

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 7**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção aos usuários com HAS e/ou DM na Unidade Básica  
de Saúde SEDE em Mampituba/RS**

**Eneido Pérez Torres**

**Pelotas, 2015**

**Eneido Pérez Torres**

**Melhoria da Atenção aos usuários com HAS e/ou DM na Unidade  
Básica de Saúde SEDE em Mampituba/RS**

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: Analu Sparrenberger Manea

Pelotas, 2015

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

T693m Torres, Eneido Perez

Melhoria da Atenção aos Usuários com HAS e/ou DM na Unidade Básica de Saúde Sede Em Mampituba/RS / Eneido Perez Torres; Analu Sparrenberger Manéa, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

74 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. Manéa, Analu Sparrenberger, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico aos meus pais e filhos que sempre me apoiaram em tudo que fiz.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos a colaboração de todos os profissionais da UBS de Mampituba envolvidos no processo do projeto. Aos profissionais da equipe de saúde, enfermeiros, médicos e odontologistas, psicóloga, agentes comunitários de saúde, responsáveis pelas Equipes de Saúde da Família. À Universidade Federal de Pelotas, ao programa de especialização em saúde de família, pela proposição e apoio a este trabalho.

A todos os que ajudaram de alguma forma, principalmente nos momentos finais, sempre os mais conturbados.

## RESUMO

TORRES, Eneido Pérez. **Melhoria da Atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde SEDE em Mampituba/RS.** 2015.73f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) representam dois dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, motivo pelo qual constituem agravos de saúde pública, onde a maioria dos casos pode ser tratada na rede básica. Este trabalho foi realizado pelo Curso de Especialização em Saúde da Família através de um projeto de intervenção em usuários que apresentavam Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial em atenção primária, motivado pela alta mobilidade e mortalidade que provoca estas doenças. O objetivo foi de aumentar a cobertura e qualificar a atenção aos usuários da ESF Sede, em Mampituba/RS. O projeto foi desenvolvido de 13 de fevereiro a 7 de maio, foi estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas, mas devido orientações do curso de especialização, a intervenção teve duração de 12 semanas. Durante o período foram acompanhados 259 usuários com HAS e 79 usuários com DM, na faixa etária de 20 anos ou mais, atingindo a cobertura de 53,1% e 61,2% respectivamente. Dentre os resultados, identificou-se o baixo conhecimento da população a respeito de sua doença, a dificuldade de adesão ao tratamento e os hábitos de vida não saudáveis. A intervenção exigiu uma capacitação de toda a equipe para seguir os protocolos recomendados pelo ministério da saúde para o rastreamento, diagnóstico e segmento destes usuários. Durante a intervenção percebeu-se o desconhecimento que tem a população do controle destas patologias, pensando que os problemas de saúde só são resolvidos com a intervenção dos profissionais, remédios e estudos de alto custo e não através das mudanças de hábitos e estilo de vida, algo considerado bem simples. A intervenção permitiu organizar o trabalho de forma mais acertada fazendo com que cada um saiba qual é a sua função dentro e fora da unidade básica de saúde, possibilitando a priorização do atendimento aos usuários de alto risco.

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

## Lista de Figuras

Figura 1-	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso.....	50
Figura 2-	Cobertura do programa de atenção ao diabético.....	50
Figura 3-	Proporção de hipertensos com exame clínico em dia.....	51
Figura 4-	Proporção de diabéticos com exame clínico em dia.....	52
Figura 5-	Proporção de hipertensos com exame complementares em dia.....	53
Figura 6-	Proporção de diabéticos com exame complementares em dia.....	53
Figura 7-	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.....	54
Figura 8-	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.....	55
Figura 9-	Proporção de hipertensos faltosos a consulta com busca ativa.....	56
Figura10-	Proporção de diabéticos faltosos a consulta com busca ativa.....	57
Figura11-	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.....	57
Figura12-	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.....	58
Figura 13-	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento .....	59
Figura 14 -	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de Acompanhamento.....	59
Figura 15 –	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular .....	60
Figura 16 –	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.....	60

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

ACS	Agente Comunitário da Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CAP	Cadernos de Ações Programáticas
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde



## Sumário

Apresentação.....	10
1 Análise Situacional.....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	20
2 Análise Estratégica.....	21
2.1 Justificativa.....	21
2.2 Objetivos e metas .....	23
2.2.1 Objetivo geral .....	23
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	23
2.3 Metodologia.....	25
2.3.1 Detalhamento das ações .....	25
2.3.2 Indicadores.....	25
2.3.3 Logística.....	42
2.3.4 Cronograma.....	44
3 Relatório da Intervenção.....	<b>45</b>
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	45
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	46
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	47
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	48
4 Avaliação da intervenção.....	49
4.1 Resultados .....	49
4.2 Discussão.....	62
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	<b>64</b>
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	66
5. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	67
6. Referências.....	69
Anexos.....	70

## **Apresentação**

O presente volume refere-se ao trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas, sendo constituído por uma intervenção com objetivo de qualificar a atenção aos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus, na UBS Sede, no município Mampituba –RS.

O volume está organizado em cinco unidades de trabalho, sequenciais e interligados. A Análise Situacional será apresentada na primeira parte, como a descrição do município no qual a UBS está localizada, as características da unidade e da rede de atenção à saúde do município. No segundo capítulo é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um Projeto de Intervenção, coma descrição da justificativa, objetivos, metodologia, logística e cronograma. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas, coma descrição dos facilitadores e das dificuldades encontradas para concretização das atividades propostas.

No quarto capítulo encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da intervenção, juntamente com a discussão e os relatórios para gestão e comunidade. Na quinta parte encontra-se a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho.

## **1 Análise Situacional**

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

A Saúde da Família (SF), criada em 1994, aqui no Brasil se consolidou como a estratégia de organização da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) propondo uma mudança de modelo e contribuindo para a efetiva melhoria das condições de vida da comunidade.

O município de Mampituba conta com duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde atuam as Estratégias de Saúde da Família (ESF), ou seja, unidade da sede, que se encontra em ampliação e unidade da Roça da Estância, que está também com projeto para sua ampliação e uma nova construção da unidade do Rio de Dentro. A situação da unidade de saúde que trabalho neste momento está difícil devido a sua infraestrutura, faltam algumas adaptações na unidade para assim melhor atender seus usuários. As salas para atendimento são usadas de modo inadequado muitas vezes por falta de salas específicas para cada procedimento.

Faltam profissionais como Assistente Social e especialista como Pediatra e Ginecologista, considero importante estes profissionais para que possamos fazer um trabalho de atendimento multidisciplinar. Além disso, a melhoria da estrutura é imprescindível nos locais como consultórios, sanitários para funcionários, as salas de curativo e procedimentos devem ser mais amplas, não tem sanitário para deficientes, não tem depósito para material de limpeza, não tem sala lavagem e descontaminação de material, não tem sala de esterilização e estocagem de material, não tem sala para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), etc. Não existe sinalização visual dos ambientes que permita a comunicação, recursos auditivos, de textos, de figuras, nem em Braille. É importante que a concepção arquitetônica das UBS se integre ao entorno, de acordo com os valores da comunidade local, que o acesso seja facilitado e que a identificação das unidades seja clara.

As ESF estão capacitadas para resolver cerca de 85% dos problemas de saúde da comunidade. Portanto, é necessário dispor de recursos estruturais e equipamentos compatíveis que possibilite uma ação dos profissionais de saúde

em relação a esse compromisso. Isto é o que se deve fazer ou esta descrita que faça. Agora como profissionais que somos, cada dia tratamos de resolver e adaptar qualquer situação que se apresenta em benefício da comunidade, família e indivíduo. Realizamos o maior esforço em conjunto com a tendência de que os usuários sejam atendidos com a qualidade que merecem apesar das dificuldades que temos, mas com esta estrutura o trabalho não é excelente nem para os usuários nem para os profissionais.

Estamos na espera da reforma da estrutura de nossa UBS e ter todas ou quase todas as estruturas permissíveis para um melhor desenvolvimento de nosso trabalho, não obstante atendemos e brindamos muito amor a todos os usuários que precisem de nós, já falta pouco tempo para ser realizado um sonho que é a nova construção da unidade de saúde da família.

## **1.2 Relatário da Análise Situacional**

O município de Mampituba, localizado no Estado do Rio Grande do Sul, possui uma extensão territorial de 157,920 km<sup>2</sup>, com uma população de 3.003 habitantes e uma densidade demográfica de 19,02 hab/km<sup>2</sup>, de acordo como Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). Localiza-se no litoral norte gaúcho, fazendo divisa ao norte e ao oeste pelo rio Mampituba com Santa Catarina, a leste faz limite com Torres, sul com Morrinhos do Sul e Três Forquilhas. A população vive basicamente da agricultura, baseada nas culturas de banana, arroz, fumo e hortifrutigranjeiros, além da pecuária.

O município possui uma equipe de Estratégia Saúde Família (ESF) com 100% de cobertura. Esta equipe é composta por um médico clínico geral do Programa Mais Médicos do Brasil de nacionalidade cubana, uma enfermeira, um técnico em enfermagem, um dentista, um auxiliar de saúde bucal (ASB) e oito agentes comunitários de saúde (ACS), atendendo a uma população de 2909 habitantes. Não temos Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), tampouco apresentamos disponibilidade de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). A equipe ainda conta com apoio de profissionais de outras áreas que trabalham juntos na mesma unidade, são eles: Cardiologista, Psiquiatra, Psicóloga, Fisioterapeuta, Ortopedista e um Cirurgião Geral, este realiza pequenos

procedimentos na unidade. Estas especialidades podem ser encaminhadas pelo médico da equipe de Estratégia Saúde Família, e pela enfermeira para avaliações. Alguns profissionais também dão apoio em grupos de saúde com palestras e dinâmicas educativas e também em visitas domiciliares, se necessário.

Em relação às Unidades Básicas de Saúde (UBS), ambas estão situadas em região rural, temos um bom vínculo com as instituições de ensino, aderimos ao Programa Saúde na Escola desde 2013. Contamos com uma equipe de ESF e uma equipe de atenção básica. Quanto à estrutura das UBS temos a unidade de Roça da Estância, que conta com quatro salas de procedimento e mais a sala da recepção, trata-se de uma unidade pequena, porém, já existe um projeto de ampliação aprovado no município. A UBS da Sede está em fase de reparação e ampliação. No momento, está em fase de construção outra unidade de saúde na comunidade de Rio de Dentro. O município é pequeno e conta com apenas uma ESF, no entanto, a construção de outra unidade justifica-se por se tratar de uma área rural, de população carente e localidades de difícil acesso.

No momento, ainda se sofre com a falta de estrutura, como por exemplo, baixo número de consultórios, falta de sanitário para funcionários, as salas de curativos e procedimentos poderiam ser mais amplas, não tem sanitário para deficientes, não tem depósito para material de limpeza, não tem sala de recepção, lavagem e descontaminação de material, não tem sala de esterilização e estocagem de material, não tem depósito para o lixo contaminado, não tem sala para os ACS, etc. Todos os pisos da UBS são de superfície lisa, as janelas são de madeira e não estão protegidas com telas mosquiteiras. Não existe sinalização visual dos ambientes que permita a comunicação, recursos auditivos, de textos, de figuras, nem em Braille. No entanto, como mencionado acima, as UBS estão em fase de ampliação e reforma e a unidade nova já está sendo construída dentro dos parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde (MS). Assim que estiverem prontas, poderemos proporcionar aos usuários um melhor desenvolvimento de nosso trabalho, além disto, já falta pouco tempo para ser realizado um sonho que é a nova construção da unidade de saúde da família.

Em relação às atribuições da equipe, toda semana a equipe de saúde e uma vez por mês todos os trabalhadores de saúde do município se reúnem como objetivo de melhorar a assistência a todas as pessoas do município, em busca de qualidade no serviço prestado aos usuários. Contudo, nesta reflexão crítica posso

dizer que em nossa unidade de saúde trabalhamos com o que temos ressaltamos com grande importância as ações de promoção e prevenção, pilares essenciais na atenção básica, pois, sem elas, não temos uma ótima qualidade de vida. Mas, muitas pessoas ainda não compreendem que o primeiro tratamento pode ser feito na própria casa com dietas, exercícios físicos e com uma vida mais saudável.

Com relação à população da área adstrita existe 2909 habitantes cadastrados pelos ACS, o que representa 1001 famílias, onde 1404 são homens e 1505 mulheres. Nas duas UBS trabalhamos com demanda espontânea e demanda agendada. Em relação à atenção a demanda espontânea o acolhimento nesta Unidade Básica de Saúde é feito pelas auxiliares de enfermagem e enfermeiras diariamente, não temos problemas do número de pacientes, pois a demanda espontânea não é em excesso, temos possibilidade de atender a todos que chegam à unidade de saúde.

