

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 8**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica  
e/ou diabetes mellitus na USF Tancredo Neves, Júlio de Castilhos/ RS**

**Yamila Avila Segura**

**Pelotas, 2015**

**Yamila Avila Segura**

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica  
e/ou diabetes mellitus na USF Tancredo Neves, Júlio de Castilhos/ 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.

Orientador: Mônica B. C. Vohlbrecht

Pelotas, 2015

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

S456: Segura, Yamila Aila

: Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na USF Tancredo Neves, Júlio de Castilhos, RS / Yamila Aila Segura; Monica Bergmann Correia Vohlbrecht, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

84 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. Vohlbrecht, Monica Bergmann Correia, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a minha família, especialmente a minha mãe que tanto apoiou e me ajudou nestes quase dois anos de trabalho longe da minha terra.

## **Agradecimentos**

Agradeço aos integrantes da equipe da Unidade Básica Tancredo Neves, Júlio de Castilhos, que trabalharam ao meu lado estes três meses com tanta dedicação e a secretaria de saúde por colaborar garantindo os materiais necessários.

## Resumo

SEGURA, Yamila Avila. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na USF Tancredo Neves, Júlio de Castilhos, RS.** 2015. 84f. 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.

O presente estudo apresenta a perspectiva de melhorar a atenção às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Tancredo Neves do município Júlio de Castilhos/RS, em um período de 16 semanas. Foi desenvolvida a intervenção com o propósito de atuar de forma estratégica no grupo programático de hipertensos e/ou diabéticos, por meio de ações pautadas nos eixos de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualidade da prática clínica, contemplando a realidade situacional da Unidade Básica de Saúde com a utilização da ficha-espelho e a planilha de coleta de dados digital. A intervenção para este grupo de atenção abordou aspectos relacionados à cobertura, adesão e qualidade da atenção à ação programática, registro e mapeamento de risco da população-alvo desta ação e promoção de saúde relacionada ao programa, tornando possível alcançar os seguintes resultados: aumento da cobertura do Programa de Atenção à hipertensão atingindo 30,7% (199) de um total de 648 usuários com hipertensão, além do cadastramento de 65,4% (121) das pessoas com diabetes de um total de 185. Melhorou a qualidade do atendimento realizado na unidade ao usuário com hipertensão e/ou diabetes através das capacitações desenvolvidas com os profissionais que atuam na unidade básica de saúde, realização de exame clínico apropriado nas consultas em 49,7% (99) dos hipertensos e 43,8% (53) dos diabéticos, solicitação de exames complementares periódicos em 52,3% (104) dos usuários hipertensos e 48,8% (59) dos diabéticos, houve melhora do registro das informações e no mapeamento de hipertensos e/ou diabéticos com risco para doença cardiovascular, assim como realização de ações de promoção à saúde para este grupo populacional, além de propiciar a participação mais integrada da equipe entre seus membros, assim como com a comunidade, melhorando assim a cobertura e qualidade da atenção aos usuários portadores de HAS e DM e permitindo a equipe um maior conhecimento dos principais problemas de saúde e sociais que afetam a

nossa comunidade para poder influir diretamente sobre eles e em conjunto com a secretaria de saúde, planejar ações de prevenção e promoção.

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

## Lista de Figuras

Figura 1: Fotografia da fachada da USF Tancredo Neves, Júlio de Castilhos/RS, 2015.....	15
Figura 2: Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Tancredo Neves. Júlio de Castilhos/RS, 2015.....	54
Figura 3: Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Tancredo Neves. Júlio de Castilhos/RS, 2015.....	54
Figura 4: Gráfico da proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Tancredo Neves. Júlio de Castilhos/RS, 2015.....	55
Figura 5: Gráfico da proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Tancredo Neves. Júlio de Castilhos/RS, 2015.....	56
Figura 6: Gráfico da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Tancredo Neves. Júlio de Castilhos/RS, 2015.....	57
Figura 7: Gráfico da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Tancredo Neves. Júlio de Castilhos/RS, 2015.....	57
Figura 8: Gráfico da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada na unidade de saúde Tancredo Neves. Júlio de Castilhos/RS, 2015.....	58
Figura 9: Gráfico da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada na unidade de saúde Tancredo Neves. Júlio de Castilhos/RS, 2015.....	59
Figura 10: Gráfico da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Tancredo Neves. Júlio de Castilhos/RS, 2015.....	60
Figura 11: Gráfico da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Tancredo Neves. Júlio de Castilhos/RS, 2015.....	60



Figura 12: Gráfico da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na unidade de saúde Tancredo Neves. Júlio de Castilhos/RS, 2015.....	62
Figura 13: Gráfico da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na unidade de saúde Tancredo Neves. Júlio de Castilhos/RS, 2015.....	62
Figura 14: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na unidade de saúde Tancredo Neves. Júlio de Castilhos/RS, 2015.....	63.
Figura 15: foto da frente da unidade de saúde Tancredo Neves. Júlio de Castilhos/RS, 2015.....	81
Figura 16. Fotografia de ação educativa sobre atividade física. Educadora física trazendo informações sobre a importância desse item para a saúde. Unidade de Saúde da Família Tancredo Neves. Júlio de Castilhos/RS, 2015.....	67
Figura 17. Fotografia da parte prática da atividade de educação sobre atividade física. Unidade de Saúde da Família Tancredo Neves. Júlio de Castilhos/RS, 2015.....	68
Figura 18: Fotografia do chá de confraternização após atividade de saúde coletiva na Unidade de Saúde da Família Tancredo Neves. Júlio de Castilhos/RS, 2015...	68

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

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SAMU	Serviço de atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISCOLO	Sistema de Informação do câncer de colo de útero
SISMAMA	Sistema de Informação do câncer de mama
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UPA	Unidade de pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família

## Sumário

Apresentação .....	10
1. Análise Situacional.....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	17
2 Análise Estratégica .....	18
2.1 Justificativa .....	18
2.2 Objetivos e metas.....	19
2.2.1 Objetivo geral.....	19
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	19
2.3 Metodologia .....	21
2.3.1 Detalhamento das ações.....	22
2.3.2 Indicadores .....	38
2.3.3 Logística .....	45
2.3.4 Cronograma.....	50
3 Relatório da Intervenção.....	52
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	52
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	53
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	53
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviços.....	54
4 Avaliação da intervenção.....	55
4.1 Resultados.....	55
4.2 Discussão .....	68
5 Relatório da intervenção para os gestores.....	71
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	73
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	76
Referências .....	78
Anexos.....	79

## **Apresentação**

O presente volume contém o trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EaD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O Trabalho consistiu em uma intervenção com o objetivo de qualificar a atenção à saúde de usuários com hipertensão e diabetes da Unidade Básica de Saúde, situada no município Julio de Castilhos, RS.

O volume está organizado em sete unidades: Relatório da Análise Situacional, Projeto de Intervenção, Relatório do Projeto de Intervenção e o Relatório dos resultados do projeto de intervenção, Relatório da intervenção para gestores, Relatório da Intervenção para a comunidade. Finalizando o volume, está a parte 7, a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e na implementação da intervenção.

O projeto utiliza aspectos relacionados à cobertura, adesão e qualidade da atenção à ação programática, registro e mapeamento de risco da população-alvo da ação programática e promoção de saúde relacionada à ação programática. Ele foi desenvolvido por meio do exercício de práticas de cuidado participativas, através de ações nos eixos de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica, sobre forma de trabalho em equipe, considerando a dinamicidade existente no território em que vive essa população.

O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de julho de 2014, quando começaram a serem postadas às primeiras tarefas. A finalização da intervenção, a qual criou este trabalho ocorreu no mês de junho de 2015, sendo que foi desenvolvida após isso a análise dos dados e discussão dos resultados, aqui apresentados.

## **1. Análise Situacional**

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

Para avaliar a situação atual da Estratégia de Saúde da Família (ESF) temos que avaliar vários aspectos: por exemplo, os equipamentos. Já contamos com os equipamentos necessários. Considera-se adequada, a cobertura de atendimento médico e de enfermagem, já que existe um médico clínico geral, um pediatra, um obstetra e um odontólogo, além de várias enfermeiras; competência profissional. Em relação a este aspecto não há uma avaliação permanente, mas acredito que cada um dos profissionais que trabalham aqui se desempenham diariamente, para prestar uma assistência qualificada à população, mas acredito que nós, como profissionais da saúde devemos aprofundar mais nosso relacionamento com a prevenção e a promoção de saúde, trabalho que se realiza não só nas consultas médicas, senão também nas atividades com a comunidades.

### **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O município de Júlio de Castilhos está localizado no estado Rio Grande do Sul, vizinho dos municípios de Ívora, Tupanciretã e São Martinho da Serra possui uma população de 19.579 habitantes (IBGE/2010). Era considerada a capital brasileira do gado charolês, também foi considerada a primeira cidade do mundo a nascer o primeiro gado charolês mocho (sem chifre), atualmente com o aquecimento da economia castilhense nos últimos anos, assegurada pelo grande aumento na produção do binômio Trigo/Soja, o município tem o título de 3º maior produtor de soja do estado do RS.

