente, não havia busca ativa de usuários dos grupos prioritários, motivo principal para desenvolver as primeiras ações focando na presença ativa do profissional médico durante toda semana,

sendo este um dos problemas mais relatos da equipe há anos atrás. A participação dos agentes comunitários de saúde foi de extrema importância, é fato a ausência por desestímulo de alguns usuários ou também dificuldades de ir à consulta, além de alguns se julgarem “curados” por não apresentar mais sintomas que lhe traziam mal estar, dessa forma a equipe de saúde procurou investir na educação permanente nas localidades além de reforçar o diálogo durante os encontros na UBS focando a importância das consultas de acompanhamento para manutenção da melhoria do estado de saúde.

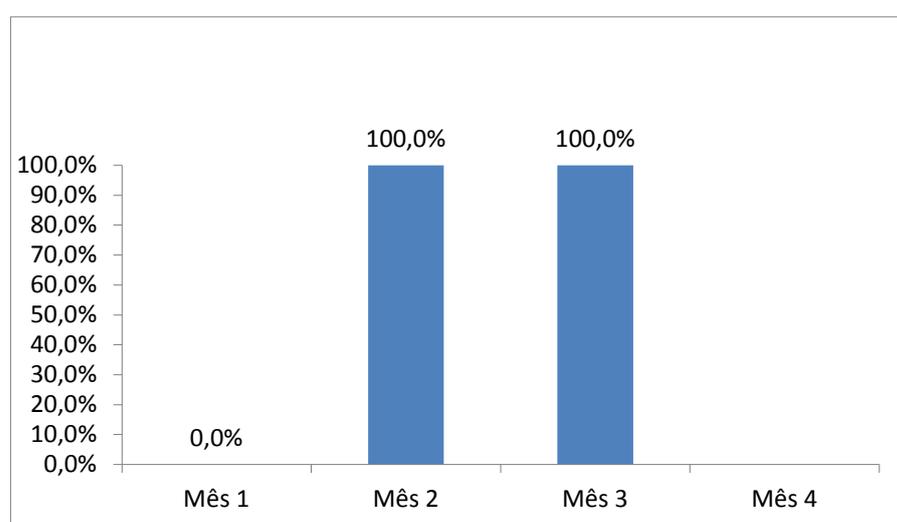


Figura 8 - Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa na Unidade de Saúde Dona Belinha. Nossa Senhora de Nazaré/PI, 2015.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

Indicadores 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Com a busca ativa e a frequência desses usuários às consultas clínicas, manter atualizado as fichas de acompanhamento se tornou mais fácil, nota-se que a medida que os usuários hipertensos aderem ao programa, paralelamente são realizados seus cadastros e a partir dos retornos são realizadas a atualização no prontuário próprio e no livro de acompanhamento criado pelo profissional médico. No primeiro mês foi realizado 93 (28,7%) hipertensos foram cadastrados, no

segundo 203 (62,7%) e mês 324 (100%), seguido, os dois últimos, de algumas atualizações.

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

Indicadores 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Com o grupo dos diabéticos não foi diferente, foi mantido atualizado os cadastros à medida que os usuários iam às consultas, dessa forma no primeiro mês, 32 (33%) diabéticos foram cadastrados, no segundo 62 (63,9%) e no terceiro mês 97 (100%), seguido, os dois últimos, de algumas atualizações.

Objetivos 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

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

Indicadores 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Ao avaliarmos a proporção de hipertensos com estratificação e risco para problemas cardiovasculares, notamos que todos os 324 (100%) hipertensos encontrados durante os três meses de intervenções apresentaram essa fragilidade. Fracionando esse quantitativo, temos no primeiro mês, 93 (100%) hipertensos com risco para doenças cardiovasculares, no segundo 203 (100%) e no mês 324 (100%).

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

Indicadores 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

No grupo dos diabéticos encontramos no primeiro mês, 32 (100%) diabéticos com estratificação de risco para doenças cardiovasculares seguindo no segundo 62 (100%) e no terceiro mês 97 (100%).

Durante o exame clínico feito pelo médico foi observado que os usuários em estudo, avaliados por três meses, possuem sintomatologias que geram riscos para doenças cardiovasculares como, problemas respiratórios, edemas de membros

inferiores e cansaço, além dos resultados de exames solicitados durante as intervenções que confirmaram esse diagnóstico.

Mais uma vez nos deparamos com a problemática que a ausência de médico na equipe resultava, sem o profissional, era inviável, ou pelo menos, dificultoso, concluir diagnósticos como este.