O município não tem acesso ao atendimento em pronto-socorro no próprio município, e o hospital de referência está localizado em Torres. Mas temos a disposição, a apenas um quilômetro da sede do município, o hospital do município de Praia Grande/SC, com o qual temos convênio, este hospital nos fornece um bom suporte, sempre que necessário.

No município apresentamos um total de 183 crianças, destes, 91 são meninas e 92 são meninos. Em nossa área temos 25 crianças menores de um ano no momento, as mesmas recebem orientações dos cuidados ao recém-nascido e aleitamento materno. Todos esses dados são colocados nos prontuários da UBS, demais registros nas fichas de vacinas, trabalho este realiza do pela equipe de saúde. Não dispomos de protocolo de atendimento de puericultura. As ações são desenvolvidas por diagnóstico e tratamento de clínicos, não existe arquivo específico para os registros dos atendimentos da puericultura. Também contamos na UBS como programa da Bolsa Família do Ministério de Saúde; são realizadas atividades com os grupos de mães das crianças na UBS por assistente social e técnico de enfermagem. De uma forma geral, o atendimento das crianças na nossa UBS está dando os primeiros passos para o atendimento de puericultura. O calendário de vacinas é cumprido corretamente, com busca ativa dos faltosos quando necessário, é realizado o Teste de Pezinho e o da Orelhinhas e fazem no município de referência, mas a secretaria de saúde leva as crianças para realização deste. A unidade aderiu ao PSE (Programa Saúde na Escola), a

secretaria de saúde tem um bom vínculo com a secretaria da educação e trabalhamos não apenas os assuntos preconizados pelo PSE, mas todos os assuntos pertinentes à realidade local. No município contamos apenas com escolas de níveis fundamental e médio, sendo assim não contamos com o auxílio de nenhuma universidade.

Em relação ao pré-natal, na UBS temos 21 grávidas no momento. Esta cobertura está abaixo do esperado se comparada com a estimativa do Caderno Ações Programáticas (CAP), pois o número estimado é 45 gestantes para a área de abrangência. O acompanhamento é realizado pela enfermeira e o médico. A primeira consulta geralmente é feita pela enfermeira, a mesma faz questionários, exame físico completo, incluindo as mamas, indica os exames complementares do 1º trimestre.

Na comunidade realiza-se um trabalho conjunto com as mulheres de riscos pré concepcional e idade fértil pelos agentes comunitários, técnica em enfermagem e demais profissionais para detectar gravidez até doze semanas. Realiza-se um trabalho educativo com as palestras de aleitamento materno, alimentação saudável, risco de tabagismo, de álcool e de outras drogas na gravidez, as gestantes devem ter de seis até oito consultas pré-natais. Uma vez que esta gestante encontra-se em trabalho do parto são remitidas ao hospital de referência. Também são avaliados por especialistas em ginecologia segundo os riscos que apresenta, os exames complementares em cada trimestre são feitos no local da UBS e são levadas as amostras para outro município onde ficaram processadas. Depois, na etapa de puerpério, que são 42 dias, são visitadas pelos agentes comunitários, e avaliadas por enfermeiras e médico. Com relação às gestantes faltosas que não aparecem para o pré-natal, se faz necessária busca ativa para orientação e cuidados da mesma e a busca da adesão ao seu tratamento. Nós estamos preocupados porque não existe na USB um protocolo de atendimento pré- natal, porém, este protocolo estará sendo desenvolvidos nos próximos meses pelas enfermeiras da unidade.

Quanto à prevenção do câncer de colo de útero e de mama, não há na unidade registros organizados das mulheres que estão em acompanhamento. Registramos somente em prontuário. Segundo a estimativa do CAP o número de mulheres entre 25 e 64 anos correspondem a 826 mulheres, residentes na área que deveriam estar em acompanhamento para prevenção de câncer de colo de útero. Apresentamos atrasos em recepção dos resultados, devido a este fato,

muitas mulheres preferem realizar este exame em instituições privadas. Estamos trabalhando com seguintes objetivos: trabalhar com os grupos dos riscos fazendo promoção e prevenção de saúde; fazer convênio com outro laboratório mais seguro; realizar um melhor controle destes exames nos arquivos; procurar as mulheres faltosas para fazer estes exames; criar murais informativos sobre estas doenças; aumentar as atividades como fóruns e palestras, informando as mulheres sobre essas doenças e formas de prevenção, trabalhar conjuntamente para que nosso trabalho fique mais bem avaliado com ótimos resultados.

Em relação ao controle do câncer de mama, não temos protocolo, não temos livro de registro, os resultados só são registrados no prontuário clínico. Segundo estimativa do CAP, o número de mulheres entre 50 e 69 anos corresponde a 310 mulheres, que deveriam estar em acompanhamento para prevenção do carcinoma de mama. Para contribuir para a ampliação da cobertura e melhorar a qualidade do controle de câncer de mama na UBS, existem alguns aspectos importantes do processo de trabalho, como os grupos de riscos para trabalhar com promoção de saúde e prevenção de doenças, terem melhor controle de registro de cada ano e fazer uma comparação entre os casos, detectar precocemente esta doença. No momento, não há nenhum caso de câncer de mama no município. Conforme preconizado pelo MS, as mamografias de rastreamento são solicitadas pelas enfermeiras da unidade para mulheres entre 50 e 69 anos. Nos casos em que há nódulo ou risco elevado para carcinoma de mama, as mulheres são encaminhadas para avaliação do médico.

Estamos trabalhando com seguintes objetivos: fazer um trabalho de promoção e prevenção de saúde com as mulheres das idades compreendidas entre 50 e 69 anos, apesar de que também devem ser olhadas em outros grupos de idade; trabalhar em equipe com os agentes comunitários; fazer uma rede de trabalho com uma melhor organização do mesmo; em cada reunião mensal analisar estes indicadores e traçar metas de trabalho; fornecer suporte emocional às usuárias, em casos em que seja necessária a intervenção da equipe de saúde.

Na UBS realizamos atendimentos a usuários com hipertensão arterial (HAS) acima de 20 anos, conforme protocolo estabelecido para a realização deste trabalho, sendo que no momento estão sendo acompanhados 488 hipertensos, correspondem do a 73% da cobertura estimada. O cuidado é realizado durante todos os dias da semana, também temos muitas zonas de difícil acesso e os



usuários ficam envolvidos em sua rotina de trabalho, isto se torna um problema para que possam realizar suas consultas, que acontecem todos os turnos. Não acontece atendimento de pacientes com HAS fora da área de cobertura. Nas duas unidades do município trabalhamos com demanda agendada e espontânea para que sejam atendidas as necessidades dos usuários. Sendo assim 60% da demanda é para agendamento e as outras 40% ficam para o atendimento de urgências. Quando o usuário é abordado pelo médico, não sai da unidade com as próximas consultas agendadas, no entanto, sai orientado e continua sendo acompanhado, muitas vezes em visitas domiciliares, pelas enfermeiras da unidade. Todos os usuários identificados com PA elevada pela enfermagem são orientados e encaminhados para avaliação médica sempre que necessário.

Quando fazemos atendimento aos usuários classificamos os riscos cardiovasculares dos adultos de HAS, estas são registradas em Prontuários Clínicos. Não trabalhamos com arquivos específicos para os registros de atendimento dos hipertensos. Nós como profissionais de saúde conhecemos quando o usuário fica com sinais de complicação em órgãos importantes como coração, olhos, rins, exemplo de cardiopatia hipertensiva, nefropatia, retinopatia ou outras afecções como as cerebrovasculares.

Nesta UBS e na comunidade são feitas atividades como palestras e grupos com usuários hipertensos explicando-lhes as consequências negativas do tabagismo, uso de álcool e outras drogas, sobre a sua doença e a importância de eliminar os riscos da mesma. Temos uma participação ativa dos agentes comunitários que nas suas comunidades complementam realizam um papel muito importante, identificando os grupos de maiores riscos. Não fazemos planejamento, gestão das ações com os adultos com HAS e não temos avaliação destes indicadores a nível municipal.

Com relação à atenção aos usuários diabéticos, são estimados 192 usuários na área com a doença segundo informações do CAP. No entanto, estamos realizando o acompanhamento de 129 diabéticos, correspondendo a 67% da cobertura estimada. O atendimento em nossa UBS acontece todos os dias da semana, da mesma forma que com os usuários com HAS, os mesmos moram muito longe, também são atendidos em todos os turnos de trabalho e não saem da UBS com a próxima consulta agendada, não temos atendimentos de usuários fora

da área de cobertura, também não temos protocolo de atendimento para esta doença.

O atendimento destes pacientes é registrado em prontuários clínicos, sem arquivo específico para os registros de atendimento, o que faz com que não seja possível verificar os pacientes faltosos e com maior risco. Os profissionais de saúde conhecem como identificar sinais de complicações de Diabetes Mellitus (DM), como por exemplo, tromboembolismo, pé diabético, ausência de pulso dentre outras. São feitas atividades coletivas para evitar as complicações desta doença, onde tem um papel muito importante os agentes de saúde, estas atividades não são avaliadas se não monitoradas, já que são feitas por nós.

Ainda apresentamos grandes dificuldades em nosso município, grande parte da população não tem preocupação com estado de sua saúde, não entende a importância de tomar os remédios de forma certa nem a importância de uma alimentação saudável.

A qualidade de atenção tem sido boa, mais sua pesquisa e controle não tem sido como nos esperávamos. A respeito da melhoria do trabalho aos usuários com HAS apresentamos os seguintes objetivos: manter pesquisas ativas na busca de casos; trabalhar com grupos de riscos com atividades de promoção e prevenção de saúde; incrementar atividades educativas sobre uma boa orientação das atividades físicas; fazer rastreamento de HAS em pessoas de 20 anos ou mais uma vez por ano; incrementar atividades com a equipe completa; registrar nas fichas de acompanhamento os riscos cardiovasculares. Em todas as reuniões de equipe analisar, avaliar e monitorar estes indicadores.

Com relação à categoria de atenção ao paciente com DM, apesar de que as consultas são realizadas com qualidade, deveríamos fazer um bom exame físico a todos os usuários com toma de pulso e sensibilidade em ambos os pés. Apresentamos os seguintes objetivos: manter pesquisa de forma ativa em população com os grupos de riscos; fazer rastreamento de DM em pessoas de 20 anos ou mais uma vez por ano; trabalhar com estes grupos de riscos com ações de promoção e prevenção de saúde; fazer atividades como palestra com toda a equipe de saúde; orientação sobre a prática de exercícios físicos e seus benefícios para a saúde; fazer um trabalho conjunto com a dentista pesquisa dos usuários com infecção bucal e prevenir sua complicação; registrar nas fichas de

acompanhamento o risco cardiovascular.

Em relação à saúde dos idosos: não temos protocolo pra atendimento para idosos, temos muitas ações desenvolvidas em nossa UBS como imunizações, promoção de atividades físicas pela enfermeira e pelo médico, também diagnóstico e tratamento de problemas gerais, de alcoolismo, obesidade, sedentarismo e tabagismo. Todas estas ações são feitas através de palestras e atendimentos individuais, estes atendimentos são registrados pelos prontuários clínicos e fichas de espelho de vacinas, não temos um arquivo específico de idosos.

Os profissionais de saúde da UBS não avaliam as capacidades funcionais global dos idosos, já que não temos esta escala implantada em nosso atendimento, nós explicamos aos idosos e a sua família como reconhecer sinais de riscos relacionados aos problemas de saúde, por exemplo, depressão, HAS, retenção de urina, entre outros. Não temos caderneta de idosos. As atividades de grupo são feitas no âmbito da UBS, centro de assistência social ou outra esfera, onde participa enfermeiro, médico, agentes de saúde, técnicos em enfermagem, também os profissionais dedicam-se ao planejamento, gestão e coordenação das ações que não são feita sem reunião de equipe. Os idosos também são atendidos a domicílio, recebendo visitas do médico, enfermeira, técnica de enfermagem e psicóloga, a fim de identificar precocemente possíveis problemas de saúde.

Em relação à saúde bucal, o município conta com dois dentistas, um com 40 horas semanais e outro com 20 horas semanais e com todas as condições necessária para o trabalho, suficiente não só para avaliar a população de risco, mas também a toda população do município, os usuários podem assistir de forma espontânea e serem encaminhados para qualquer profissional da rede. A intervenção foi bem produtiva neste aspecto, visto que não temos nenhuma dificuldade para encaminhar os usuários para o atendimento de saúde bucal. No entanto, não dispomos de dados referentes aos indicadores de qualidade.