O sistema de saúde está muito bem estruturado já que contamos com oito Unidades Básicas de Saúde (UBS), dessas cinco são UBS com Estratégia de Saúde da Família (ESF) e três tradicionais, todas com os médicos e demais profissionais da saúde necessários para dar cobertura à toda a população. É importante destacar que não se conta ainda com Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), mas está em processo de criação e também não existe Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Ressalva-se que existe o apoio de um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) com médicos psiquiatras e psicólogos, um hospital onde são feitas cirurgias de baixa complexidade, internações hospitalares e serviço de pronto atendimento, além disso, são feitos exames como mamografia, ultrassonografias e Raios-X. Conta-se também com vários laboratórios para realizar exames de hematologia e química sanguínea. Existe uma farmácia, na qual oferece os medicamentos básicos gratuitos e, também, vários especialistas (Cardiologistas, Ortopedista) de um município próximo (Santa Maria) que vêm periodicamente para fazer avaliações dos usuários que são encaminhados, ainda conta-se com nutricionista e endocrinologista.

A Unidade de Saúde da Família (USF) localizada na periferia de Júlio de Castilhos, tem uma população de 2.898 habitantes, destes 35 são menores de 1 ano, 70 são menores de 5 anos, 430 de 5 a 14 anos, 396 maiores de 60 anos, é importante destacar que predomina o grupo etário de 15 a 19 anos, com 1898 pessoas. Há 648 pessoas com hipertensão e 185 com diabetes, existem predominância das 1.506 mulheres, sendo que 1.392 são homens em nossa área. O índice de masculinidade é 92,4, ou seja, para cada 100 mulheres há 92 homens aproximadamente, provando que há um número maior de mulheres do que homens, segundo dados do Caderno de Ações Programáticas (CAP).



Figura 1: Fotografia da fachada da USF Tancredo Neves, Júlio de Castilhos/RS, 2015.

Têm-se os recursos humanos e materiais necessários para oferecer uma boa atenção médica, conta com equipamentos em condições mínimas necessárias para dar atenção médica aos usuários de forma integral. Contamos com balanças com estadiômetro, mesa, autoclave, lâmpada de colo flexível, esfigmomanômetro e estetoscópio, negatoscópio, colposcópio, otoscópio, compressor para a atenção odontológica, eletrocardiograma entre outros, o atendimento médico e de enfermagem é adequado, nossa unidade de saúde conta com uma equipe de saúde integrada por 11 pessoas, um médico clínico geral, um odontólogo, uma enfermeira licenciada, duas técnicas de enfermagem, uma técnica em odontologia, além de cinco agentes comunitárias de saúde. Em relação a competência profissional, não há uma avaliação específica, mas acredito que cada um dos profissionais que trabalham aqui se desempenham de forma adequada diariamente, para prestar uma assistência qualificada à população.

Quanto à estrutura física, de forma geral, considera-se boa já que cada médico e enfermeira tem seu consultório com boas condições tanto estruturais como de equipamentos necessários, além de ter um bom conforto. Consta de recepção com sala de espera, consultório médico, de dentista, sala de nebulização-

observação, sala da enfermeira, sala de curativos/procedimentos, sala de vacinas, cozinha, almoxarifado e banheiros. Têm duas ambulâncias a disposição, uma pequena para consultas e procedimentos ambulatoriais e outra grande, mais três carros na secretaria sempre a disposição para levar usuários às consultas com especialistas em Santa Maria ou outro centro especializado e levar os funcionários para atendimentos nas outras unidades de ESF, existem equipamentos necessários para fazer uma boa avaliação dos indivíduos.

Há algumas dificuldades, que afetam a qualidade da atenção médica, como por exemplo, a falta de locais adaptados para usuários com alguma deficiência e a falta de oftalmoscópio. Para solucionar essas dificuldades é muito importante realizar um trabalho juntamente com o secretário de saúde e o pessoal da manutenção da secretaria de saúde e da prefeitura para fazer uma avaliação de como adaptar os banheiros para que as pessoas com deficiências possam utilizá-lo sem risco de acidentes, explicando a importância de fazer essa adaptação em curto prazo, deve-se conseguir um professor de Braille que ajude a fazer as escrituras que permitam a informação às pessoas cegas.

Quanto às atribuições da equipe, observa-se que se está realizando um trabalho adequado com a comunidade, com escuta atenta, tentando explicar para o indivíduo qual é a melhor opção de atendimento, prioriza-se e classificam-se os grupos de risco, por exemplo, grupos de hipertensos, diabéticos, adolescentes e gestantes realizando atividades educativas individuais e em menores frequências coletivas, nota-se que existe ainda uma grande parte de usuários que não fazem parte desses grupos destacando-se a grande importância de estimular a realização e acompanhamento na unidade de saúde, além de uma maior intervenção da equipe.

Para o atendimento dos usuários com patologias crônicas como hipertensão arterial e diabetes mellitus adotou-se os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde números 36 e 37, como o protocolo ou Manual Técnico do Ministério da Saúde para Acompanhamento de DM e HAS (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b). Realiza-se atenção domiciliar pelo médico, enfermeira, técnica de enfermagem, assim como agentes comunitárias para dar cobertura a maior quantidade possível de pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) onde se faz coleta de exame, curativos e outros procedimentos necessários, na ESF



realizam-se nebulizações, medicação intravenosa e intramuscular, curativos, assim como a vacinação antigripal aos idosos acamados, estamos trabalhando na melhoria dos registros específicos, já que ainda existem usuários sem esse registro.

Desenvolvem-se ações educativas e desta forma influi-se positivamente na saúde do indivíduo e da comunidade promove-se a participação ativa da comunidade no controle social e realizam-se reuniões mensalmente para avaliar a atenção prestada. Mas não se tem uma equipe dedicada especificamente ao acolhimento, já que é realizado pelos médicos, enfermeiros e recepcionista, ou seja, por todos os trabalhadores da ESF, para solucionar esse problema existe uma estratégia que consiste em formar uma equipe de acolhimento.

Em relação à demanda espontânea nota-se que não existe excesso de demanda espontânea, já que o número de profissionais da equipe (formado por 1 clínico geral, 1 enfermeira licenciada, 2 técnicas de enfermagem e 1 de odontologia, 1 odontólogo, assim como 5 agentes comunitários de saúde) é suficiente para dar cobertura médica tanto de qualidade como de quantidade à área de abrangência e também levamos o atendimento até grupos populacionais específicos como crianças nas escolas, idosos no centro de moradia de idosos, na casa de passagem também sem necessidade de esperar muito para receber atendimento médico e isso sem dúvida contribui para diminuir o excesso de demanda espontânea, além disso, existem informações disponíveis na ESF. Se chegar algum usuário com situação aguda que requeira de atenção imediata tanto pelo médico como pelo enfermeiro tem o direito de ser atendido de imediato. E as enfermeiras fazem a triagem para viabilizar o atendimento e evitar o excesso de demanda espontânea.

Todas as crianças maiores de seis meses recebem o suplemento de ferro até os 18 meses de idade uma vez por semana a fim de evitar a anemia ferropriva. Realizam-se visitas domiciliares e teste do pezinho a todos os recém-nascidos, assim como o teste da orelhinha, além disso, se realizam ações educativas com as mães explicando a importância do seguimento, a vacinação, a higiene da criança, importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses, a higiene bucal, assim como a alimentação adequada aos maiores de seis meses. Segundo o Caderno de Ações Programáticas existe uma estimativa de 35 crianças menores de um ano na área de abrangência, sendo que todas as 35 são acompanhadas na unidade.

O atendimento ao pré-natal está muito bem estruturado e organizado já que conta-se com registros das gestantes associado ao seguimento médico. Além do formulário especial de gestante tem-se um registro que facilita de forma rápida a informação da gestante, por exemplo: que riscos têm, quantos exames têm pendentes, quantos estão positivos, se tem tratamento, quando termina o tratamento, quando tem que realizar a próxima vacina, se tem algum encaminhamento pendente e outras informações. O seguimento dessas usuárias é mensal até as 37 semanas de gestação, depois o seguimento é quinzenal, mas aquelas que têm maior risco tenta-se avaliar a cada quinze dias. A estimativa segundo o CAP é que existem 29 gestantes na área de abrangência, sendo que a cobertura é de 66%, já que apenas 19 são acompanhadas na unidade.

Quase todas as mulheres grávidas são captadas antes das 12 semanas de gestação e não houve casos de morte materna neste ano, ainda encontra-se dificuldade com relação às gestantes faltantes a consulta, mas é um número reduzido e as consultas são recuperadas, para isso se realiza um trabalho educativo com cada uma dessas e, com isto se atingi o objetivo que é 100% de assistência às grávidas. Com relação ao puerpério existe a estimativa de que são 35 na área de abrangência, sendo que todas as 35 (100%) são acompanhadas na unidade.

Existe a indicação de exame citopatológico a todas as mulheres de 25-64 anos de idade e a mamografia de 40-69. Segundo o CAP existem 798 usuárias que são acompanhadas na unidade atingindo 100% de cobertura. Já para o câncer de mama existe a estimativa de que na área se tenha 299 (100%), sendo que também todas são acompanhadas pela equipe da unidade.

O atendimento aos usuários com hipertensão e diabetes está guiado pelo caderno de atenção: hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus e realizado de forma programática dedicando diariamente cinco fichas para atendimento agendado e 10 para atendimento a demanda espontânea. Segundo dados do CAP existem 648 hipertensos na área de abrangência da unidade, só que acompanhados pela equipe existem apenas 327 (50%) hipertensos, assim como para os diabéticos, sendo que pela estimativa existem 185 usuários diabéticos, mas destes apenas 94 (51%) são acompanhados pela equipe da unidade.

A atenção à saúde do idoso é realizada de forma programada adotando o caderno de atenção básica: envelhecimento e atenção à saúde da pessoa idosa. Contamos com registros específicos e arquivo específico para esses registros

também temos os recursos humanos e materiais necessários, mas temos que reforçar o trabalho de prevenção e promoção em saúde e atingir uma participação ativa da comunidade no processo saúde e doença. Para essa ação programática temos a estimativa na área de 396 usuários, sendo que 390 (98%) são acompanhados pela unidade, o que demonstra uma boa cobertura para essa ação.