Objetivos 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Indicadores 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

No processo de intervenção onde focou as orientações sobre alimentação saudável alcançamos resultados positivos conseguindo demonstrar aos 324 (100%) hipertensos, a importância do controle nutricional. Dessa forma orientou-se no primeiro mês, 93 (100%) hipertensos, no segundo 203 (100%) e no mês 324 (100%).

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

Indicadores 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Entre os usuários diabéticos os resultados foram similares, no primeiro mês, 32 usuários (100%) no segundo 62 (100%) e no terceiro mês 97 (100%) dos usuários diabéticos obtiveram orientações sobre alimentação saudável.

Para chegar a esses resultados, foram utilizadas estratégias para o alcance máximo de usuários, entre essas táticas, fazer reuniões de pequenos grupos contando com o apoio da nutricionista atuante no município e a visita domiciliar dos faltosos.

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

Indicadores 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Na prática regular de atividade física não foi encontrado tanta dificuldade, é comum no município a atividade orientada por uma educadora física semanalmente.

Dessa forma conseguiu-se atingir no grupo dos hipertensos, total cobertura nesse quesito. No primeiro mês, 93 (100%) hipertensos, no segundo 203 (100%) e no terceiro mês 324 (100%).

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

Indicadores 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Igualmente aconteceu ao grupo dos diabéticos, no primeiro mês, 32 usuários (100%) no segundo 62 (100%) e no terceiro mês 97 (100%) dos usuários diabéticos receberam e praticaram atividades físicas regulares.

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

Indicadores 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

As orientações sobre os riscos do tabagismo, muito comum na região, observamos que existe uma resistência da própria população em querer parar de fumar, dessa forma a quantidade de faltosos é maior em relação aos outros indicadores de promoção da saúde, sendo assim alcançamos metas inferiores as já mencionadas, no primeiro mês, 93 (100%), no segundo mês houve uma queda, 193 (95,1%), porém no terceiro mês 324 (100%) conforme visto na Figura 9.

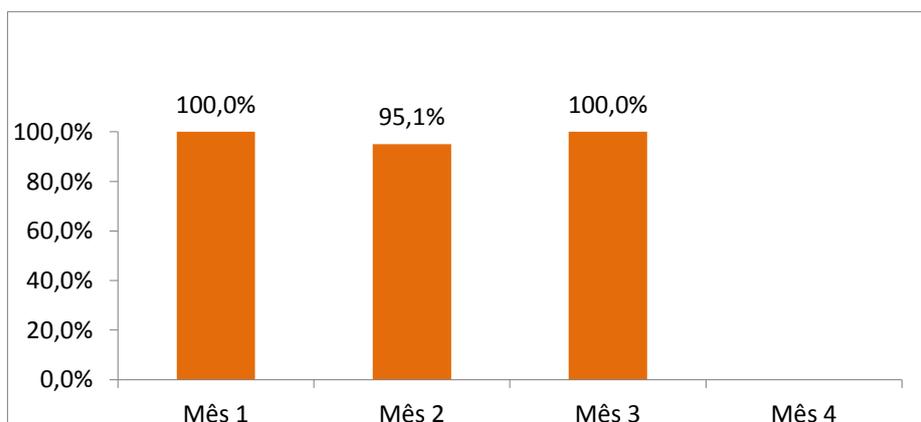


Figura 9 - Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na Unidade de Saúde Dona Belinha. Nossa Senhora de Nazaré/PI, 2015.

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

Indicadores 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Entre os diabéticos, encontramos os valores: no primeiro mês, 32 (100%) usuários orientados, no segundo houve uma recusa apresentando 57 (91,9%) e normalizando no terceiro mês com 97 (100%) usuários orientados (Figura 10).

Apesar do êxito alcançado nas outras ações de promoção a saúde, a orientação sobre os riscos do tabagismo não alcançou a meta preconizada, além da falta do profissional responsável pela ação durante o segundo mês, encontramos também a resistência de alguns usuários em vir para as palestras quando se tratava desse tema. Para obtermos melhor resultado nessas intervenções, usamos como estratégia a busca ativa dos faltosos e procuramos manter as orientações de forma individual no caso de alguns usuários, inserindo nesse contexto a família do mesmo objetivando envolvê-la como corresponsável nesse processo de saúde.