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

Depois de realizada a análise situacional pode se observar que ainda temos muito para melhorar. Neste período através da análise situacional, consegue-se aprofundar os conhecimentos sobre a população da área de abrangência, com suas carências e virtudes e temos a convicção de que continuaremos no trabalho para conseguir o total cadastramento das famílias. Temos muitos desafios a serem cumpridos ainda e as expectativas são as melhores.

Ainda falta muito a fazer na estratégia de saúde da família para realizar um bom atendimento a todas as pessoas do município onde possamos proporcionar uma qualidade de vida melhor aos usuários. Embora não trabalhamos com todos os protocolos de atendimentos das patologias, o que considero muito importante, porque de alguma forma trabalharíamos mais organizados. Mas também consideramos o baixo nível socioeconômico das pessoas que acham que tudo se pode resolver com uso de remédios e com estudos de alta tecnologia sem pensar que uma dieta saudável, exercícios físicos podem resolver muitos problemas de doenças também, pois falta ainda muito a fazer enquanto medicina preventiva. A população necessita ser conscientizada sobre a importância da prevenção.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (BRASIL, 2006). A HAS tem elevada prevalência, como também acentuada parcela de hipertensos não diagnosticados, ou não tratados de forma adequada, ou ainda pelo alto índice de abandono ao tratamento. Quase sempre, acompanham lesões nos vasos sanguíneos com consequentes alterações de órgãos alvos como cérebro, coração, rins e retina. Geralmente, é uma doença silenciosa: não dói, não provoca sintomas, entretanto, pode matar. Quando ocorrem sintomas, já decorrem de complicações.

Uma doença crônica para a maioria das pessoas pode modificar de forma profunda a sua vida. As modificações estão relacionadas às atividades da vida cotidiana, pois, desde o estabelecimento do diagnóstico, ocorrem sentimentos de angústia e desespero perante a percepção do pouco controle acerca de sua vida, diminuindo a potência para agir e pensar. Essa situação leva as pessoas à necessidade de cuidado integral de saúde, envolvendo os aspectos biológicos, culturais, sociais, econômicos, psicológicos (Brasil, 2006).

O Diabetes Mellitus (DM) vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares. É estimado que o Brasil passe da 8ª posição, com prevalência de 4,6%, em 2000, para a 6ª posição, 11,3%, em 2030 (BRASIL, 2006).

Os fatores de risco relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida da população estão associados a este incremento na carga de diabetes globalmente. Analisando a importância do DM como carga de doença, ou seja, o impacto da mortalidade e dos problemas de saúde que afeta na qualidade devida dos seus

portadores, por meio dos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade, verifica-se que, em 1999, o DM apresentava uma taxa de 12 por mil habitantes, ocupando a oitava posição (BRASIL,2010).

Neste contexto, os usuários, necessitam de acompanhamento sistemático por equipe multiprofissional de saúde que ofereçam as ferramentas necessárias para o manejo da doença com vistas ao auto cuidado. Essas ferramentas estão relacionadas às informações que possibilitem ao usuário lidar com situações no dia a dia, advindas da doença tais como a aceitação. A Unidade Básica de Saúde (UBS) onde atuamos tem em suas e de duas equipes, uma equipe de atenção básica e uma Estratégia de Saúde da Família. A equipe de saúde da família conta com oito agentes comunitários de saúde (ACS), uma técnica em enfermagem, uma enfermeira, um médico, um dentista e uma auxiliar de consultório odontológico. O município é responsável por 2909 habitantes na área adstrita, o que representa 1017 famílias.

Na unidade estão em acompanhamento 488 hipertensos e 129 pacientes diabéticos atualmente cadastrados na UBS, representando um percentual de 73% de hipertensos e 67% de diabéticos, segundo dados da estimativa do CAP. A qualidade de atenção à população é boa em nosso município, no entanto os moradores acham que os problemas de saúde só serão resolvidos com a intervenção dos profissionais, remédios e estudos de alto custo e não através das mudanças de hábitos e estilo de vida. São desenvolvidas ações de promoção em saúde em toda a comunidade, escola, e em cada consulta de forma individual por técnico de enfermagem, enfermeira, médico clínico geral, dentista, psicóloga.

As maiores dificuldades estão relacionadas à realização dos exames complementares em dia de acordo com o protocolo, sendo que a cota de exames disponibilizados mensalmente pelo SUS é insuficiente, gerando na maioria das vezes uma demora muito grande para a realização destes exames em tempo oportuno. Devido ao baixo nível de escolaridade e cultural da maioria da população acredita-se que há dificuldades quanto ao uso adequado de medicamentos. Dificulta também a troca frequente de profissionais na rede. E a cultura da região, que consome churrasco e o uso do sal em excesso como um costume, gera um desafio para nós profissionais, para apropriação de estratégias educacionais que realmente promovam mudanças nos estilos de vida da população.

Contudo, vimos à necessidade de implantar novas ações, estabelece do um sistema de atenção mais organizado, com a ampliação das ações para todos os membros de nossa equipe.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Ojetivo geral**

Melhorar a atenção aos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na população adstrita no município de Mampituba/RS.

### **2.2.2 Ojetivos específicos e metas**

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

**Meta 1.1:** Cadastrar 80 % dos hipertensos da área de abrangência no programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Meta1. 2:** Cadastrar 80% 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.

Metas 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.

Meta2. 5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta2. 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.

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

Meta3. 2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

Meta 4.1: 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.

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

Meta6. 2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos pacientes diabéticos.

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

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

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

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



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

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

## 2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade da Saúde da Família, situada na Sede do município de Mampituba, pertencente ao estado Rio Grande do Sul. A intervenção contará como envolvimento da equipe da ESF do município, com foco nos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus e acontecerá de fevereiro a maio de 2015.

Para organização do trabalho serão utilizados os Protocolos do Ministério da Saúde, os “Cadernos de Atenção Básica nº 36 e 37”, do ano de 2013.

Ao longo destes quatro meses, as ações serão desenvolvidas com base em quatro eixos pedagógicos: (1) Organização e gestão do serviço, (2) Monitoramento e avaliação, (3) Engajamento público, (4) Qualificação da prática clínica.

### 2.3.1 Detalhamento das ações

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura de pacientes hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 80% dos hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

#### Monitoramento e avaliação

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

**Detalhamento:** Ocorrerá semanalmente, em reunião de equipe, 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 uma planilha próprias para este fim e disponibilizada pelo curso de especialização.

### Organização e Gestão do Serviço

**Ação:** Garantir os registros dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no programa.

**Detalhamento:** Toda a vez que algum profissional atender a um usuário hipertenso ou diabético a recepção fornecerá a ficha espelho deste usuário junto como prontuário. O profissional responsável pelo atendimento irá fazer o preenchimento das informações da consulta tanto no prontuário quanto na ficha espelho. Diariamente, os registros de atendimento dos hipertensos e diabéticos atendidos na UBS serão revisados pela enfermeira da equipe para que nenhuma ficha espelho fique incompleta.

**Ação:** Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS e DM.

**Detalhamento:** Primeiramente a equipe receberá capacitação sobre o protocolo de atendimento adotado e serão definidos os profissionais responsáveis pelo primeiro atendimento. Será organizada a agenda de consultas médicas e de enfermagem, a fim de organizar as consultas de retorno e as primeiras consultas encaminhadas pelos agentes de saúde e também da demanda espontânea. Para os usuários que vierem a UBS com queixa aguda relacionada à sua patologia será garantida consulta no mesmo dia.

**Ação:** Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde e garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

**Detalhamento:** Serão solicitadas fitas métricas para as medidas de circunferência abdominal e braquial. Estabelecer parceria com a gestão municipal para que mensalmente ocorra a manutenção dos aparelhos, verificando a precisão dos mesmos.

### Engajamento Público:

**Ações:** Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e DM da unidade de saúde, sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos de idade pelo menos anualmente. Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mm Hg e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

**Detalhamento:** Os agentes de saúde serão capacitados, inicialmente para informar a comunidade sobre o programa na UBS e sobre a importância de realizar a medida da pressão arterial, assim como os fatores de risco da doença e também do diabetes. Também serão confeccionados cartazes e folders informativos sobre as patologias; Serão organizadas atividades educativas em sala de espera falando sobre as formas de prevenção das doenças e seus principais sintomas e complicações; Em todos os grupos existentes na UBS será abordado o assunto.

### Qualificação da Prática Clínica:

**Ações:** Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde. Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

**Detalhamentos:** Todas essas ações de capacitação, orientação e realização de atualizações com a equipe devem ser realizadas na fase inicial da intervenção. A equipe já deve estar preparada para recepcionar o usuário e o fere certo do o que ele precisa, desde as orientações básicas a te o medicamento. As atividades serão realizadas conforme cronograma de atividades educativas para a equipe, à qual deve ser apresentado os Protocolos de atenção à saúde do hipertenso e diabético; Devem-se registrar essas atividades em livro próprio para esse fim.

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

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

Meta 2.2: Garantir 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.3: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos.

Monitoramento e Avaliação:

**Ação:** Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.

**Detalhamento:** será coletada numa planilha de coleta de dados e o registro será feito em todas as consultas pela médica e enfermeira utilizando a ficha especificada no programa.

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

**Detalhamento:** Serão coletados numa planilha de coleta de dados para identificar os exames solicitados. O monitoramento da periodicidade será realizado examinando os registros na ficha espelho mensalmente.

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

**Detalhamento:** O gestor municipal irá garantir o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia com a prioridade.

**Ação:** Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

**Detalhamento:** Os usuários serão encaminhados para atendimento odontológico durante as consultas médicas e de enfermagem.

### Organização e Gestão do Serviço

**Ações:** Definir as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos; Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS, estabelecendo a periodicidade para atualização dos profissionais; Disponibilizar a versão atualizada do protocolo impressa na UBS.

**Detalhamento:** Utilizando os protocolos de atenção à saúde de hipertensos e diabéticos, serão definidas as atribuições de cada membro da equipe. Realizar as capacitações dos profissionais na Unidade de Saúde, mensalmente, de acordo com cronograma pré-estabelecido. Organizar o cronograma para realizar as capacitações, de maneira continuada. Disponibilizar a versão digital e impressa atualizada do protocolo na unidade de saúde através da solicitação para gestão municipal.

### Engajamento Público:

**Ações:** Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizadas, bem como o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e de possíveis alternativas para obter este acesso.

Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

**Detalhamento:** Realizar palestras nas comunidades para orientar os usuários. Estabelecer um cronograma de atividades educativas nas diversas áreas profissionais, não apenas em saúde, visando esclarecer tanto os usuários quanto seus familiares, sua rede social e seus cuidadores em relação a estas doenças crônicas, suas demandas e limitações. A criação do Conselho Local de Saúde também serviria de base para apoiar todas as práticas educativas na comunidade.

#### Qualificação da Prática Clínica:

**Ações:** Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado; capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares e avaliar a necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

**Detalhamentos:** Todas essas ações de capacitação, orientação e realização de atualizações com a equipe devem ser realizadas na fase inicial da intervenção. Deve ser apresentado os Protocolos de atenção à saúde do hipertenso e diabético. Devem-se registrar essas atividades em livro próprio para esse fim, e o material apresentado deve ser discutido, garantindo o aprendizado e o entendimento das condutas a serem adotadas desde a recepção do paciente até o encaminhamento a Níveis de atenção mais elevados. As capacitações serão realizadas pelo médico, mensalmente, no horário da reunião de equipe.

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

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

#### Monitoramento e Avaliação:

**Ações:** Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo da UBS.

**Detalhamento:** Serão coletadas numa planilha as informações para acompanhar o cumprimento das consultas.

#### Organização e Gestão do Serviço

**Ações:** Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

**Detalhamento:** Planejar visitas domiciliares realizadas por profissionais da equipe para buscar os faltosos às consultas. Incluir dentro das visitas domiciliares dos ACS àqueles faltosos. Incluir na agenda estabelecida o acolhimento dos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

#### Engajamento Público:

**Ações:** Informar a comunidade sobre a importância de realização da consulta se manter a periodicidade preconizada para a realização destas.

**Detalhamento:** Realizar palestras nas comunidades para informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas, ouvir a comunidade sobre estratégias para não o correr evasão dos portadores de hipertensão e diabéticos e esclarecer aos portadores de hipertensão e diabético se às comunidades sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Serão orientados mediante consulta médica e de enfermagem e atividades com os grupos ou em outros espaços comunitários; atividades estas realizadas pela enfermagem e médica da nossa equipe.

#### Qualificação Da Prática Clínica

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

**Detalhamento:** Serão capacitados todos agentes comunitários para oferecerem as orientações sobre a importância do comparecimento nas consultas e sua periodicidade. A capacitação será realizada pelo médico da equipe, durante o período das reuniões.