Com relação à saúde bucal dos usuários acompanhados na unidade não existem registros, dessa forma não foi possível completar o caderno de ações programáticas para nenhuma das ações estabelecidas pelo Ministério da saúde.

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

Por meio da realização da análise situacional conseguimos identificar as características sociais, psicológicas e ambientais que incidem na saúde da população, assim como os problemas de saúde que apresentam os indivíduos, as famílias, os grupos e a comunidade em seu conjunto, para desenvolver ações que contribuíssem para sua solução. A elaboração do relatório de análise situacional constitui o elemento base para o planejamento estratégico da atenção básica e estabelece as prioridades, pois dispõe dos recursos locais em função deles.

Nota-se que antes da análise situacional, se tinha uma visão apenas estrutural, sem ideia do processo de trabalho estabelecido na unidade e das ações que eram realizadas, mas através da análise pode-se ampliar esse conhecimento, deixando claro, as fragilidades na atenção à saúde prestada aos usuários.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

Consideradas como epidemia na atualidade, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem sério problema de saúde pública, se caracterizam por ter uma etiologia múltipla, muitos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e, também, por sua associação a deficiências e incapacidades funcionais. O Brasil não é exceção, a tendência é observada na maioria dos países. Desde a década de 60, observam-se os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional no País, que resultam em alterações nos padrões de ocorrência das patologias. Entre elas encontramos a hipertensão arterial sistêmica (HAS), as doenças respiratórias crônicas e a diabetes mellitus (DM) (BRASIL, 2013). Essas doenças acometem todos os públicos e por ser, às vezes, uma doença silenciosa que quando se percebe já se estabeleceu um quadro clínico intenso é interessante que todos os profissionais da saúde estejam envolvidos no processo de intervir nessas patologias. Com a finalidade de prevenir complicações em longo prazo, fazer uma intervenção nessa população é importante à medida que o número de pessoas acometidas pode ser muito superior ao encontrado, determinando isto a principal causa da escolha do foco pela equipe de trabalho.

A unidade que trabalho está localizada na cidade de Júlio de Castilhos, a mesma se encontra em ótima localização, além de possuir uma excelente acessibilidade para quem procura seja criança, idoso e/ou cadeirante, em resumo para toda a população. A mesma conta com uma ótima estrutura com sala de recepção, sala de espera com cadeiras, consultórios médicos, consultórios de odontologia, sala de enfermagem, sala de curativos, banheiros para a equipe e outro para os usuários, sala de higienização, espaço para palestras e cozinha. A equipe no ambulatório é formada por 01 médico clínico geral, 01 dentistas, 01 enfermeira e 02 técnicos em enfermagem, 04 agentes comunitários de saúde. Em relação à população da nossa área adstrita, temos um total de 2.898 usuários.

A unidade de ESF tem uma população de 2.898 habitantes, destes 19 são menores de 1 ano, 125 são menores de 5 anos, 84 de 5 a 6 anos, 144 de 7 a 9 anos, 464 maiores de 60 anos. É importante destacar que predomina o grupo etário

de 20 a 39 anos, com 824 pessoas. Há 648 pessoas com hipertensão e 185 com diabetes, predominando o sexo feminino (1.506) sobre o masculino (1.392). Para cada 100 mulheres há 92 homens aproximadamente, provando que há um número maior de mulheres. Todas as semanas realizamos reuniões com toda a equipe para planejar ações em vista de melhorar a qualidade do atendimento e procurar integrar usuários a equipe, por exemplo, a realização de palestras, visitas ao domicílio, além de intervenções em grupos de riscos como idosos, gestantes, hipertensos e diabéticos. Sempre procuramos atuar no processo de promoção de saúde e prevenção de doenças.

A realização da intervenção é importante já que é uma maneira de interagir com o indivíduo, a família e a comunidade que permite a detecção precoce de sinais e sintomas das doenças, como também de suas complicações, realizando um conjunto de atividades planejadas, de atenção médica integral, sistemática e contínua em equipe com a participação ativa da comunidade e que tem como objetivo a prevenção das doenças, assim como alcançar melhores níveis de saúde e qualidade de vida na população com reabilitação quando é necessário, dessa forma a intervenção constitui um fator muito importante para melhorar o trabalho nas unidades básicas de saúde, já que é preciso unir os métodos clínicos, epidemiológicos e sociais, capaz de integrar os aspectos biológicos, clínicos, psíquicos, sociais e condutas para fazer um enfoque integral em cada usuário.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na USF Tancredo Neves, Júlio de Castilhos/RS.

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

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

Meta 1.1 – Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes mellitus da unidade de saúde;

Meta 1.2 – Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes mellitus da unidade de saúde;

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta 2.8 – Realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos;

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

Meta 3.1 – Buscar 100% dos hipertensos faltosos as consultas na unidade de saúde, conforme a periodicidade recomendada;

Meta 3.2 – Buscar 100% dos diabéticos faltosos as consultas na unidade de saúde, conforme a periodicidade recomendada.

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

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

Meta 4.2 – Manter ficha de acompanhamento de 100% de diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

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

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

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

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

Meta 6.1 - Manter orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2 - Manter orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3 - Manter orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4 - Manter orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

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

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

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

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

### **2.3 Metodologia**

Este projeto de intervenção está estruturado para ser desenvolvido no período de três meses (12 semanas) para melhoria na atenção à saúde das pessoas com hipertensão e diabetes, incluindo saúde bucal, residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Tancredo Neves, Júlio de Castilhos, Rio Grande do Sul. Participarão da intervenção todos os usuários hipertensos e diabéticos acima de 18 anos da área da unidade. Adotaremos como protocolo para realizar a intervenção os cadernos de atenção básica número 36 - Diabetes Mellitus

(BRASIL, 2013a) e o caderno de atenção básica número 37 - Hipertensão Arterial Sistêmica (BRASIL, 2013b). Portanto, para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações a serem realizadas.

Alguns dos instrumentos que utilizaremos para o monitoramento e avaliação foram elaborados pela instituição de ensino, Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), denominados “Planilha para coleta de dados HAS e DM” (Anexo B) e a “Ficha-espelho programa de atenção aos hipertensos e diabéticos” (Anexo C). Também serão utilizados instrumentos que fazem parte da rotina da unidade de saúde, como os prontuários. Os dados serão analisados e quantificados, gerando um número absoluto e um percentual relativo aos diversos questionamentos que serão abordados.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2: Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

#### **Monitoramento e avaliação**

Ações:

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

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

Detalhamento:

O monitoramento das ações será realizado semanalmente. Este se dará por meio dos registros utilizados e realizados pelos profissionais da equipe. Os registros utilizados serão prontuário, caderno de doenças crônicas não transmissíveis, caderno de vacinação. Assim, a cada sete dias, em reuniões agendadas, os



membros da equipe toda, farão checagem dos hipertensos e diabéticos cadastrados e dos registros citados. Desta forma, será verificado a data da próxima consulta, exames e comunicar-se-ão os agentes comunitários de saúde nas reuniões de equipe realizadas na semana.

### **Organização e gestão do serviço**

Ações:

- Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os portadores de HAS.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.
- Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os portadores de diabetes.
- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento:

Será realizado o cadastramento de todos os hipertensos e diabéticos da área adstrita. O acolhimento será realizado pela enfermeira e técnica em enfermagem da unidade. Os usuários com cifras tensionais elevadas ou cifras de glicemia elevada serão assistidos na consulta para ampliar a captação precoce, sem a necessidade de agendar consulta. Os hipertensos e diabéticos que procurarem a UBS com problemas agudos serão assistidos no mesmo turno para agilizar o tratamento e prevenção de complicações. Todos os que vierem à consulta sairão da unidade com a próxima consulta agendada.

### **Engajamento público**

Ações:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

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

Detalhamento:

A comunidade será esclarecida sobre a importância da prevenção e tratamento da hipertensão e diabetes e de suas complicações, assim como sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Será esclarecido sobre a prioridade de atendimento a esse grupo de doenças. Este esclarecimento será realizado por meio das visitas domiciliares realizadas pelos membros da equipe, cartazes na unidade, escola, igreja e, também, realizado em todas as consultas/atendimentos realizadas por toda equipe. Serão utilizados também textos educativos e distribuídos na comunidade durante as visitas domiciliares. Esse esclarecimento será realizado, também, nos grupos educativos realizados toda semana na unidade. Nas reuniões mensais realizadas com as pessoas da comunidade e líderes comunitários.

### **Qualificação da prática clínica**

Ações:

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos 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 os ACSs para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento:

A capacitação dos profissionais da unidade vai ser feita na própria unidade pelo médico e enfermagem a cada quinze dias para todo o pessoal da saúde. A capacitação dos ACSs vai ser feita na unidade de saúde também a cada 15 dias pelo médico e enfermeira.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Monitoramento e avaliação**

Ações:

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos hipertensos.
- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos diabéticos.
- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.
- Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.
- Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento:

O monitoramento das ações será realizado semanal. Este se dará por meio dos registros utilizados e realizados pelos profissionais da equipe. Os registros utilizados serão prontuário odontológico e cadernos de registro de HIPERDIA.

Assim, a cada sete dias, em reuniões agendadas, o odontólogo e a técnica em odontologia, farão checagem dos usuários cadastrados e dos registros citados. Desta forma, será verificada a data da próxima consulta, exames e comunicar-se-ão os agentes comunitários de saúde nas reuniões de equipe realizadas na semana.