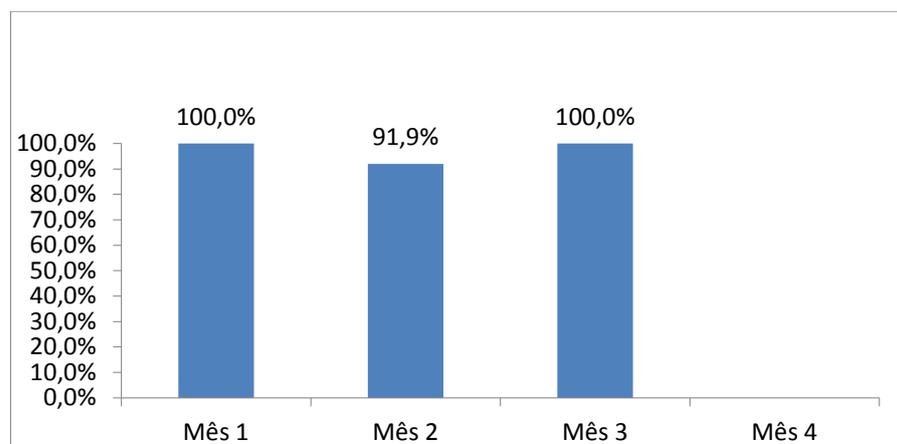


Figura 10 - Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na Unidade de Saúde Dona Belinha. Nossa Senhora de Nazaré/PI, 2015.

Metas 6.7: Garantir a 100% da orientação sobre higiene bucal aos usuários hipertensos.

Indicadores 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

As orientações sobre higiene bucal ao grupo dos hipertensos, atingiu-se no primeiro mês 93 (28,7%) hipertensos, no segundo 203 (62,7%) e no terceiro mês 324 (100%).

Metas 6.8: Garantir a 100% da orientação sobre higiene bucal aos usuários diabéticos.

Indicadores 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

No grupo dos diabéticos obtemos também a totalidade dos usuários cadastrados, no primeiro mês, 32 (100%), no segundo, 62 (100%) e no terceiro mês de intervenções, 97 (100%) dos diabéticos cadastrados receberam orientação sobre higiene bucal.

Na oportunidade das palestras comunitárias essa meta para promoção da saúde foi bastante frisada, ministrada por uma profissional odontóloga atuante na equipe da atenção básica, além de orientação sobre a higiene bucal foi feita também avaliação da boca.

## **4.2 Discussão**

Com a realização do projeto a equipe alcançou os objetivos propostos, cadastrando 100% dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus da área de abrangência, além disso, aumentou o número de usuários diagnosticados com essas doenças, sendo ao início 311 hipertensos e 89 diabéticos para no fim dos 3 meses 324 e 97 respectivamente. Conseguiu-se realizar exame clínico a todo usuário avaliado, assim como a prescrição dos medicamentos da farmácia popular, o que permitiu a continuidade do tratamento evitando o abandono do mesmo. A todos os usuários foi feita a avaliação do risco cardiovascular, encaminhando para consulta aqueles com necessidade de avaliação especializada. Entre as dificuldades encontradas constam o grande número de usuários faltosos a consultas para o qual foi feita a busca ativa obtendo o retorno de 100% a consulta tendo como causa principal da causa de falta não ter realizado exames de laboratório no tempo prévio a consulta de retorno, além da avaliação odontológica que ao final do terceiro mês tinham sido avaliados 69,4% dos usuários encaminhados para essa consultas, entre as causas coincidência das férias do profissional com a realização do projeto e a escassez do material necessário para essa avaliação que não cobre a demanda a consulta.

O projeto trouxe melhoras significativas para a comunidade e para o serviço, diminuiu a demanda de consultas, permitiu organizar o serviço possibilitando consultas de demanda espontânea por outras causas, além de aumentar o estilo de vida da população. Com as consultas garantidas em comunidades distantes da sede da cidade a população se educou para receber consulta no local na sua própria localidade o que facilita o trabalho da equipe e diminuindo a demanda na UBS.

Se tivesse a possibilidade de realizar a intervenção neste momento minha logística mudaria no sentido de reorganizar o serviço em função do projeto, o cronograma de trabalho da equipe faria semelhantes com o cronograma dos profissionais do NASF, incentivaria a gestão para seu apoio durante a realização do projeto, para garantir transporte e material necessário para o trabalho.

Com a incorporação das ações do projeto na rotina do serviço conseguiu-se suprir a falta dos profissionais do NASF no momento das palestras que deveriam ser administradas por eles. Na reorganização do trabalho membros da equipe receberam a tarefa de ministrar as palestras, sendo encaminhados os usuários para a avaliação com agendamento prévio da consulta.