**Objetivo 4:** Melhorar os registros das informações.

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

#### Monitoramento e Avaliação:

**Ações:** Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS.

**Detalhamentos:** Serão coletados em todas as consultas numa planilha de coleta de dados para acompanhar os indicadores do programa.

#### Organização e Gestão dos Serviços:

**Ações:** Manter as informações do SIAB atualizadas; implantar a ficha de acompanhamento e definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quando exista atraso na realização de consulta de acompanhamento, 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.

**Detalhamentos:** Manter um registro atualizado e de fácil acesso e consulta a toda a equipe com todos os dados necessários para a identificação dos usuários com alguma falha no atendimento. Será responsável o médico, a enfermeira da equipe para o monitoramento dos registros. Será utilizada uma planilha de coleta de dados que será avaliada mensalmente para se obter o controle e identificar as situações de alerta.

Engajamento Público:

**Ações:** Orientar os usuários se a comunidade sobre seus direito sem relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

**Detalhamento:** Os usuários serão orientados durante as atividades feitas no acolhimento, em consulta médica e de enfermagem, assim como outras atividades com os grupos ou em outros espaços comunitários, realizado pela médica e enfermeira da equipe.

Qualificação Da Prática Clínica:

**Ações:** Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos e o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e diabético.

**Detalhamento:** Será capacitada toda a equipe pelo médico.

**Objetivo 5:** Mapear hipertensos e diabéticos de risco.

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

Monitoramento e Avaliação:

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

**Detalhamentos:** Médico e enfermeira, nas consultas individuais, verificarão se os usuários realizaram a avaliação pelo menos uma vez ao ano e priorizarão o



atendimento dos usuários avaliados como alto risco; será usada a ficha de acompanhamento e o preenchimento e monitoramento pela médica e enfermeira.

#### Organização e Gestão do Serviço:

**Ações:** Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco organizando a agenda para o atendimento desta demanda.

**Detalhamento:** Identificar os riscos na consulta e agendar retorno. A de quaro agendamento de consultas de acordo a avaliação de risco.

#### Engajamento Público

**Ações:** Orientar os usuários sobre seu nível de risco e a toda a comunidade quanto à importância do adequado controle dos fatores de risco modificáveis, assim como à importância do acompanhamento regular.

**Detalhamento:** Serão orientados tanto os usuários como a comunidade toda sobre a importância do adequado controle dos fatores de risco modificáveis, durante as atividades feitas no acolhimento, em consulta médica e de enfermagem, assim como outras atividades com os grupos mensais ou em outros espaços comunitários; estas atividades serão realizadas pela médica, enfermagem e agentes comunitários de nossa equipe.

#### Qualificação da Prática Clínica:

**Ações:** Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgão salvo e nas estratégias para o controle dos fatores de risco modificáveis.

**Detalhamento:** Será capacitada toda a equipe pelo médico.

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

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

Meta 6.2: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Meta 6.3: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Meta 6.4: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes

hipertensos e 100% dos diabéticos.

Monitoramento e Avaliação:

**Ações:** Monitorar a realização de orientação nutricional, atividade física regular, riscos do tabagismo e sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

**Detalhamentos:** As orientações das consultas de enfermagem, médica e do dentista serão registradas na ficha espelho e passadas para a planilha de coleta de dados, a qual possibilitará fazer o monitoramento das informações passadas.

Eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

**Ações:** Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável, envolvendo nutricionistas nestas atividades. Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física, demandando junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nestas atividades.

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

**Detalhamento:** Organizar uma agenda de visitas e atividades com a equipe do Núcleo de Assistência à Saúde da Família, vislumbrando ações voltadas à Nutrição e à atividade física. O gestor deverá comprar os medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo". Organizar a agenda de atendimento de forma que sejam distribuídos os usuários dentro de um horário regular para a consulta. Solicitar a participação do Odontólogo na realização de orientação sobre higiene bucal a os hipertensos e diabéticos seja em nível individual como coletivo.

Engajamento Público:

**Ações:** Orientar hipertensos, e diabéticos, e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, atividade física regular, riscos do tabagismo e a importância da higiene bucal.

**Detalhamento:** Realizar palestras nas comunidades e nos grupos de atenção básica, sala de espera para orientar hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, prática regular de atividade física, abandono do tabagismo e higiene bucal.

Qualificação Da Prática Clínica:

**Ações:** Capacitar à equipe sobre práticas de alimentação saudável, promoção da prática de atividade física regular, tratamento de pacientes tabagistas e as ferramentas necessárias para oferecer orientações de higiene bucal.

**Detalhamento:** Serão capacitados todos os membros da equipe, pelo médico e odontólogo de nossa equipe. Todas as atividades e ações serão realizadas durante atividades de educação permanente.

### 2.3.2 Indicadores

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

**Meta 1.1:** Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 1.1:** 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.

**Meta1. 2:** Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar dia.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa. Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

**Meta3. 2:** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa. Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Meta5. 1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

**Meta5. 2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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



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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### 2.3.3 Logística

Para a intervenção na atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos serão utilizados os protocolos do Ministério da Saúde-Cadernos de Atenção Básica da Saúde– Nº 36 e 37, Doença Crônica Hipertensão Arterial Sistêmica e de Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, de 2013. O mesmo já disponível na UBS, sendo utilizado quando necessário para esclarecimento de dúvidas da equipe.

Primeiramente revisaremos o cadastro dos usuários hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência a partir do mapeamento das microáreas. Trabalho este realizado pelos ACS. Realizaremos uma sessão de trabalho de mesa revisando a situação de cada micro-área e revisando a prevalência atual, objetivando fazer um recadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos, cadastro de usuários hipertensos e diabéticos que ainda não estão cadastrados e o rastreamento em busca de usuários ainda não diagnosticados.

Todos os usuários possuem prontuários, são registrados todos os atendimentos dos adultos com HAS e DM nos prontuário clínicos e também agora, utilizaremos a ficha-espelho fornecida pelo curso (vide anexo). O enfermeiro e os ACS também utilizarão um livro para seu controle. Todos os ACS agendarão as consultas dos usuários uma vez ao mês, realizando um levantamento em sua micro-área, identificando os pacientes faltosos para encaminhamento a UBS. O monitoramento dos exames realiza dose dos faltosos as consultas serão realizadas semanalmente, pelos ACS e enfermeira.

Realizaremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade na área de abrangência para apresentar o Projeto de Intervenção, esclarecendo a importância da realização dele.

Através de datas estabelecidas no cronograma serão realizadas capacitações com as comunidades, nas escolas, na igreja, para que todos aqueles que queiram possam acessar e receber as informações com relação à importância de modificar os hábitos de vida, visando diminuir a quantidade de pacientes com fatores de risco modificável que podem desencadear as doenças, sem um momento determinado, e aumentar as ações de saúde para fazer pesquisa ativa dos usuários com hipertensão e diabetes, organizar a agenda para aumentar os atendimentos dos usuários com fatores de risco e aumentar a realização de

atividades de promoção e prevenção em saúde. Com isto buscamos uma agenda organizada e assim aumentar a satisfação dos usuários pelo atendimento programado.

A capacitação sobre o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus a toda a equipe de saúde acontecerá após horário utilizado para a reunião da equipe. Ao final da reunião entregaremos a cada membro da equipe o protocolo impresso para juntos discutirmos e estudar seu conteúdo. O responsável por essa atividade é o médico e será na própria UBS.

Semanalmente a enfermeira examinará as planilhas mensais de consultas agendadas, identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos ou exames laboratoriais em atraso. O agente comunitário de saúde fará busca ativa de todos os usuários em atraso. Estimasse cinco por semana totalizando 20 por mês. Ao fazer a busca, já agendará o paciente para um horário de sua convivência. Ao final de cada mês, as informações coletadas em prontuário e nas planilhas de controle serão consolidadas na planilha eletrônica.



### **3 Relatório de Intervenção**

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

Em relação às ações realizadas todas foram muito importantes e de impacto para o serviço. A introdução do uso dos protocolos atualizados de atendimento de hipertensos e diabéticos também foi fundamental na melhoria do atendimento em nossa unidade básica de saúde. Nossa primeira ação realizada foi quando as agentes comunitárias de saúde foram até os bairros de nossa área de abrangência para divulgar o projeto de intervenção, conversando sobre a importância de todos os diabéticos e hipertensos residentes na área de abrangência da UBS comparecer na unidade, sendo o primeiro acolhimento que eles tiveram da equipe.

Quanto ao trabalho com a comunidade sobre prevenção e conscientização sobre doenças crônicas como o Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial também deve ser continuado, é um trabalho sem fim, pois devemos sempre estar em contato com a população e realizando trabalhos educativos, principalmente por ser uma comunidade de nível sócio econômico e educativo menor, o que ocasiona maior dificuldade de entendimento e percepção dos riscos do não controle da doença. Sendo assim, diversas orientações foram repassadas para todos os diabéticos e hipertensos, como a alimentação mais adequada e mais saudável, sinais e sintomas da doença e suas complicações.

A formação dos grupos de hipertensos e diabéticos foi adequada e atitudes que estão dando certo, pois nos locais que conseguimos formar os grupos notamos a adesão dos pacientes bem como a participação dos mesmos mensalmente como uma alternativa de tratamento e melhora, porém, precisamos aprimorar cada vez mais, pois o intuito é continuar convidando outros profissionais para participar e enfatizar os grupos. Os grupos fizeram bem a todos os usuários e trouxeram boas mudanças nos hábitos devida dos mesmos e seus familiares e percebemos que eles querem que este tipo de atendimento continue com a mesma qualidade após o término da intervenção.

As reuniões semanais previstas foram realizadas todas as segundas-feiras pelo qual conseguimos dar andamento ao projeto e sua revisão semanal. Semanalmente avaliamos os usuários cadastrados e os faltosos para planejar sua

busca ativa e agendar datas para realizar as intervenções e visitas domiciliares para aqueles usuários que não conseguiram comparecer até unidade. Com relação ao atendimento clínico organizou-se da seguinte forma: todos os usuários hipertensos e diabéticos do município foram convidados pelos ACS a participar da intervenção fazendo uma consulta de rotina. Além dos ACS, foi entrado em contato com lideranças comunitárias locais, que concordaram com a intervenção e nos ajudaram na divulgação do projeto. Os usuários que foram diagnosticados com hipertensão ou diabetes durante o projeto também foram inseridos na intervenção, além dos casos em que usuários que procuravam a UBS por outras causas, se tinham diagnóstico de hipertensão ou diabetes, também eram inseridos na intervenção.

Enfrentamos poucas dificuldades e uma delas está relacionada às situações climatológicas, ou seja, dias chuvosos que afetaram o trabalho da equipe; outra dificuldade é o baixo nível de escolaridade de nossa população, muitas pessoas são analfabetas utilizando seus remédios de forma inadequada, conforme vem se estruturando o trabalho na comunidade, a equipe também tem consciência desta situação e nas visitas domiciliares se orienta cada usuário ou seus familiares se for o caso; como se separam os medicamentos e como os devem tomar.

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

As ações previstas no projeto foram desenvolvidas, porém tinha-se a intenção que a intervenção durasse 16 semanas, o que não foi possível devido a mudanças no cronograma da universidade, reduzindo esse período para 12 semanas.

Entendemos que deveriam ser realizadas mais atividades de prevenção e promoção de saúde nas comunidades para um maior entendimento da população, visto que se trata de uma população de baixo nível socioeconômico e cultural. E também, as atividades da intervenção em saúde necessitam de um tempo maior de abordagem para que possam apresentar resultados positivos.

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

Não houve dificuldades maiores na coleta dos dados, pois temos todos os dados necessários dos usuários nos prontuários. Uma das unidades faz uso de prontuário eletrônico (PEC/e-sus), mas tem arquivado todos os prontuários de papel. A outra unidade ainda faz uso de prontuários de papel, está em fase de implantação do prontuário eletrônico. Os dados também foram coletados sem maiores problemas na ficha espelho dos usuários, já o cálculo dos indicadores é feita automaticamente.

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

A capacitação prévia da equipe permitiu que os mesmos conhecessem a forma como seria implantado o projeto, fato que favoreceu a incorporação do projeto a rotina da unidade. Outro fato que nos ajudou foi o conhecimento da população a respeito da realização do projeto, sendo que a divulgação foi realizada através dos agentes comunitários de saúde.

Tivemos por objetivo, contudo, a conscientização da comunidade, ou seja, uma mudança no estilo de vida das pessoas como, por exemplo, nos hábitos alimentares e a importância de atividade física com o intuito de diminuir a morbimortalidade provocada por estas doenças (hipertensão arterial e diabetes mellitus).