### **Organização e gestão do serviço**

#### Ações:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de hipertensos e diabéticos.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.
- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.
- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos;
- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

#### Detalhamento:

No exame clínico dos usuários, a enfermeira e técnica de enfermagem aferiram a pressão e realizaram o teste de glicemia, na unidade. O médico realizará o resto de exame clínico (físico) e o odontólogo realizará o exame bucal. A enfermeira será a encarregada de organizar os dias e temas para a capacitação de forma quinzenal dos profissionais da equipe, assim se atualizando neste período os

profissionais, com as versões atualizadas dos protocolos que serão impressas para cada profissional na secretaria de saúde.

A secretaria de saúde ajudará com a agilização dos exames complementares permitindo um mínimo de dois dias de demora para sua realização depois da requisição. Estabelecendo sistema de alerta por parte da técnica de enfermagem dos exames complementares preconizados e do controle de estoque dos medicamentos semanalmente. Para manter por parte da técnica de enfermagem o registro das necessidades de medicamentos dos usuários da população alvo cadastrados. Será realizado o cadastramento de todos os hipertensos e diabéticos. O acolhimento deles será realizado pela técnica em odontologia da unidade. Os usuários da população alvo com queixas odontológicas serão assistidos na consulta para ampliar a captação e tratamento precoce. Deles os que buscarem consulta de rotina terão prioridade no agendamento, com demora menor que três dias. Todos os que vierem à consulta odontológica sairão da unidade com a próxima consulta agendada.

### **Engajamento público**

Ação:

- 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 aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso.
- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

A comunidade será esclarecida sobre a importância da realização de exames de avaliação e prevenção de complicações. Será esclarecido sobre a prioridade de atendimento aos hipertensos e diabéticos. Será utilizado também textos educativos e distribuídos na comunidade durante as visitas domiciliares sobre a realização de exames. Esse esclarecimento será realizado, também, nos grupos educativos realizados toda semana na unidade. Nas reuniões semanais realizadas com as pessoas da comunidade, líderes comunitários, serão discutidos esses temas.

### **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.
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e da diabetes.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.
- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e dos diabéticos.

Detalhamento:

A capacitação da equipe será feita na unidade de saúde semanalmente tirando as dúvidas sobre o exame clínico apropriado, será encarregado o médico e a enfermeira, assim como enfatizar no protocolo a seguir para solicitação de exames complementares, alternativas de orientações aos usuários para obter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular (HIPEDIA) e avaliação da necessidade de atendimento odontológico destes usuários. Será feita neste período também pelos mesmos responsáveis a atualização no tratamento da hipertensão e diabetes.

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

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

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

### **Monitoramento e avaliação**

Ações:

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

Detalhamento:

O monitoramento das ações será realizado semanalmente. Este se dará por meio dos registros utilizados e realizados pelos profissionais da equipe. Os registros utilizados serão prontuário médico e odontológico, caderno de vacina e registro de doenças crônicas. Assim, a cada sete dias, em reuniões agendadas, a equipe toda, fará checagem dos cadastrados e dos registros citados. Desta forma, será verificado as consultas neste em dia.

### **Organização e gestão do serviço**

Ações:

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
- Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.
- Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento:

Será realizada a pesquisa de todos os faltosos da população alvo da área adstrita pelos agentes de saúde e técnica de enfermagem, de forma semanal nas visitas domiciliares, ajudado com o transporte ofertado pela secretaria de saúde. O acolhimento dos usuários será realizado pela enfermeira da unidade, que será imediato sem a necessidade de agendar consulta.

Os provenientes das buscas domiciliares que procurarem a unidade com problemas serão assistidas no mesmo turno para agilizar o tratamento precoce. Os que buscarem consulta de rotina terão prioridade no agendamento, com demora

menor que três dias. Todos os que vierem à consulta sairão da unidade com a próxima consulta agendada.

### **Engajamento público**

Ações:

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

Detalhamento:

A comunidade será esclarecida sobre a importância da periodicidade das consultas na unidade de saúde. Será esclarecido sobre a prioridade de atendimento à população alvo. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos usuários com diabetes e hipertensão, será realizado por meio das visitas domiciliares realizadas pelos membros da equipe e em todas as consultas/atendimentos. Assim como nas reuniões mensais realizadas com as pessoas da comunidade e líderes comunitários.

### **Qualificação da prática clínica**

Ações:

- Capacitar os ACSs para a orientação de hipertensos quanto à realização das consultas e sua periodicidade.
- Capacitar os ACSs para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento:



As capacitações serão feitas na unidade de saúde, no primeiro mês da intervenção, pela enfermeira, para orientar aos ACSs sobre a importância de orientar aos hipertensos e diabéticos das consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

### **Monitoramento e avaliação**

Ações:

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

Detalhamento:

O monitoramento será realizado de forma semanal pela enfermagem. Monitorando a qualidade dos registros utilizados e realizados pelos profissionais da equipe. Os registros utilizados serão prontuário médico e odontológico, caderno de vacinação, cadernos de doenças crônicas, devem conter todos os dados dos usuários, data da próxima consulta, medicamentos em uso, cifras tensionais, glicemia capilar, peso corporal e índice de massa corpórea, data de realização dos exames e resultados. Desta forma, será verificado sua qualidade e a possível correção de erros.

### **Organização e gestão do serviço**

Ações

- Implantar a ficha de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização

de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

**Detalhamento:**

Será continuada a implantação da ficha de acompanhamento, dando a conhecer à equipe o registro adequado das informações, mantendo as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atualizadas semanalmente sendo responsável destas a enfermeira, quem será a responsável pelo monitoramento dos registros. Ante situações de alerta de atrasos nas consultas e exames ou outro tipo de atendimento a enfermeira e o médico atuarão para dar solução as mesmas e se estabelecerá convênio com a secretaria para a prioridade dos exames da população alvo.

**Engajamento público**

**Ações:**

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

A comunidade será orientada sobre a importância de ser necessário uma segunda via assim como seu direito à segunda via, se for necessário. Será esclarecido os direitos da comunidade em relação à manutenção de seus registros de saúde. Este esclarecimento será realizado por meio das visitas domiciliares realizadas pelos membros da equipe, escola e, também, realizado em todas as consultas/atendimentos. Esse esclarecimento será realizado, também, nos grupos educativos realizados toda semana na unidade. Nas reuniões mensais realizadas com as pessoas da comunidade e líderes comunitários.

**Qualificação da prática clínica**

**Ações:**

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

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

Detalhamento:

Na unidade de saúde no primeiro mês da intervenção o médico e a enfermeira farão as capacitações da equipe para o preenchimento adequado de todos os registros para acompanhamento da população alvo, explicando detalhadamente todos os dados que devem ser colocados em cada registro, deste modo poder-se-á realizar um seguimento individualizado a cada usuário e uma melhor avaliação integral.

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.

### **Monitoramento e avaliação**

Ações:

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

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

Detalhamento:

O monitoramento será realizado semanal. Este se dará por meio dos registros utilizados e realizados pelos profissionais da equipe. Os registros utilizados serão prontuário médico e odontológico que conterà os dados necessários para poder realizar a estratificação. Assim, a cada sete dias, em reuniões agendadas, os membros da equipe, farão checagem dos registros citados. Desta forma, será verificada realização da estratificação de risco.

### **Organização e gestão do serviço**

**Ações:**

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

**Detalhamento:**

Os usuários avaliados como de alto risco serão assistidos no mesmo turno para agilizar o tratamento e prevenção das complicações precoces. Deles, os que buscarem consulta de rotina terão prioridade no agendamento, com demora menor que três dias. Sairão da unidade com a próxima consulta agendada.

**Engajamento público****Ações:**

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

**Detalhamento:**

A comunidade será orientada dos riscos que estão expostos e sobre a importância do acompanhamento, sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Será esclarecido sobre a prioridade de atendimento desse grupo alvo. Este esclarecimento será realizado por meio das visitas domiciliares realizadas pela equipe, cartazes na unidade, escola, igreja e, também, realizada em todas as consultas/atendimentos por toda equipe.

Serão utilizados também textos educativos e distribuídos na comunidade durante as visitas domiciliares sobre o adequado controle de fatores de risco modificáveis. E nos grupos educativos realizados em todas as semanas na unidade. Nas reuniões mensais realizadas com as pessoas da comunidade e líderes comunitários, serão discutidos esses temas a fim de esclarecer as dúvidas na modificação dos fatores de risco.

**Qualificação da prática clínica****Ações:**

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento:

Estas capacitações serão feitas no primeiro mês pelo médico e enfermeira da unidade de saúde, explicando os fatores de risco e levando em conta para a estratificação do risco cardiovascular, segundo o escore de Framingham de forma semanal.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

6.4. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento:

Serão feitas conversas de forma semanal na unidade de saúde com os grupos da população alvo para orientar estes temas, com a participação do nutricionista na orientação nutricional da alimentação saudável, o preparador físico para orientar a importância da atividade física, o médico e enfermeira orientarão sobre os riscos de tabagismo e o odontólogo juntamente com o técnico de odontologia orientarão sobre a higiene bucal.

### **Monitoramento e avaliação**

Ações:

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

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.
- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos.

**Detalhamento:**

O monitoramento das orientações será realizado quinzenalmente. Este se dará por meio da verificação do peso corporal, níveis de glicemia capilar e pressão arterial, também se realizarão pesquisas para saber o conhecimento dos usuários enquanto aos alimentos saudáveis, importância de realizar exercício físico e risco do tabagismo, deste modo saberemos se as atividades educativas estão sendo produtivas.