A realização do projeto serviu como exemplo para outras equipes, trabalho nunca antes feito no município. As palestras estão sendo ministradas pelos profissionais da equipe da zona rural, obtendo resultados similares aos nossos. Dar continuidade às atividades incorporadas ao cronograma de trabalho da equipe é de suma importância, já que nos permite ter um maior controle sobre nossos usuários, diminuindo as complicações, contribuindo para melhora do estilo de vida, garantindo o cuidado dos usuários. Seguimos com a expectativa de possibilidade de novas ações programáticas, aumentando a organização do processo de trabalho da equipe e da UBS, tendo como finalidade a melhora da atenção ao indivíduo, a comunidade e as famílias.

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

Este relatório tem objetivo de apresentar intervenção realizada na UBS Dona Belinha, Nossa Senhora de Nazaré/PI. Foi desenvolvida pelo médico do Programa Mais Médicos para o Brasil e sua equipe como produto do curso de especialização em Saúde da Família EaD, da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS.

Após análise situacional decidiu-se realizar a intervenção no programa de atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes, com objetivo de melhorar a atenção à saúde desses usuários.

O projeto da intervenção realizado em três meses contou com a participação da equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com ajuda do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e a Gestão. Foram realizadas ações educativas, como palestras, objetivando aumentar o conhecimento da população sobre hipertensão e diabetes, além de oferecer uma melhor atenção aos usuários com estas doenças. Conseguimos atingir a meta de cadastrar 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, realizar a avaliação dos riscos assim como a avaliação nutricional, psicológica e odontológica.

A participação da gestão no projeto foi decisiva para o trabalho, proporcionando o transporte para que a equipe multiprofissional chegasse até as comunidades distantes da UBS. Com a realização do projeto procuramos diagnosticar e incluir novos usuários ao programa de atenção aos usuários com hipertensão e diabetes, melhorar adesão ao tratamento e realizar os exames laboratoriais em 100% dos usuários cadastrados. Também, de forma indireta, buscamos diminuir o número de intercorrências, de encaminhamentos e o número de consultas de urgência. Foi reajustado o cronograma de trabalho que permitiu uma

maior cobertura para o atendimento do grupo prioritário em questão. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) fizeram e continuam na busca ativa dos usuários faltosos a consulta e com abandono do tratamento, o que nos permite ter uma atenção qualificada para esse grupo. Levar o atendimento até as comunidades distantes foi um avanço importante conquistado pela realização do projeto.

Garantir a continuidade das ações de saúde nestes grupos prioritários é de suma importância para a equipe, para a comunidade e igualmente para a gestão que deve manter o transporte para a equipe continuar assistido as comunidades, investir em medicamentos para aqueles usuários carentes possibilitando continuar tratamentos sem interrupções e a marcação tanto dos exames laboratoriais como das consultas com especialistas. Dentro dos pontos que precisam ser melhorados, a necessidade de avaliação sobre construção de um laboratório na sede do município como ponto fundamental, com este avanço vamos agilizar resultados e diagnósticos promovendo tratamentos em tempo mais hábil aos usuários do SUS.

As ações do projeto tinham como objetivo demonstrar que existem outras formas de fazer saúde, cuidar do indivíduo, da família e da comunidade exige mudanças na maneira de pensar dos profissionais, é preciso ir além do tratamento patológico, é necessário enfatizar o cuidado na prevenção e promoção da saúde partindo da singularidade da equipe, onde todos pensam juntos e se envolvam em sua totalidade no processo de cuidar em saúde

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

Este relatório tem objetivo de apresentar um pouco da intervenção realizada na UBS Dona Belinha, Nossa Senhora de Nazaré/PI. Ela foi fruto de curso de especialização em Saúde da Família EaD, da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS. Foi desenvolvida pelo médico do Programa Mais Médicos para o Brasil e sua equipe.

A realização do projeto de intervenção tinha como objetivo fundamental a melhoria da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes mellitus na área de abrangência da equipe. Foi um trabalho realizado em conjunto com a equipe de saúde e com o apoio do NASF. Nesse período procuramos promover educação permanente em toda a área de cobertura, levando informação a usuários e familiares para ensinar como entender a sua doença, aprender a conviver com ela assim como evitar as crises e a necessidade de fazer o tratamento, tanto quanto as consultas de seguimento, a avaliação nutricional, as atividades físicas saudáveis regularmente e a adesão ao tratamento dos casos novos. A equipe priorizava também a busca dos usuários faltosos e os casos de abandono de tratamentos, todo esse trabalho caracterizou as principais intervenções plantadas no decorrer do projeto. Para se conseguir os resultados obtidos foi necessário um reajuste no cronograma de trabalho dando maior cobertura de atenção aos usuários com hipertensão e diabetes, sem deixar desassistido os demais grupos populacionais.