## 4 Avaliação da Intervenção

### 4.1 Resultados

A intervenção realizada tratou da implantação do Programa de Atenção à saúde de Hipertensos e Diabéticos. A população da área de abrangência da ESF SEDE é de 2909 habitantes cadastrados pelos ACS . Para essa população, estão cadastrados 488 usuários hipertensos e 129 usuários diabéticos (ambos os grupos com 20 anos ou mais). A intervenção objetivou qualificação da Atenção à Saúde dos hipertensos e diabéticos, na ESF SEDE, Mampituba/RS.

A seguir estão descritos os resultados da intervenção na ESF para os indicadores do atendimento de hipertensos e diabéticos.

**Objetivo 1** – Ampliar a cobertura do atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência.

**Meta 1.1:** Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Os resultados obtidos durante o período de intervenção foram valiosos e benéficos para Unidade de Saúde. No período de acompanhamento de 12 semanas de intervenção, nossa pretensão foi alcançar a cobertura do Programa de 80% de todos os nossos hipertensos da área de abrangência. No primeiro mês foi possível atender e recadastrar no programa 88 usuários, ou seja, 18%. No mês seguinte, foram 198 usuários (40,6%) hipertensos recadastrados e no terceiro mês completamos 259 (53,1%) usuários atendidos (Figura 1).

Observa-se um aumento gradativo na cobertura do Programa ao longo dos três meses com 88, 198 e 259 hipertensos atendidos nesse período. A meta inicial estipulada seria alcançar 80% de cobertura, porém chegou-se a um percentual de 53,1%. O resultado alcançado deve-se a fatores como a meta muito ambiciosa, além da diminuição do tempo de intervenção que inicialmente foi planejada para 16 semanas; também outro fator que incide é baixo nível de escolaridade de nossa população que só procura atendimento médico quando estão doentes.

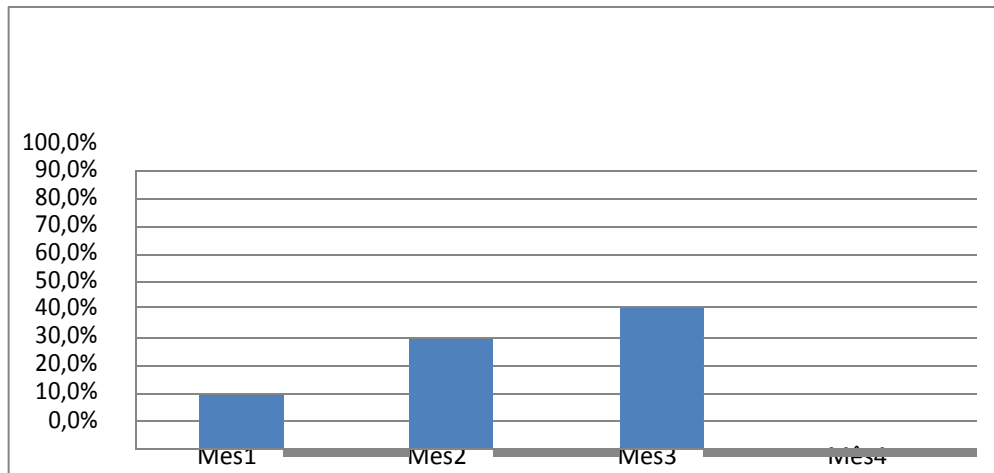


Figura 1 - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde SEDE município de Mampituba/RS,2015.

No cálculo da Cobertura do Programa de atenção ao diabético na Unidade de Saúde, a pretensão foi alcançar a meta 80% de cobertura. No primeiro mês foram cadastrados e atendidos 25 (19,4%) usuários diabéticos. No mês seguinte foram 57(44,2%) usuários e no terceiro mês completamos com 79(61,2%) usuários atendidos, de um total de 129 diabéticos residentes no território/área de abrangência da UBS (Figura 2).

No caso dos diabéticos, foi possível alcançar um percentual maior de intervenções, isto se deve ao fato do número de diabéticos ser menor que o número de hipertensos. O monitoramento da cobertura dos diabéticos cadastrados no programa ocorreu 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 que foi disponibilizada pelo curso de especialização.

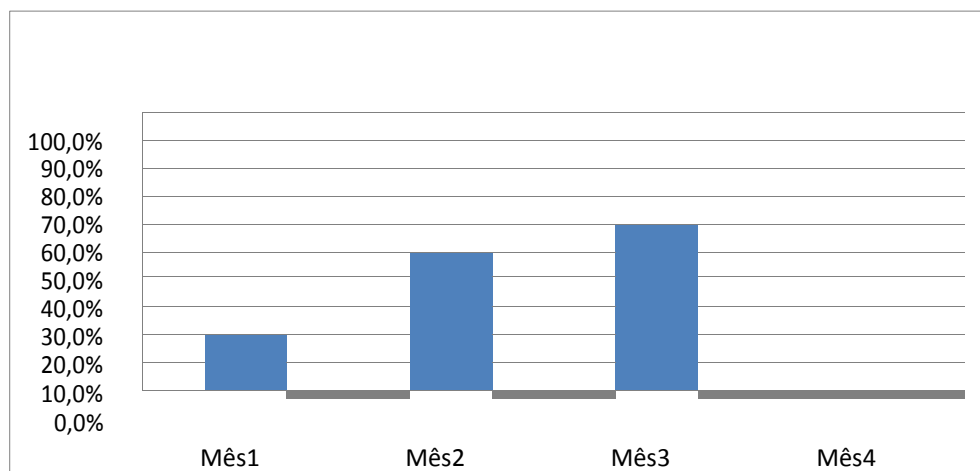


Figura 2 - Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Sede município de Mampituba/RS, 2015.

**Objetivo 2** – Melhorar a qualidade na atenção aos usuários hipertensos e diabéticos.

**Meta 2.1 e 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Em relação à qualidade da atenção aos hipertensos, foi estipulada a meta de 100% de hipertensos com a realização de exame clínico apropriado. No primeiro mês, 56 (63,6%) usuários hipertensos já apresentavam exames clínicos em dia anotados em prontuário clínico. No segundo mês foram 136 usuários (68,2%) e no terceiro mês completamos 174 usuários (67,2%) que já haviam realizado estes exames antes da intervenção. A figura 3 exibida abaixo mostra uma constância nos três meses de coleta de dados e isso ocorre devido os usuários procurarem diferentes profissionais da rede de saúde, não apresentando um seguimento clínico como estabelece os protocolos do MS. Desde o início do projeto solicitávamos que os usuários comparecessem a consulta com todos os exames, laudos e diagnósticos emitidos por diferentes profissionais de saúde que já tinham em casa e eram recentes, no entanto isso nem sempre se concretizava.

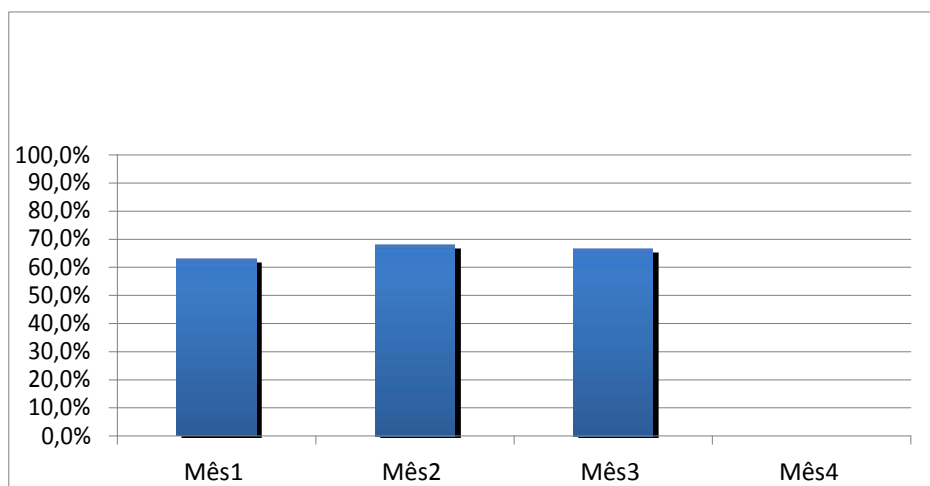


Figura 3 – Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com protocolo na unidade de saúde SEDE município de Mampituba/RS, 2015.

Em relação à qualidade da atenção aos diabéticos, foi buscado atingir a meta de 100% de usuários com exame clínico em dia. No primeiro mês, 18 (72,2%) pacientes estavam com exame clínico em dia antes. No mês seguinte foram 45(78,9%) usuários e no terceiro mês completamos 60 (75,9%) usuários (Figura 4). Aos usuários que não tinham exames clínicos em dia, tiveram seus exames realizados.

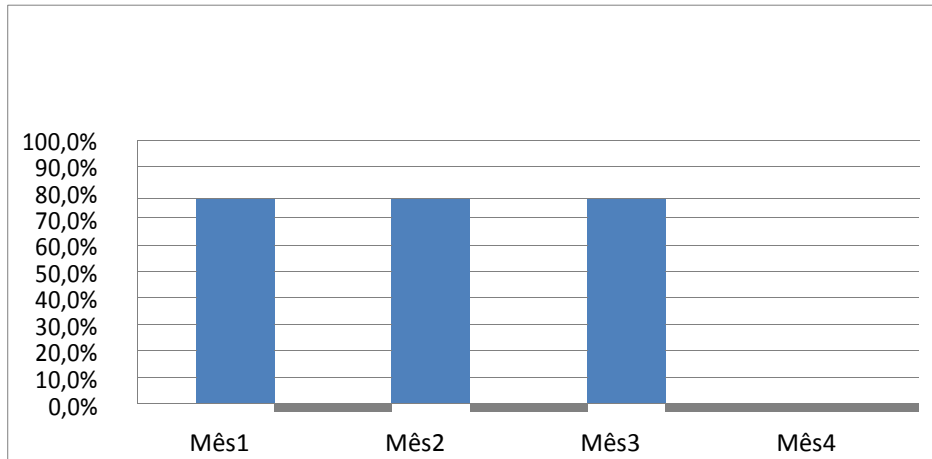


Figura4 – Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com protocolo, na unidade de saúde SEDE município de Mampituba/RS, 2015.

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

Em relação a o indicador que tratado número de hipertensos com solicitação de exames complementares em dia, a evolução desse indicador obedeceu a uma constante ao longo dos meses. No primeiro mês, 63 usuários (71,6%) estavam com exames complementares em dia. No segundo mês foram 151 usuários (76,3 %) e no terceiro mês completamos 207 usuários (79,9%) com esta condição. Analisando a figura 5 a, praticamente 80% dos usuários apresentaram os exames complementares em dia, como estabelece o protocolo. A colaboração e o trabalho dos Agentes Comunitários facilitaram o resultado alcançado, pois estes exigiam dos usuários o comparecimento nas consultas com todos os exames já realizados. Isso permitiu-nos indicar os exames àqueles usuários que não apresentavam e conseqüentemente não congestionou mais o sistema. Como muitos usuários procuram diferentes profissionais da rede, não é necessário indicar novos exames se o usuário não tem critério clínico para tal antes do tempo estabelecido no protocolo.

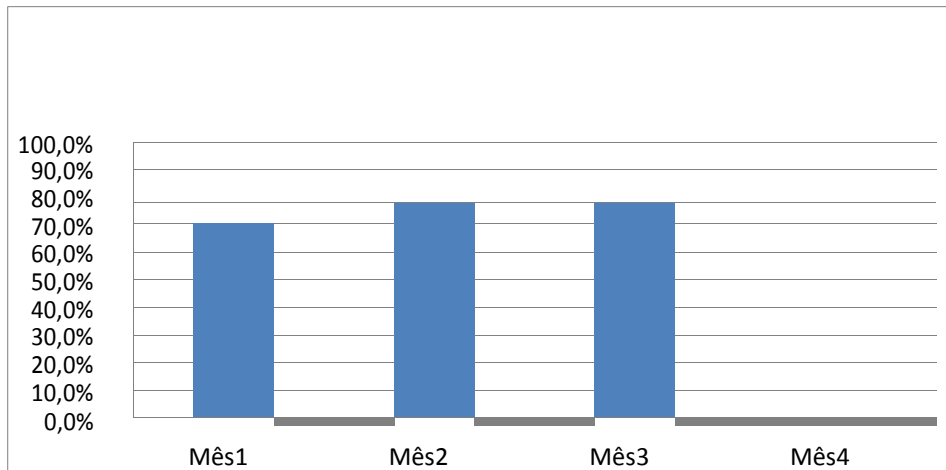


Figura 5 – Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com protocolo, na unidade de saúde SEDE município de Mampituba/RS, 2015.

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

Da mesma forma como ocorreu em relação à proporção de hipertensos com exames complementares em dia, ocorreu também com os diabéticos. Observou-se que no primeiro mês 17 usuários (68,0%) estavam com exames em dia antes da intervenção. No segundo mês somaram-se 47 usuários (82,5%) e no terceiro mês completamos 67 usuários (84,8%) com esta condição (Figura 6).