**Organização e gestão do serviço**

**Ações**

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.
- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".
- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

**Detalhamento:**

Serão realizadas práticas coletivas para orientação de atividade física e sobre alimentação nutricional semanalmente na unidade de saúde contando com a ajuda do nutricionista e educadores físicos do município. O médico e enfermeira demandarão ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do abandono do tabagismo, na primeira semana da intervenção e durante o transcurso da mesma se for preciso, que serão entregues na farmácia da unidade de saúde e durante as conversas com os usuários que precisem. Será organizado o tempo médio das consultas pelo médico para melhorar as orientações em nível individual.

### **Engajamento público**

Ações:

- Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- Orientar os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- Orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.
- Orientar os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento:

Orientar-se-á à comunidade da população alvo e seus familiares sobre a importância de uma alimentação saudável, prática de atividade física regular, evitar riscos como o tabagismo mediante a existência dos tratamentos para abandoná-lo e sobre a necessidade de uma boa higiene bucal. Este esclarecimento será realizado por meio das visitas domiciliares realizadas pelos membros da equipe, cartazes na

unidade, escola, igreja e, também, realizado em todas as consultas/atendimentos realizadas por toda equipe. Serão utilizados também textos educativos e distribuídos na comunidade durante as visitas domiciliares. Esse esclarecimento será realizado, também, nos grupos educativos realizados em todas as semanas na unidade, sendo que agendaremos um dia para que o odontólogo ofereça orientações sobre higiene adequada, técnica adequada de escovar os dentes, quantas vezes por dia. Nas reuniões mensais realizadas com as pessoas da comunidade, líderes comunitários, com a ajuda da nutricionista da área e educadores físicos, serão discutidos esses temas a fim esclarecer as dúvidas.

### **Qualificação da prática clínica**

#### **Ações:**

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe para o tratamento de tabagistas.
- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

#### **Detalhamento:**

As capacitações serão feitas pelo médico e enfermeira na unidade de saúde, de forma semanal para a equipe de saúde, abordando um tema a cada semana, durante quatro semanas no primeiro mês.

## **2.3.2 Indicadores**

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

Meta 1.1 Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicadores 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.

Meta 1.2. Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicadores 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 em 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.

Meta 3.2. 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.**

Meta 5.1. 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.

Meta 5.2. 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. Manter orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2. Manter 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. Manter 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. Manter orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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 realizar a intervenção no Programa vamos adotar o protocolo ou Manual Técnico do Ministério da Saúde para Acompanhamento de DM e HAS (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b), facilitado pela secretaria de saúde do Município de Júlio de Castilhos, os quais existem suficientes na unidade para garantir um trabalho adequado com os usuários da população alvo. Utilizaremos a caderneta do hipertenso e do diabético, os registros, prontuários e ficha-espelho do curso, com a intervenção estimamos alcançar 70% de usuários (454 pessoas com hipertensão e 130 pessoas com Diabetes).

Realizaremos contato com o gestor municipal para garantir o material que precisamos para a realização das ações. Com este conjunto de registros nossa equipe pode obter a coleta de informações precisas em relação aos indicadores necessários baseado nos objetivos do projeto. A partir do resultado da coleta a enfermeira conjuntamente com o médico utilizarão a ficha complementar, ficha-espelho, disponibilizada pelo curso para registro das informações e realização do monitoramento. Para dispor das fichas necessárias contamos com o apoio dos gestores da secretaria municipal de saúde, para realizar as impressões e disponibilizar as fichas. Vamos realizar o acompanhamento mensal da intervenção por meio da planilha eletrônica de coleta de dados.

Utilizaremos a Caderneta do Hipertenso e do Diabético e a ficha-espelho disponíveis no município, acrescida da ficha-espelho do curso que fornece informações adjacentes a esta, para a coleta dos dados e, assim atingir um melhor monitoramento, contamos já com 700 fichas para hipertensos e 250 para diabéticos providenciando 100 a mais do que o registrado até o momento na unidade básica para evitar contratempos.

Para organizar o registro específico do programa o médico e a enfermeira criaram um arquivo específico para colocar os registros dos usuários cadastrados e a medida que vão sendo cadastrados novos usuários serão anexados ao arquivo todas as semanas a enfermeira revisará o livro de registro identificando os usuários da população alvo que vieram a consulta no último mês para verificar que não tem atraso a consulta e ver quais estão faltosos, posteriormente o médico transcreverá todas as informações disponíveis no registro específico para a ficha-espelho,

realizando ao mesmo tempo o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais e atraso em vacinas.

Para o monitoramento desta ação programática o número de usuários da população alvo cadastrados no programa será registrado no livro de registro, a enfermeira será a responsável pelo monitoramento do mesmo e a revisão deste semanalmente, todo o membro da equipe tem a responsabilidade de manter a vigilância e atualização deste registro na unidade de saúde.

A revisão deverá ser em conjunto com a ficha-espelho, pois ao final do mês irá se juntar todos os dados na planilha eletrônica fornecida pelo curso. Para monitorar o atendimento odontológico em nossos serviços a odontóloga, revisará a ficha-espelho, os prontuários e cadernetas, aqueles pendentes de avaliação odontológica, assim como, de diagnóstico de doenças odontológicas primárias serão chamados para consulta. Todos os meses serão resumidos os dados, criando-se uma lista dos priorizados para ir realizando atendimento semanalmente.

Para ajudar a realizar do cadastro e ao mesmo tempo sensibilizar a comunidade com nosso projeto na área adstrita. Vão-se responsabilizar os membros e líderes de cada área para apoiar o projeto de intervenção, junto aos agentes de saúde, será realizado mediante as reuniões mensais com os líderes da comunidade também nas visitas domiciliares explicando a importância da realização da intervenção. A equipe deverá fazer a busca ativa dos usuários que não tiverem comparecido no serviço.

A Análise situacional e a definição de foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe sobre a leitura do protocolo de atendimento da Hipertensão e Diabetes, a qual é responsável o médico. Entre as diferentes ações a levar em conta na capacitação da equipe deverão contar as enunciadas abaixo, onde os responsáveis pela capacitação da equipe serão a secretaria e a gestão de saúde garantindo os materiais e profissionais que realizarão a capacitação, pois na unidade será feita uma reunião de equipe semanal, onde vai se capacitando a equipe em cada um dos temas numerados que seguem o protocolo de saúde de atenção ao HIPERDIA.

Cada capacitação durará duas horas. Utilizaremos metodologia onde através de recursos audiovisuais faremos explicações sobre o tema a ser trabalhado através de slides e vídeos. As capacitações serão realizadas no âmbito da unidade a secretaria fornecerá os materiais necessários tais como canetas (20), folhas (1.000)



na primeira etapa, depois a medida que a intervenção avança se for preciso mais matérias realizaremos outro pedido.

Na qualificação da prática clínica buscaremos fomentar a participação de todos os profissionais da equipe nas atividades de planejamento (cada membro da equipe prepara um tema para desenvolver em cada reunião onde ele seja o anfitrião pelo que precisará uma boa preparação já que os outros membros farão perguntas se tem alguma dúvida e ele deverá estar capacitado para explicar), avaliação das ações da equipe, (em cada reunião cada membro da equipe dará a sua impressão das atividades realizadas nessa semana, se foi produtiva, se avançamos no processo, se não o que poderíamos fazer para ter melhores resultados) promoção da mobilização e a participação da comunidade, buscando assim efetivar o controle social, a participação nas atividades de educação permanente e a realização de outras ações e atividades definidas de acordo com as necessidades identificadas.

Para viabilizar a ação de acolhimento e priorizar este programa, o serviço de acolhimento será realizado pela técnica de enfermagem, deverá se organizar o acolhimento na unidade de saúde todos os dias. Oferecendo atendimento. Aqueles usuários que fazem parte da intervenção, que procurarem atendimento de rotina terão prioridade no agendamento sendo que a demora será menor que cinco dias, levando em conta a carga assistencial da unidade, serão 05 atendimentos agendados aos hipertensos e diabéticos e 10 para demanda espontânea.

Buscaremos realizar o acolhimento à demanda espontânea numa sala que permita realizar escuta qualificada, adequada, que não seja na recepção ou corredores, nos quais o usuário possa expressar adequadamente as necessidades garantindo a privacidade. Também serão acolhidos os que buscarem o serviço por demanda espontânea. Para isto a enfermeira e o médico garantirão em sua agenda vaga para atendimento destes. Garantindo 10 vagas para demanda espontânea.

Também se deve explicar a cada pessoa da equipe sobre o caráter prioritário deste grupo alvo no acolhimento à demanda espontânea ante a aparição de doenças agudas, em qualquer dia da semana, com a organização de prioridades feitas durante o acolhimento na unidade. O médico e a enfermeira ficarão responsáveis por essa ação, colocaremos cartazes na unidade, igreja, usaremos a rádio local e explicaremos também essa situação na reunião mensal com os líderes da comunidade.

No que tange a atenção em saúde bucal pretendemos traçar uma “agenda compartilhada” com a equipe de Saúde Bucal para que viabilizem uma organização para as consultas programáticas em especial para aqueles que apresentam maior vulnerabilidade para as doenças bucais, isso será feito nas reuniões semanais de equipe. O odontólogo informará os atendimentos que reservará para esses usuários cada dia da semana. Posteriormente à medida que a intervenção se realize selecionaremos os usuários mais vulneráveis e se informará nesse momento ou poderá ser por telefone no caso que seja preciso debater com a equipe os usuários mais vulneráveis.