A equipe procurou superar as dificuldades, houve vários reajustes no cronograma de trabalho até garantir assistência a cada localidade, cadastramos novos usuários no programa, aos quais foi garantido consulta, realização de exames laboratoriais, tratamento e avaliação especializada. Com a implantação das ações do projeto a rotina do trabalho da equipe a comunidade só teve benefícios, ganhou

maior cobertura de atenção inclusive nas localidades do interior, tivemos melhoras nos registros das informações assim como a adesão ao tratamento da farmácia popular, assistência especializada ainda continua sendo um problema pela demora com que são realizadas, mas os pacientes são encaminhados com critérios. A população focada na melhoria e controle do tratamento, retribuiu de forma satisfatória, evitando faltas às consultas, maior presença nas palestras como também menor índice de abandono dos tratamentos. Essas vantagens trazidas para os usuários se estendeu também para a família, por essa razão a ideia de realizar novos projetos com outros grupos prioritários já está sendo estudada.

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

Com a possibilidade de realizar uma especialização em Atenção Primária às expectativas era de ampliar nosso conhecimento, interagir com outros colegas, compartilhar experiências vividas no dia a dia, atualizar condutas, manejos e tratamentos de diversas doenças, mas quando a notícia de que a especialização seria modalidade EaD, sem dúvida surgiram inumeráveis perguntas e dúvidas: como íamos ter acesso a plataforma sem antes ter realizado atividades desse tipo? Quais eram os mecanismos para navegar na plataforma? Teríamos conexão com a internet onde íamos morar? Passou o primeiro mês de curso e com muitas dificuldades seguíamos navegando e respondendo as tarefas, muitas vezes com atraso nas respostas e insegurança na manipulação da plataforma. Foi a partir do segundo mês de especialização que a habilidade para o acesso foi melhorando, responder fórum, opinar nos relatos de colegas foi sendo algo mais cotidiano, às vezes interrompido pela falta de internet no município que levou a acumular uma, duas, ate três semanas de atraso no curso, porem o empenho e a dedicação aumentou no decorrer do tempo.

Foi muito o aprendizado com a realização da especialização, lidar com a equipe, conseguir o entrosamento de cada membro, reajustar o cronograma garantindo maior cobertura de nossa população alvo, despertar o interesse da equipe, da comunidade e a gestão pelo projeto foi muito gratificante, assim como levar o atendimento ate as localidades de difícil acesso inclusive nunca antes visitadas ou assistidas pela ESF, garantir as consultas, o tratamento e o cuidado continuado de nossos usuários foi obtido graças à implantação das ações do projeto na rotina de trabalho da equipe. As atualizações de temas frequentes no dia a dia da equipe e de outros que por sua vez não sejam vistos com frequências é sempre interessante, demonstrar que a realização de especialidade a distancia e possível

com o empenho dos professores que dedicam seu tempo na correção de cada tarefa, por isso a necessidade de realizar intervenções em outros grupos priorizados seria de grande importância como, por exemplo, cuidados do usuário idoso, violência doméstica da mulher, saúde do homem grupo prioritários este com grandes tabus que lhe impedem buscar ajuda médica. Necessário continuar com as atualizações que garantem o trabalho das equipes e a realização da prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação dos indivíduos, a família e a comunidade, objetivo fundamental do trabalho na Atenção Básica.

## Referências

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

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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

GUIMARÃES. Madeline. **Hipertensão arterial e diabetes mellitus**. 2012. São Paulo. Disponível em: < <http://pt.slideshare.net>> Acesso em: 10 de Novembro de 2014.

PASSOS. Valeria; ASSIS. Tiago; *et al.* Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Rev Epidemiologia e Serviços de Saúde**. vol 15 n1 (36). 2006. Belo Horizonte

NOBRE. Fernando; COELHO. Eduardo. B; *et al.* **Hipertensão Arterial Sistêmica Primária**. 2013. Ribeirão Preto. Disponível em: < <http://revista.fmrp.usp.br>> Acesso em: 10 de Novembro de 2014.

## **Anexos**





**Anexo C - 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  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

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

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador

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

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

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