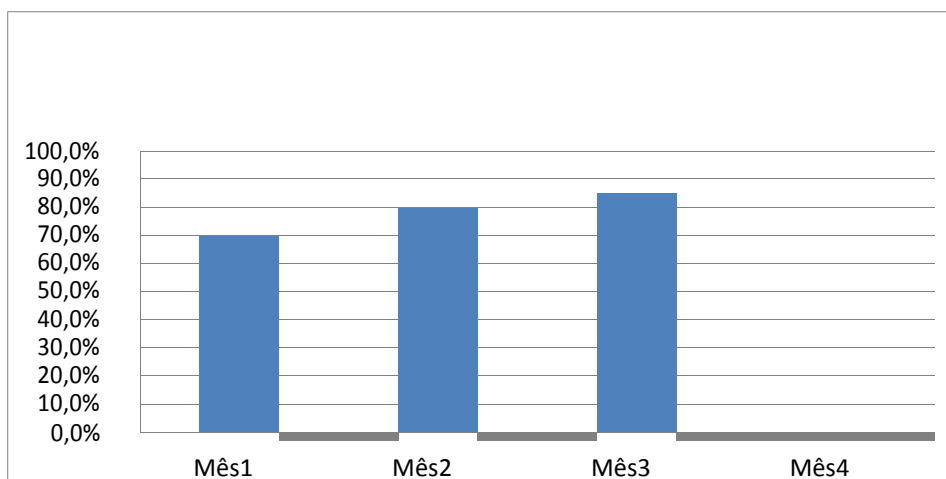


Figura 6–Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com protocolo, na unidade de saúde SEDE município de Mampituba/RS, 2015.

**Meta 2.5 e 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Analisando a proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular e tendo como meta priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, verificou-se o seguinte: no primeiro mês 81 usuários (95,3%) tiveram prescritos medicamentos que fazem parte da farmácia popular. No segundo mês foram 161 usuários (83,0%) e no terceiro mês completamos 202 usuários (79,2%). Ao final da intervenção, observou-se que dos 255 usuários atendidos, que faziam uso de medicamentos, 202 usuários tinham em sua prescrição medicamentos que fazem parte da farmácia popular (Figura 7).

Sobre este aspecto, a farmácia da unidade de saúde e popular apresenta os medicamentos necessários para o controle da doença. O que acontece no município é que ainda existem usuários que não acreditam na efetividade dos remédios genéricos. É necessário trabalhar com este fato, porém, não se configura um problema porque os usuários que pensam dessa forma apresentam um poder financeiro melhor. Mesmo assim, sempre falamos da efetividade destes medicamentos. Por este motivo, os 79,2% utilizam os medicamentos da farmácia popular e só 20,8% dos pacientes utilizam remédios de outras marcas.

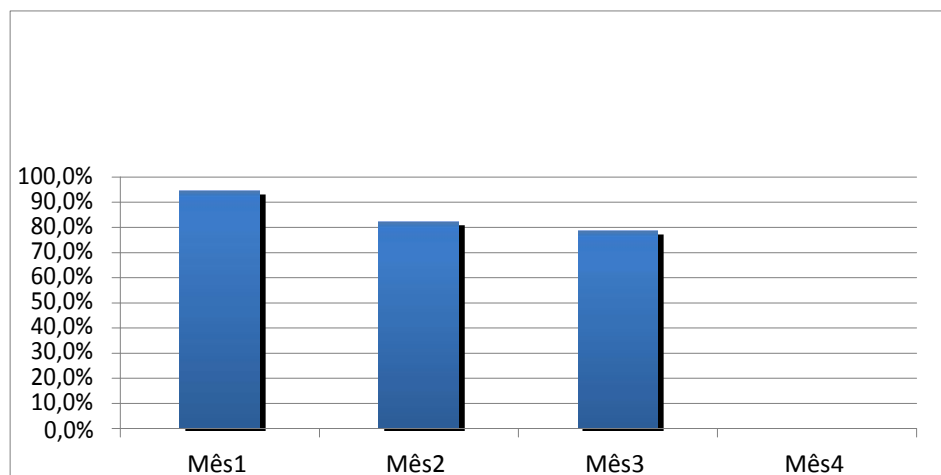


Figura 7 – Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular, na unidade de saúde SEDE município de Mampituba/RS, 2015.

Em relação aos diabéticos, verificou-se que no primeiro mês, 22 usuários (88,0%) fizeram uso de medicamentos da farmácia popular. No mês seguinte foram 48 usuários (84,2%) e no terceiro mês completamos 63 usuários (79,7%). Aqui acontece o mesmo descrito com os usuários que apresentam hipertensão arterial, sendo que 79,7% fazem uso dos remédios de farmácia popular e 20,3% utilizam de outras marcas (Figura 8).

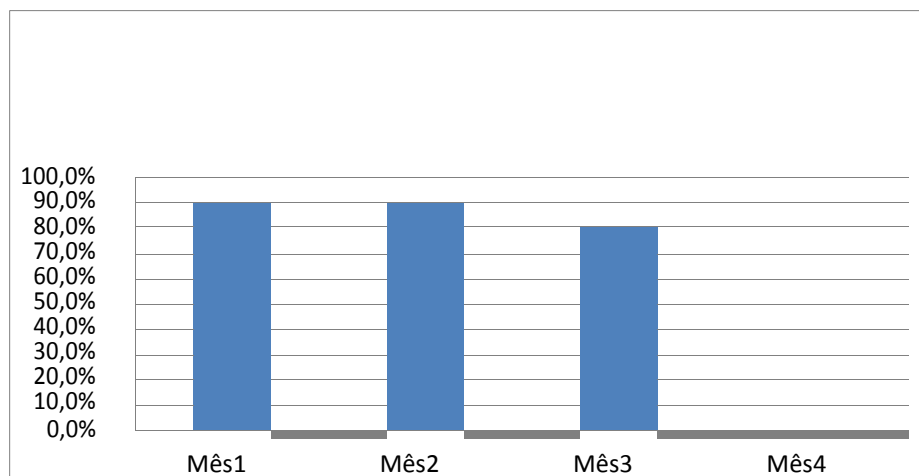


Figura 8 – Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular na unidade de saúde SEDE município de Mampituba/RS, 2015.

**Meta 2.7 e 2.8:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Em relação aos hipertensos que foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico com consulta periódica como dentista, no primeiro mês foram 73 usuários (83,0%) avaliados, no segundo mês foram 153 usuários (77,3%) e no terceiro mês completamos com 195 usuários (75,3%), conforme figura 9. A metade 100% não foi alcançada em grande parte devido ao baixo nível socioeconômico da população, pois muitos relatam medo de realizar o tratamento odontológico. Não atribuo à baixa cobertura como um problema de administração de saúde do município, pois contamos com dois dentistas, um com 40 horas semanais e outro com 20 horas semanais, suficiente não só para avaliar a população de risco como também a toda população do município. A equipe trabalha no sentido de melhorar a adesão ao tratamento odontológico e atingir 100% dos pacientes avaliados, porque profissionais existem, igualmente existem

recursos fornecidos pelo município. Nesse sentido, não foi alcançada a meta de 100% dos usuários devido a baixa adesão dos usuários.

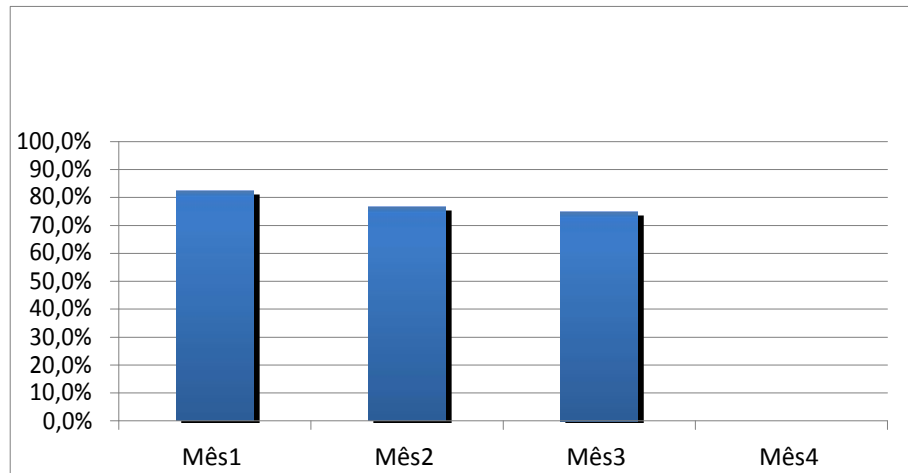


Figura 9 – Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde SEDE município de Mampituba/RS,2015.

Em relação à avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos pacientes diabéticos também estimamos a meta de garantir 100% de avaliações das necessidades odontológicas, porém os resultados alcançados foram os seguintes: no primeiro mês quando iniciamos com o grupo foram 21 usuários avaliados (84,0%); no segundo mês foram 51 usuários (89,5%) e no terceiro mês completamos 63 usuários (79,7%), conforme figura 10.

A mesma situação dos usuários hipertensos se repete com os usuários diabéticos, já que a maioria apresenta as duas doenças.

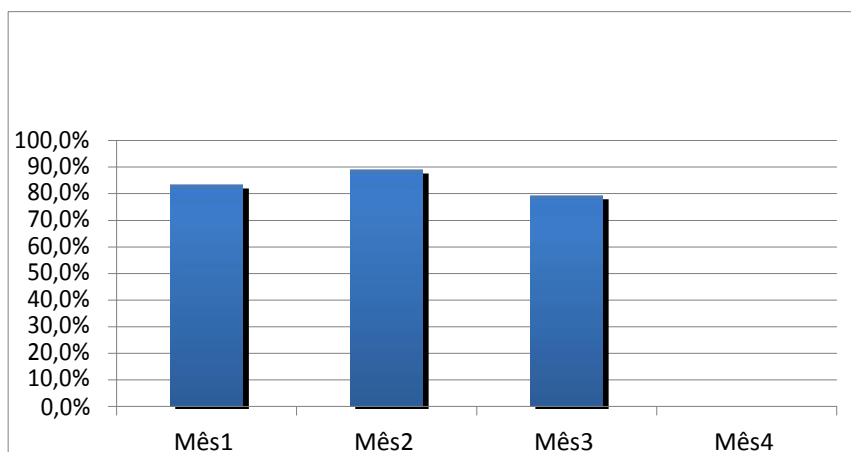


Figura 10 – Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde SEDE município de Mampituba/RS, 2015.



**Objetivo 3** - Melhorar a adesão dos hipertensos e diabéticos ao Programa.

**Meta 3.1 e 3.2:** Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Para aumentar a adesão dos hipertensos e diabéticos ao Programa, foi estabelecido que a equipe realizasse a busca ativa de todos os faltosos às consultas. Dessa forma, no primeiro mês 36 hipertensos não compareceram a consulta, mas apenas 25 receberam a busca ativa (69,4%). No segundo mês, 85 hipertensos faltaram à consulta e 68 deles tiveram a busca ativa realizada (80,8%). No terceiro mês dos 112 que faltaram à consulta, também apenas 100 foram localizados em seus domicílios (89,3%).

Não foi alcançado 100% de eficácia com a busca ativa devido a vários fatores como: zonas de difícil acesso, as situações climatológicas (fortes chuvas durante praticamente toda intervenção) e a dificuldade de encontrar os pacientes em casa (Figura 11).

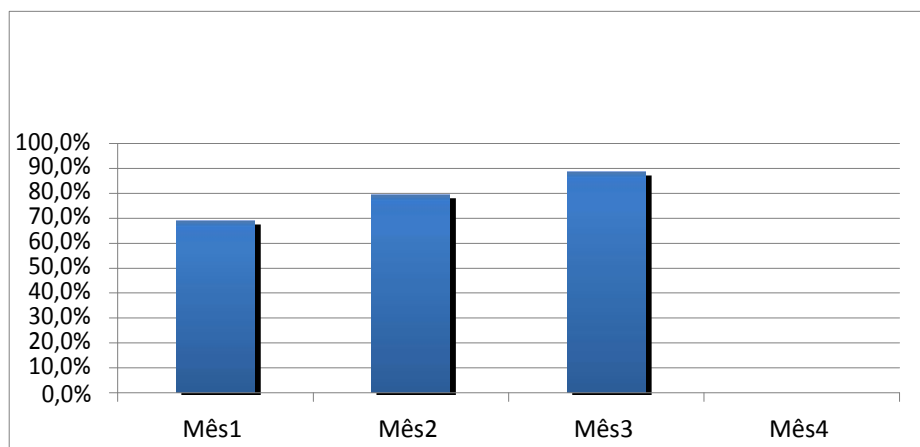


Figura 11– Proporção de hipertensos faltosos a consulta com busca ativa na unidade de saúde SEDE município de Mampituba/RS,2015.