Junto ao gestor buscaremos garantir o fornecimento do material necessário para o atendimento odontológico e médico bem como o oferecimento de serviços de diagnóstico. O odontólogo, o médico e a enfermeira farão uma pesquisa nos consultórios dos materiais que faltam para depois informar aos gestores, em relação aos exames complementares não temos um número exato de exames, mas temos uma quota de 900 reais para exames, assim debateremos com os gestores a possibilidade de aumentar esse número.

Buscaremos também junto ao gestor garantir o fornecimento de material para a realização da tomada da pressão arterial, assim como garantir material adequado para realização de hemoglicoteste na unidade de saúde, com o material em quantidade adequada para aferição de pressão arterial (tipo adulto pequeno, adultos e adultos grandes). Para os esfigmomanômetros temos aparelhos em ótimas condições de uso, suficientes e calibrados. Também fitas métricas inelásticas, todas em bom estado de uso e com perfeitas possibilidades de uso durante a intervenção. Para realização de hemoglicoteste temos disponível aparelho em quantidade suficiente, assim como o número de fitas necessárias.

Junto ao gestor buscaremos viabilizar o deslocamento dos outros profissionais da equipe quando da necessidade da visita domiciliar aos usuários de risco que não possam se deslocar até a unidade de saúde, usando o carro oferecido pela secretaria de saúde para visitas domiciliares.

Nestas visitas devem participar todos os membros da equipe para garantir qualidade no processo de educação sanitária e aumentar o vínculo da equipe com a família, será organizado de modo que se realizem visitas domiciliares todos os dias sem deixar de atender na unidade, assim poderá ser em dupla (enfermeira com médico, enfermeira com agente comunitária ou médico com agente comunitário)

desse modo viveremos dia a dia na comunidade e na unidade, dessa forma a cobertura será mais ampla.

No eixo de engajamento público para o fortalecimento da promoção de saúde de nossa população alvo devem-se fazer ações educativas individuais e coletivas (dinâmicas grupais, videoconferências, representações teatrais, e educação em saúde individuais, em cada consulta e visita domiciliar) feitas em cada visita e na unidade ou igreja pela equipe três vezes na semana pelo médico e enfermeiras.





### **3 Relatório da Intervenção**

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

As ações desenvolvidas na intervenção versaram sobre a ampliação da cobertura no programa de hipertensão e diabetes, monitoramento do número de hipertensos e diabéticos cadastrados, garantia do registro, melhoria do acolhimento para os usuários. Garantimos o material adequado para a medida da pressão e a realização do hemoglicoteste, informando aos usuários sobre a importância de medir a pressão e do rastreamento de diabéticos, entre outras coisas. Estas ações se realizaram semanalmente com apoio das ACSs e enfermeiras. Utilizaram-se os prontuários dos usuários, se realizou o registro de hipertensos e diabéticos e se informou a comunidade, através de palestras na unidade de saúde e igrejas, a importância de prevenção e tratamento de hipertensão e diabetes e de suas complicações. Também capacitamos as ACSs sobre a busca ativa aos faltosos, e os técnicos de enfermagem para a medida da pressão arterial e realização do hemoglicoteste. Estas primeiras ações se cumpriram sem dificuldades.

As ações relacionadas com a melhoria da qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos versaram sobre a capacitação da equipe e definição de atribuições sobre exame clínico e exames laboratoriais, segundo o protocolo. A capacitação foi periódica para garantir a preparação dos profissionais e garantia da solicitação dos exames de laboratório. As dificuldades encontradas foram relacionadas à agilidade e quantidade dos exames laboratoriais. Os usuários fizeram, mas demorou. Já que eram agendados diariamente poucos usuários pelo SUS.

Realizamos o controle de estoque de medicamentos e realizamos o registro das necessidades de medicamentos para hipertensos e diabéticos, organizamos a ação para identificação de necessidades de atendimento odontológico.

Com relação à melhoria da adesão de hipertensos e diabéticos ao programa, melhoramos o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo, realizamos a pesquisa de todos os usuários faltosos nas consultas, com apoio das ACSs, organizamos visitas domiciliares para buscar faltosos, informamos a comunidade sobre a importância de realizar consultas e sua periodicidade. As dificuldades foram relativas às visitas domiciliares. Em ocasiões não puderam ser feitas, devido às intensas chuvas que ocorreram na época.

Em relação à melhoria do registro das informações, se realizou monitoramento dos registros (prontuário médico e odontológico e registro de doenças crônicas não transmissíveis) foi feito pela enfermeira e se primou pela qualidade e a correção de erros. Implantou-se a ficha de acompanhamento e se designou um responsável pelo registro.

Foi feito o mapeamento de hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovasculares. Priorizamos os usuários avaliados como de alto risco e se explicou a importância de adequado acompanhamento e controle de fatores de risco.

Com relação à promoção da saúde de hipertensos e diabéticos, se organizou e se desenvolveu palestras sobre alimentação saudável, atividade física, higiene bucal e tabagismo, contamos com apoio das ACSs, enfermeiras, nutricionistas e odontólogo. As dificuldades que se pode relatar aqui foi que, algumas vezes, não foram desenvolvidas na data designada, também pelas intensas chuvas e por alguns dias feriados e por dificuldades com a implantação do novo sistema de prontuário eletrônico (PRONIM).

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

Todas as ações previstas no projeto foram realizadas.

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

Os usuários foram cadastrados e atendidos em consultas médicas e visitas domiciliares. As dificuldades foram um pouco de demora de resultados de exames laboratoriais e pouca quantidade da quota designada no mês para a UBS, também as dificuldades como sistema PROMIN, e as chuvas intensas. Outra dificuldade foi que não cadastramos 100% de usuários hipertensos e diabéticos da área, porque,

além da chuva que dificultou visitas domiciliares o tempo da intervenção foi realizado em um período muito curto (12 semanas) para atender ao quantitativo proposto. Mas acredito que cumprimos nosso objetivo porque não atendemos 100%, mas atendemos bastantes usuários e com qualidade.

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

Vamos incorporar a intervenção na rotina do serviço, por isso devemos trabalhar mais na importância de realizar o seguimento na unidade de saúde para os usuários hipertensos e diabéticos, já que alguns se negam, além de trabalhar com a comunidade educando-os sobre o significado de pressão arterial fundamentalmente, porque notei que a maioria dos usuários sejam hipertensos ou não, não consideram a hipertensão arterial uma doença, situação que é preocupante. Em contrapartida para diabetes mellitus, eles consideram sim uma doença e tem melhor cuidado, então a prioridade é orientar a comunidade em geral sobre a importância de verificação frequente dos níveis de pressão arterial, glicemia capilar, peso e aos hipertensos a importância de realizar o acompanhamento na unidade básica de saúde e garantir um atendimento de excelência na unidade.



## 4 Avaliação da intervenção

### 4.1 Resultados

A intervenção tratou da Melhoria da Atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos. Na área adstrita à UBS existem 648 hipertensos e 185 diabéticos, entretanto a intervenção realizou-se com 199 usuários hipertensos e 121 usuários diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área adstrita.

No primeiro mês da intervenção foram cadastrados 88 hipertensos e 39 diabéticos, 13,6% e 21,1%, respectivamente, mas ao longo da intervenção os indicadores foram melhorando, sendo cadastrados 134 hipertensos (20,7%) e 73 diabéticos (39,5%) no segundo mês e no terceiro mês foram 199 (30,7%) hipertensos e 121 (65,4%) diabéticos, assim ao final da intervenção a cobertura de usuários hipertensos e diabéticos cadastrados foi de 30,7% e 65,4% respectivamente. A seguir são apresentadas nas figuras 1 e 2 os gráficos dos indicadores de cobertura para hipertensos e diabéticos, respectivamente.

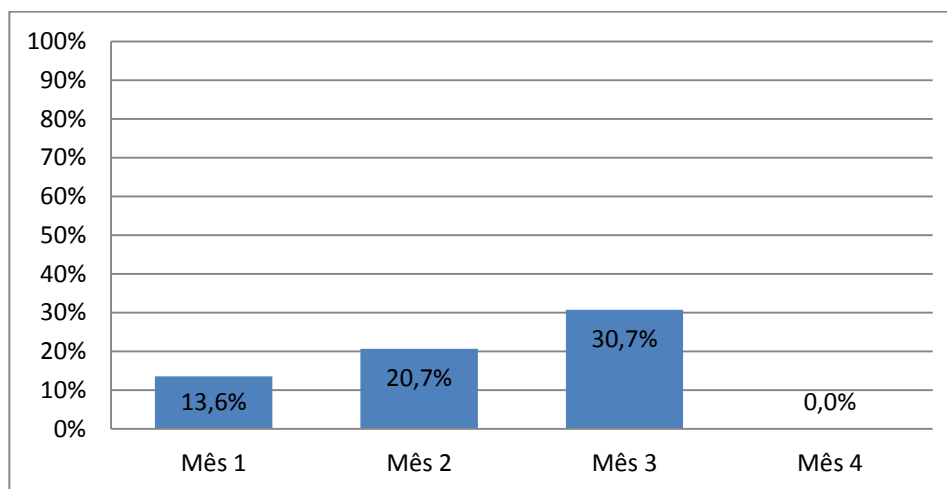


Figura 2: Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Tancredo Neves. Júlio de Castilhos/RS, 2015.

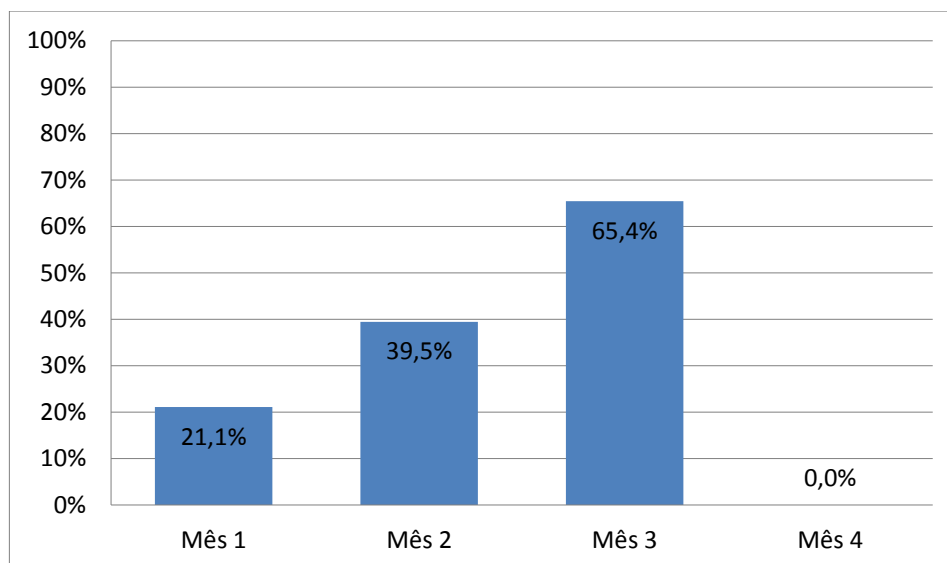


Figura 3: Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Tancredo Neves. Júlio de Castilhos/RS, 2015.

O processo de cadastramento foi fortalecido pela busca ativa realizada pelos agentes comunitários de saúde, assim, as pessoas frequentaram mais a UBS. Mas, não foi possível cadastrar 70% dos hipertensos e diabéticos devido às dificuldades que tivemos como instabilidade na unidade básica já que no início da intervenção o atendimento era feito em três unidades diferentes devido a pouca quantidade de médicos no município e depois foi instalado um novo sistema de na unidade médica (PRONIM), o qual precisou de várias capacitações.

Dos 199 usuários hipertensos cadastrados somente 99 tinha o exame clínico apropriado representando um 49,7%, mas quando analisamos o número de hipertensos e diabéticos com exame clínico apropriado por mês, vemos que no início a cobertura foi maior, com 65,9% (58 hipertensos), 56,7% (76 hipertensos) e 49,7% (99 hipertensos) no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente. Já para diabéticos obtivemos uma cobertura de 43,8%, sendo que no primeiro mês tivemos 64,1% (25 diabéticos), segundo mês 54,8% (40 diabéticos) e no terceiro mês 43,8% (53 diabéticos). A seguir são apresentadas as figuras 3 e 4, nas quais são apresentados os dados objetivos para hipertensos e diabéticos, respectivamente.

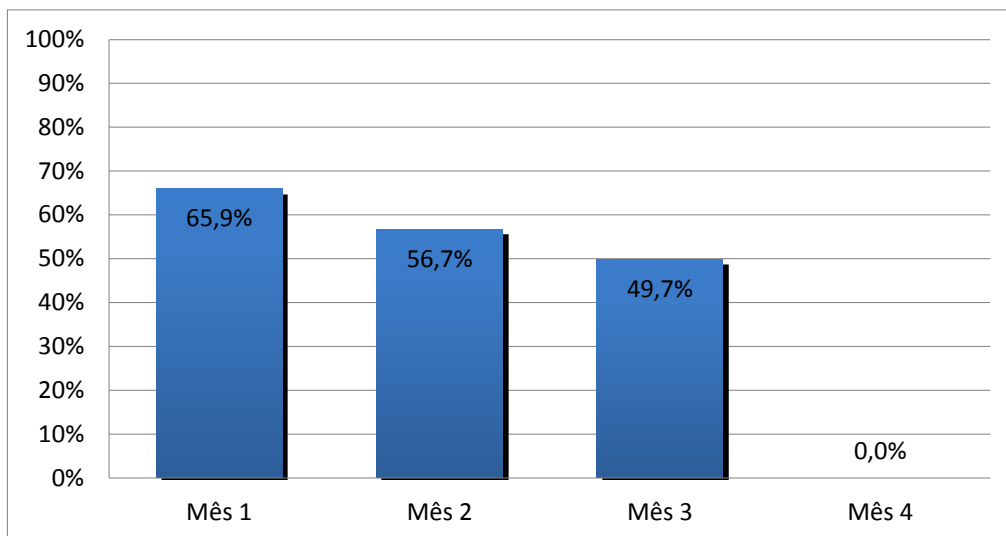


Figura 4: Gráfico da proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Tancredo Neves. Júlio de Castilhos/RS, 2015.

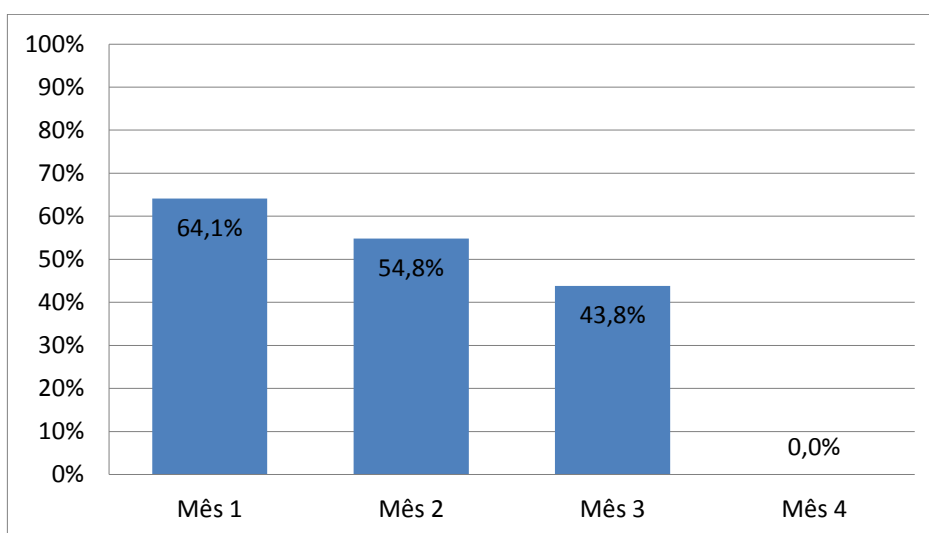


Figura 5: Gráfico da proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Tancredo Neves. Júlio de Castilhos/RS, 2015.

Destaca-se que mesmo com a redução da proporção, aumentou-se o número de usuários avaliados, o que causa essa redução no indicador é o número maior de cadastrados no mês realizados de forma separada as agentes, enfermeiras e médico em comparação com o número de avaliados, já que os usuários avaliados pelas agentes comunitárias não foi possível realizar o exame clínico apropriado.

O número de hipertensos e diabéticos com exame complementar em dia foi um total de 104 (52,3%) e 59 (48,8%), respectivamente, ambos diminuindo o percentual ao longo da intervenção, já que os hipertensos com exame complementar em dia no primeiro, segundo e terceiro mês foi de 56 (63,6%), 81 (60,4%) e 104 (52,3%) e os diabéticos 25 (64,1%), 46 (63%) e 59 (48,8%). A seguir são apresentadas as figuras 5 e 6 que apresentados os dados para esses indicadores.

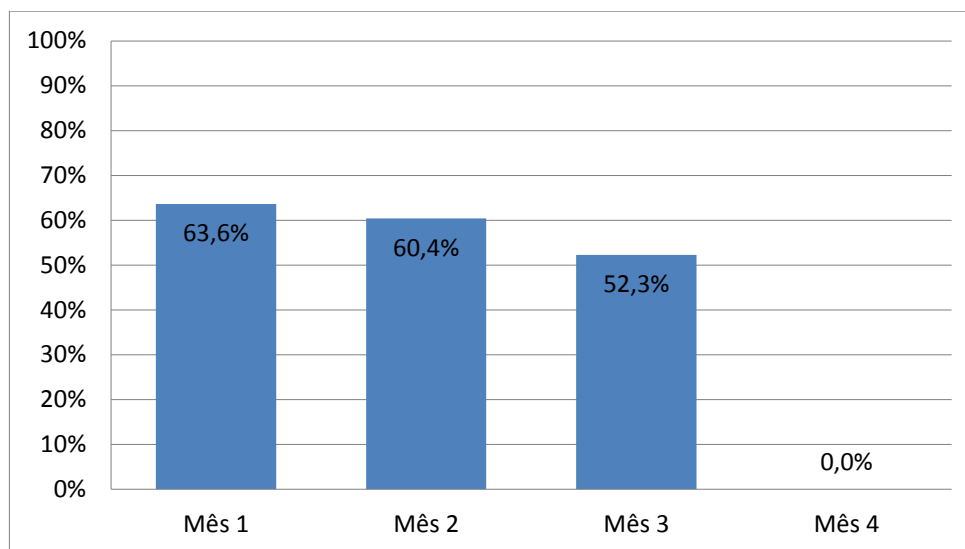


Figura 6: Gráfico da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Tancredo Neves. Júlio de Castilhos/RS, 2015.