Em relação aos usuários diabéticos faltosos consultas com busca ativa, no primeiro mês 10 diabéticos faltaram à consulta, sendo realizada a busca de 8 usuários (80,0%); no segundo mês, 20 usuários diabéticos faltaram à consulta e 15 deles tiveram a busca ativa realizada (75,0%); no terceiro mês, dos 30 que faltaram à consulta, também 25 foram localizados em seus domicílios (83,3%), conforme figura 12.

Assim como no caso dos usuários hipertensos, no caso dos usuários

diabéticos os agentes comunitários de saúde também encontraram dificuldade em realizar a busca ativa devido a situações climáticas (fortes chuvas durante o período de intervenção) e moradores de localidades de difícil acesso.

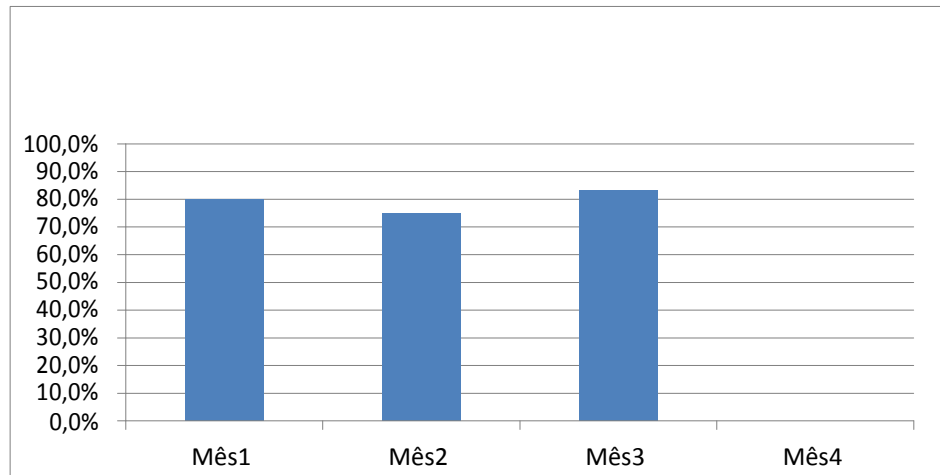


Figura12–Proporção de diabéticos faltosos a consulta com busca ativa na unidade de saúde SEDE município de Mampituba/RS, 2015.

**Objetivo 4** - Melhorar o registro das informações na Unidade.

**Meta 4.1 e 4.2:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Em relação ao objetivo de melhorar o registro das informações, a meta foi manter ficha de acompanhamento dos 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, observando que não existia um acompanhamento adequado. Dos usuários que foram atendidos, no primeiro mês, 57 usuários estavam como registro adequado (64,8%). No segundo mês foram 131 usuários (66,2%) e no terceiro mês completamos 164 usuários (63,3%) que possuíam o registro adequado ou ficha de acompanhamento conforme o protocolo (Figura 13). A meta não foi alcançada em 100%, visto que os usuários não mantêm vínculo com apenas um médico, muitas vezes iniciam o tratamento com um e acabam trocando de médico, optando por médicos particulares, o que faz com que não tenhamos acesso aos registros. Muitas vezes, os usuários procuram outro profissional de fora da unidade e quando retornam à UBS não sabem relatar qual foi o tratamento realizado, não raro perdem as receitas, fatores estes de dificultam o acompanhamento da ficha de atendimento.

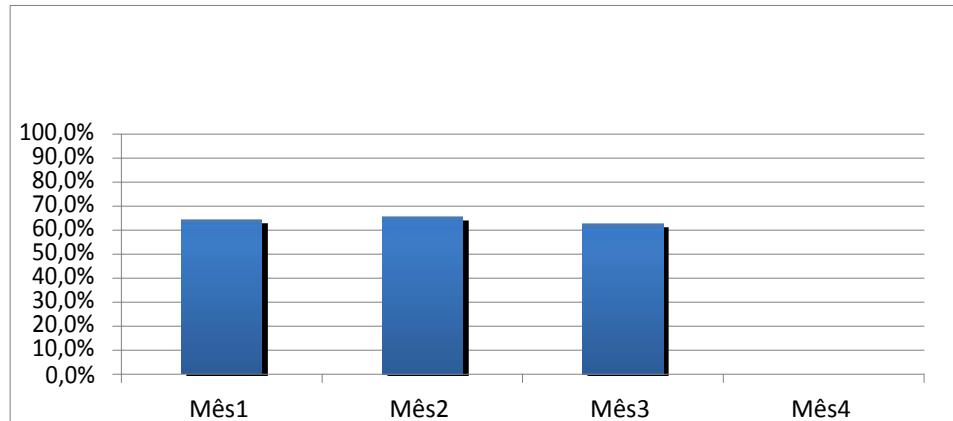


Figura13–Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na unidade de saúde SEDE município de Mampituba/RS, 2015.

Para manter a ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, através do projeto, no primeiro mês 15 usuários (60,0%) possuíam registro adequado conforme protocolo, no segundo mês foram 43 usuários (75,4 %) e no terceiro mês completamos 55 usuários (69,6%), conforme figura 14.

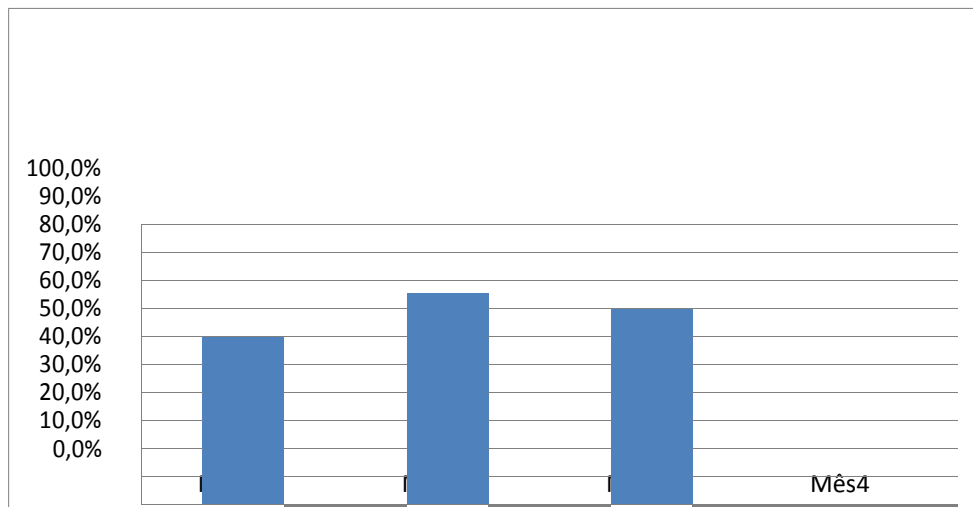


Figura 14 – Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, na unidade de saúde SEDE município de Mampituba/RS, 2015.

**Objetivo 5** - Mapear hipertensos e diabéticos para avaliação de risco cardiovascular.

**Meta 5.1 e 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

No indicador referente à proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular os resultados foram os seguintes: no primeiro mês foi realizado em 83 (94,3%) usuários, no segundo mês 188 (94,9%) e no terceiro mês a 246 (95,0%) usuários (Figura 15). Estes resultados têm muita relação com o indicador dos exames complementares. E neste aspecto foi fácil, pois como solicitávamos todos os exames prévios à consulta e dispomos da consulta de um especialista de cardiologia em nosso município, praticamente todos pacientes apresentaram avaliação do cardiologista. O problema de nossa população é que não se conscientizam do risco de suas doenças.

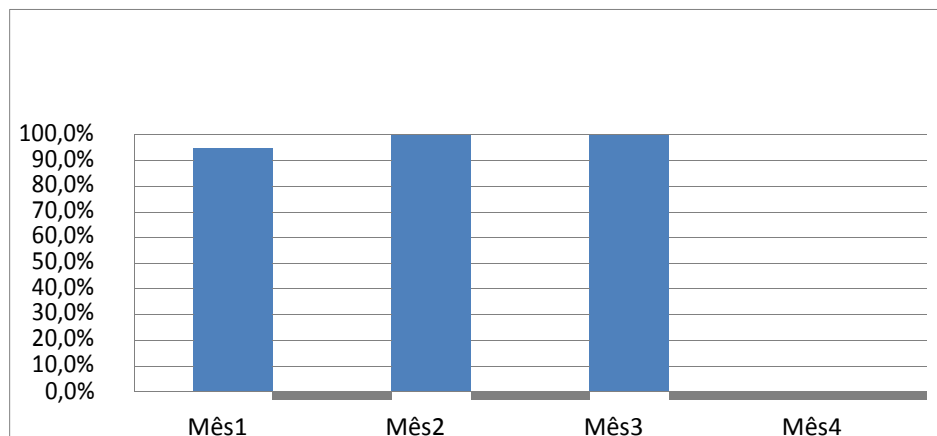


Figura 15 – Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular, na unidade de saúde SEDE município de Mampituba/RS, 2015.

No caso dos pacientes diabéticos, no primeiro mês 23 usuários (92,0%) foram avaliados quanto ao risco cardiovascular, no segundo mês foram 55 usuários (96,5%) e no terceiro mês completamos 74 usuários (93,7%), conforme figura 16.

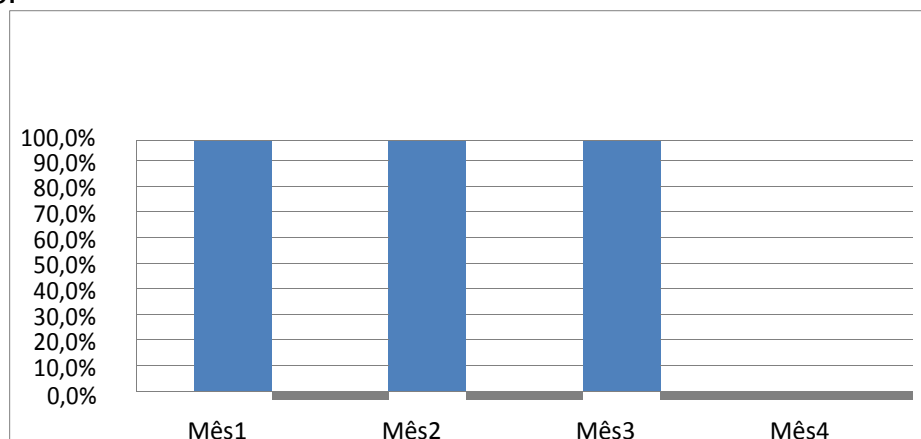


Figura 16 – Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular, na unidade de saúde SEDE município de Mampituba/RS, 2015.

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

**Meta6. 1,6. 2,6. 3,6. 4,6. 5,6. 6:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos, garantir orientação sobre prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e orientações sobre higiene bucal.

De acordo com a proposta de atendimento que deve ser oferecido aos usuários hipertensos e diabéticos está à orientação sobre hábitos nutricionais saudáveis, prática de atividade física regular, riscos do tabagismo e sobre higiene bucal. Estes temas foram trabalhados junto em nossa Unidade Básica de Saúde, posto da equipe de ESF. Os temas foram desenvolvidos através da orientação em consulta individual, palestras na comunidade, bem como durante a atividade como grupo de hipertensos e diabéticos. Também foram entregues folders de forma individual a cada usuário em consulta. Também contamos com o apoio de Psicóloga do município, onde existe o programa antitabagismo, para todos os usuários que tenham vontade de parar defumar.

Foi garantida orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal a todos os usuários com hipertensão e diabetes de nossa área cadastrada e para o resto de população também.

Esta estratégia foi realizada dia após dia, mas usuários buscam orientações com outros profissionais de saúde, alguns sem ficar doentes ainda. A evolução do indicador foi positiva, atingindo 100% dos usuários que chegam à unidade, já que toda a equipe foi capacitada para tal.

## 4.2 Discussão

A intervenção na UBS, Sede, proporcionou a ampliação da cobertura da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos de forma integral, com a qualificação dos exames clínicos a todos os usuários, detectando assim algumas complicações como neuropatias periféricas, insuficiência arterial periférica. Também se destaca a melhoria dos registros, pois houve uma padronização da forma de registrar por toda a equipe.

A intervenção exigiu uma capacitação de toda a equipe para seguir os protocolos recomendados pelo Ministério da Saúde para o rastreamento, diagnóstico e acompanhamento destes pacientes pelos agentes comunitários de saúde em suas visitas diárias as famílias. Isso provocou um impacto geral na forma de organização do trabalho, proporcionando uma rotina de trabalho com todos os usuários de nossa comunidade. Houve também um acompanhamento destes pacientes pelos agentes de saúde comunitários em suas visitas diárias as famílias, onde foram explicadas aos moradores as características das doenças e foi solicitado aos moradores que procurassem as unidades de saúde, onde seriam recebidos pela recepcionista. Esta preenchia alguns dados necessários na ficha espelho e anexava ao prontuário do usuário.

Em seguida a enfermeira registrava o peso, estatura, perímetro braquial, pressão arterial, hemoglicoteste e índice de massa corporal, logo com todos os dados são anotados na ficha espelho. Após, os usuários passavam a consulta médica onde era realizado um interrogatório e exame físico exaustivo sendo avaliados também os exames realizados anteriormente, segundo o protocolo se indicava novos exames se necessário. Também foram feitos reajustes nas doses das medicações e em casos necessários os usuários foram encaminhados para a especialidade correspondente. Todos os profissionais que participaram na atividade orientaram sobre as medidas de prevenção e controle das doenças.

Estas adequações no processo de trabalho trouxeram um impacto nas atividades realizadas no serviço, pois melhoramos a qualidade do acolhimento realizado pela equipe de enfermagem e pelos ACS na recepção, sendo que todos os usuários com 20 anos ou mais realizaram a aferição da pressão arterial e com isso, foram diagnosticados vários novos casos de HAS. O impacto da intervenção

ainda é pouco reconhecido pela comunidade, pois ainda não é dada a importância que se necessita para o controle das doenças, como por exemplo, mudança no estilo de vida, algo considerado bem simples. Também há usuários que se recusam a ser atendidos como estabelecido pelo protocolo, sendo assim não conseguimos lograr uma total cobertura nos atendimentos.

Durante o período da intervenção, faltou uma articulação com a comunidade para explicar os critérios para priorização da atenção e sobre o impacto que esta gera na qualidade de vida das pessoas. Então, se fosse realizar a intervenção neste momento, a prioridade seria trabalhar na comunidade, disponibilizando um tempo maior na carga horária para promover assim uma mudança no estilo de vida da população, através de palestras de conscientização com temas destinados a prevenção e promoção de saúde.

Agora, finalizando a Especialização em Saúde da Família, percebemos que a intervenção está incorporada na rotina do serviço. Dessa forma, teremos condições de superar as dificuldades encontradas, através da conscientização da comunidade, ou seja, uma mudança no estilo de vida das pessoas como, por exemplo, nos hábitos alimentares e a importância de atividade física com o intuito de diminuir a morbidade e mortalidade provocada por estas doenças crônicas. A partir da próxima reunião de equipe pretendemos ampliar a cobertura dos usuários com hipertensão e diabetes. Também pretendemos implementar o programa de atenção a saúde da mulher, com ações de prevenção de câncer, dando prioridade as neoplasias que se podem detectar de forma precoce como é o câncer do colo do útero e mama. Tendo já como experiência o projeto anterior.

### 4.3 Relatório da intervenção para gestores

Prezados gestores,

Em relação ao objetivo de melhorar a atenção à saúde do usuário, realizou-se ao longo de 12 semanas a intervenção na saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) na UBS Sede. Essa intervenção teve como finalidade aumentar a cobertura dos atendimentos aos usuários hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência e melhorar a nossa qualidade dos atendimentos a estes usuários, com a realização de um exame clínico apropriado; padronização dos registros e do processo de trabalho da equipe. Conseguimos atualizar o cadastro dos usuários, como também a realização das visitas domiciliares.

Os resultados obtidos durante o período de intervenção foram valiosos para a Unidade básica de Saúde. Para ampliar a cobertura da população diabética e hipertensa na área, este objetivo tinha como meta cadastrar 80% dos usuários com hipertensão e diabetes que pertenciam à área de abrangência. Ao final da intervenção foram cadastrados: 259 usuários com hipertensão, representando uma cobertura de 53,1 % e 79 usuários com diabetes, o que corresponde a uma cobertura de 61,2% cadastrados no programa. O planejamento de nosso projeto foi de 16 semanas e a turma 7 teve tempo reduzido para sua execução, reduzindo, assim a intervenção para 12 semanas. Melhoramos também a adesão dos usuários, pois aumentamos a busca ativa dos usuários faltosos às consultas conforme a periodicidade recomendada, chegando ao percentual de 89,3% de busca aos hipertensos e 83,3% dos diabéticos no terceiro mês de intervenção. Como se pôde observar foi um trabalho muito intenso para os agentes comunitários de saúde. Não foram alcançados 100% de eficácia com a busca ativa devido a vários fatores como: zonas de difícil acesso, as situações climatológicas (fortes chuvas durante praticamente toda intervenção) e a dificuldade de encontrar os usuários em casa.

Em relação ao objetivo, melhorar a qualidade de atenção ao usuário com diabetes e hipertensão a meta era realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários. Ao final da intervenção atingiu-se 100% da meta, pois para todos os usuários cadastrados o exame físico foi realizado em todas as consultas.



Caracterizando que nossa estratégia deu certo. Com relação ao objetivo, melhorar o registro das informações dos usuários com hipertensão e diabetes em nossa UBS a meta era manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários cadastrados na unidade de saúde. Ao final da intervenção atingiu-se 100% da meta, pois para todos os usuários cadastrados, os registros foram realizados se atualizado sem todas as consultas. Nesta meta contou-se muito com a ajuda dos ACS.

Em relação ao objetivo promover à saúde dos usuários com HAS e/ou DM a meta era garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal aos 100% dos usuários, atingiu-se 100% das metas para os usuários com diabetes e hipertensão. Para alcançar as metas propostas criamos o grupo de usuários com hipertensão e diabetes os quais aconteceram mensalmente.

Foi muito importante o apoio que foi recebido da gestão para desenvolver o projeto. De forma geral, houve um melhor controle e organização da rotina de trabalho. Porém, poderia ser disponibilizado mais tempo, para uma maior intervenção comunitária, com ações para a promoção da saúde. Visto que, através do projeto ficou claro que deve haver uma conscientização da população, para que haja uma mudança no estilo de vida e hábitos alimentares. Pois, apenas atendimento com consultas médica e realização de exames não é capaz de controlar suas doenças.

Com a intervenção, melhoramos a qualidade da saúde do município e acredito que este foi o passo inicial para continuar a melhorar a saúde da população não somente na temática das duas doenças crônicas, mas que também difundir para outras áreas como na saúde da mulher, do idoso e da criança, por exemplo. Esperamos continuar com as ações desenvolvidas nesse período à rotina da UBS e que possamos melhorar e ajudar a comunidade aqui presente.

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

Caros usuários da UBS SEDE,

Durante o período de 12 semanas, realizamos a intervenção na atenção à saúde de pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) na nossa unidade básica de saúde, com o objetivo de propiciar melhorias no atendimento aos usuários e, também, à comunidade do município.

Ao longo da intervenção, aumentamos cobertura dos atendimentos aos usuários hipertensos e diabéticos, com o seu cadastramento em registros específicos, de forma padronizada. Organizamos consultas clínicas planejadas para o público-alvo, fazendo com que cada membro da equipe saiba qual é a sua função dentro e fora da unidade básica de saúde, possibilitando aos usuários o diagnóstico precoce de suas doenças.

Elaboramos objetivos, metas e ações para intervir na realidade de nossos usuários com pressão alta ou diabetes. Nesse período, cadastramos 259 hipertensos (53,1%) e 79 diabéticos (61,2%). Procuramos para isso, embora não tenhamos atingido a meta de 80%, garantir melhores registros, acolhimento, material, capacitação da equipe sobre o protocolo de atendimento, entre outros.

Durante toda intervenção, observamos que a população não percebe a necessidade de existir uma mudança no estilo de vida, nos hábitos alimentares para ter sucesso no tratamento das doenças. Sendo assim, tão importante a realização de atividades de educação em saúde com a participação da população alvo, familiares, cuidadores e outras pessoas da comunidade. Dessa forma, todos nós adquirimos novos conhecimentos sobre estas duas doenças, pois aprendemos a controlá-las e diminuir o risco cardiovascular. Nesse sentido, para que haja um maior êxito na implantação deste projeto, se faz necessária uma maior co-responsabilidade por parte da população.

Contudo, a intervenção trouxe muitas melhorias para a comunidade: cadastramentos dos usuários, realização das visitas domiciliares, rastreamento dos fatores de risco associados, orientação sobre a prática regular de atividades físicas e a introdução de hábitos alimentares saudáveis. Todos esses fatores contribuíram para melhorar a qualidade da saúde do município. Esperamos que essa intervenção possa continuar e que, dessa forma, propicie muitos benefícios à comunidade.

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

O curso de especialização foi muito importante para o amadurecimento no âmbito profissional, como também acadêmico. A proposta de realizar as atividades teóricas semanais e aprofundar o conhecimento sobre a unidade básica onde estou trabalhando, de forma prática, além do convívio com os profissionais de saúde da equipe e a concretização da intervenção, foram algumas etapas percorridas durante o curso.

A educação faz parte do tratamento dos usuários diabéticos e hipertensos juntamente com a dieta, o exercício físico e o uso de medicamentos. É um processo contínuo que, através da aprendizagem traduz conhecimentos em ações para o auto cuidado. A atenção ao usuário com diabetes e hipertensão foi o foco do presente estudo. O trabalho em grupo desenvolvido com pessoas portadoras de hipertensão e diabetes estimula a participação ativa no cuidado da própria saúde, possibilitando o alcance de hábitos saudáveis de forma consciente, além de estimular a co-responsabilidade por parte dos pacientes, a fim de comprometer os mesmos com o tratamento da sua doença. A oportunidade de discutir dificuldades e vivências entre pessoas que possuem problemas semelhantes amplia a compreensão acerca da doença e o compromisso para assumir as mudanças.

Contudo, tínhamos a clareza de que não seria uma tarefa fácil a realização de nossa intervenção. Não era simplesmente atribuir tarefas a todos ou elaborar ações e realizá-las em determinadas áreas. Devíamos envolver toda a equipe, os usuários, a comunidade e gestores no processo de intervenção para um aprendizado efetivo e duradouro de forma a contemplar melhor a nossa abordagem e que fosse mais pertinente e adequado para todos. Sem dúvida foi uma construção coletiva, que dependeu do encontro de uma série de fatores, situações, objetivo e ações, para concretizar nosso trabalho. A realização de parceria com a equipe e demais profissionais da área de saúde, serviu como incentivo para que todos dessem continuidade ao trabalho. Com os resultados obtidos neste trabalho pode-se constatar que o projeto desenvolvido é sem dúvida de suma importância, tanto para a comunidade quanto para a equipe, uma vez que, é potencialmente um instrumento a ser usado na construção de um modelo de controle de doenças como a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus,

ampliando o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção aos usuários diabéticos e hipertensos, reconhecendo quais são as maiores carências da comunidade em se tratando de educação em saúde. É fundamental que se tenha uma visão sobre o usuário com diabetes e hipertensão como um ser social, capaz de atos e fatos, dotado de experiência e em conformidade como senso crítico, sujeito de seu próprio desenvolvimento. Somente uma intervenção levada de forma adequada, é capaz de favorecer o desenvolvimento crítico pleno ou a construção da autonomia dos usuários com diabetes e hipertensão. A prevenção primária deve ser realizada visando alcançar a população geral, que inclui pessoas doentes e não doentes, quanto aos usuários do serviço de saúde.

## 6 Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

<http://www.mampituba.rs.gov.br/index.php/sobre-a-cidade/historico>

<http://portalsaude.saude.gov.br/>

## **Anexos**

**Anexo A - Documento do comitê de ética**

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

---

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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

### Anexo B- Planilha de coleta de dados

Pronto

Apresentação / Orientações / Dados da UBS / Mês 1 / Mês 2 / Mês 3 / Mês 4 / Indicadores

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
1	Digite apenas nas células em VERDE.												
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
26													

**Observações:**

- Considere as pessoas que são **APENAS HIPERTENSOS** residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao hipertensivo. Você pode obter este dado contando as fichas de hipertensos!
- Considere as pessoas que são **APENAS DIABÉTICOS** residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao diabético.

**\*Estimativa no território**

População total: 2200

Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (IBZ da pc): 1474

Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22,7% (VIGANTEL, 2011)): 335

Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (5,6% (VIGANTEL, 2011)): 83

Este seria o número total estimado de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território. Seu usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C5.

Este seria o número total estimado de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C6.

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1													
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista da Hipertensão ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está regularizado em fichas de acompanhamento?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
700	697												
701	698												
702	699												
703	700												
704	Soma automática			67	12	46	31	70	53	58	61	33	
705	HIPERTENSOS			67		43	28	67	50	55	58	31	
706	DIABÉTICOS				12	9	7	12	10	10	10	4	