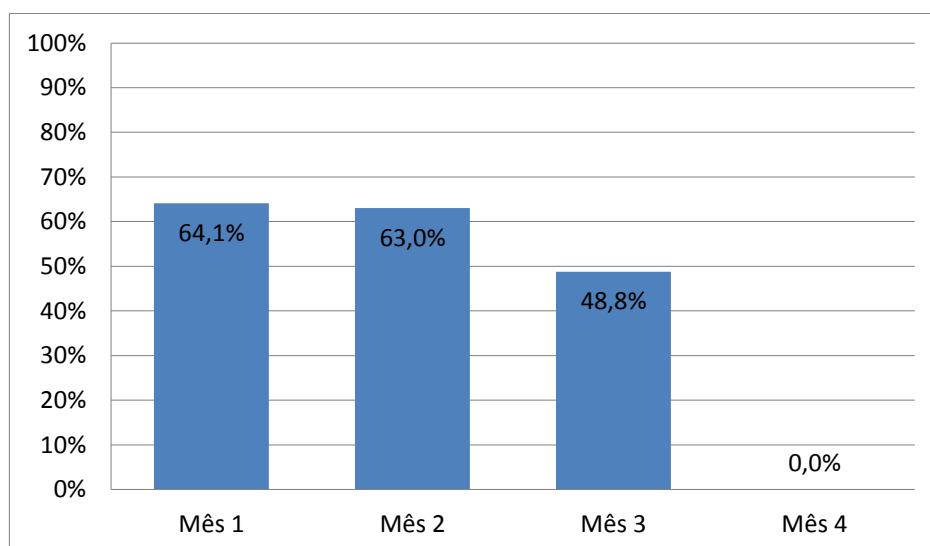


Figura 7: Gráfico da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Tancredo Neves. Júlio de Castilhos/RS, 2015.

No início da intervenção quase nenhum usuário hipertenso e diabético estava com exame complementar em dia de acordo com o protocolo, dessa forma estava muito abaixo do estabelecido na intervenção que era 100%, devido ao pouco interesse dos usuários de realizar os exames, alegando não ter muito tempo, pois o trabalho não permitia realizar outras atividades em horários laborais que coincidem com o horário dos laboratórios, alguns deles justificavam a falta de interesse devido a eles estavam bem, sem sintomas e controlados e outros após realizar os exames não retornavam a unidade de saúde para apresentar os exames.

Dos hipertensos 199 hipertensos tem prescrição de medicamentos da farmácia popular um total de 154 (77,4%). No primeiro, segundo e terceiro mês o porcentual, foi variável, sendo 71,6% (63 hipertensos), 78,4% (105 hipertensos) e 77,4% (154 hipertensos), respectivamente. Com relação aos diabéticos atingiu-se um total de 92 (76%), no primeiro mês 69,2% (27 diabéticos), no segundo mês 78,1% (57 diabéticos) e no terceiro mês 76% (92 diabéticos). Nas figuras 7 e 8 são apresentados os gráficos da evolução desse indicador durante os meses da intervenção.

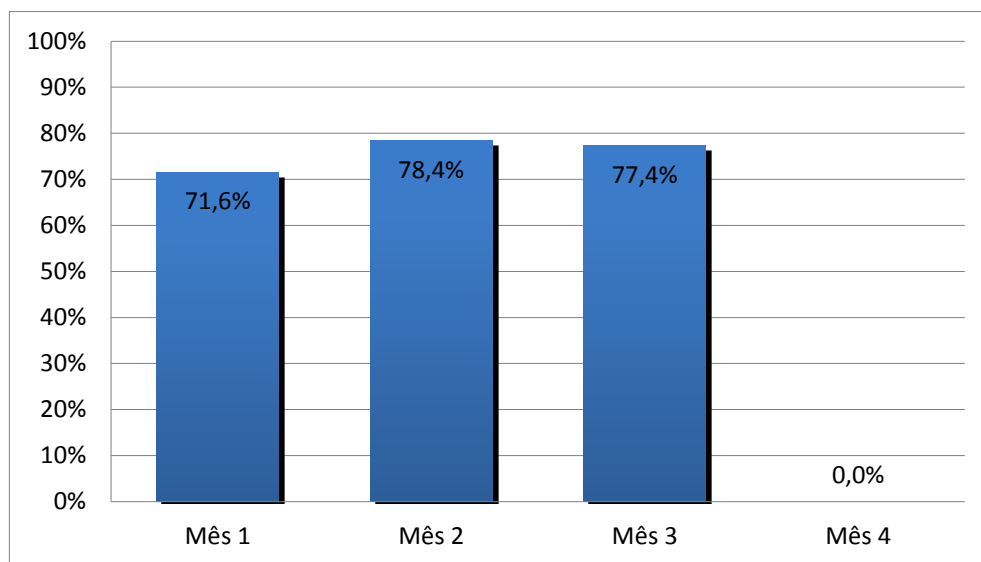


Figura 8: Gráfico da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada na unidade de saúde Tancredo Neves. Júlio de Castilhos/RS, 2015.

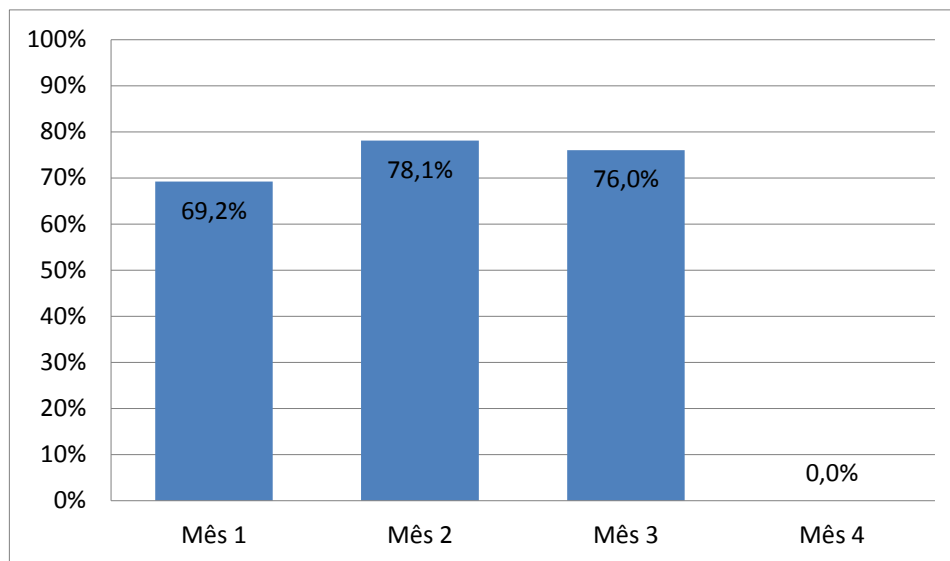


Figura 9: Gráfico da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada na unidade de saúde Tancredo Neves. Júlio de Castilhos/RS, 2015.

A prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA foi realizada nos casos novos de hipertensão arterial e diabetes mellitus, já que nos usuários que já estavam tomando medicamentos, que não pertence à Farmácia Popular não trocamos para evitar descompensação naqueles que estavam com níveis adequados de pressão arterial e glicemia de jejum, mas os usuários com pressão arterial e glicemia alterada em uso de medicamentos que não pertencem a Farmácia Popular foram reajustados o tratamento e foi criado um registro específico para controle de medicamentos para cada um dos usuários diabéticos e hipertensos cadastrados para um melhor.

Um total de 195 (98%) hipertensos foram avaliados enquanto a necessidade de atendimento odontológico sem aumento nem diminuição significativa nos três meses da intervenção, já que se manteve entre um 98,9% (87 hipertensos) no primeiro mês, 99,3% (133 hipertensos) no segundo e 98% (195 hipertensos) no terceiro mês. Situação similar aconteceu com os diabéticos com 97,4% (38 diabéticos) no primeiro mês, 98,6% (72 diabéticos) no segundo mês e 98,3% (119 diabéticos) no terceiro mês fechando a intervenção com 119 usuários avaliados. A seguir observam-se as figuras 9 e 10 que demonstram os dados alcançados mês a mês.

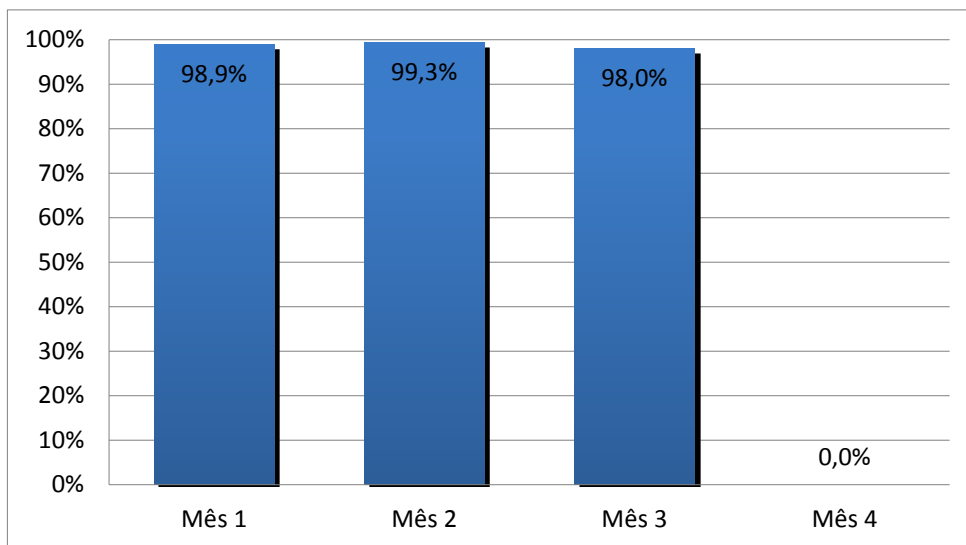


Figura 10: Gráfico da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Tancredo Neves. Júlio de Castilhos/RS, 2015.

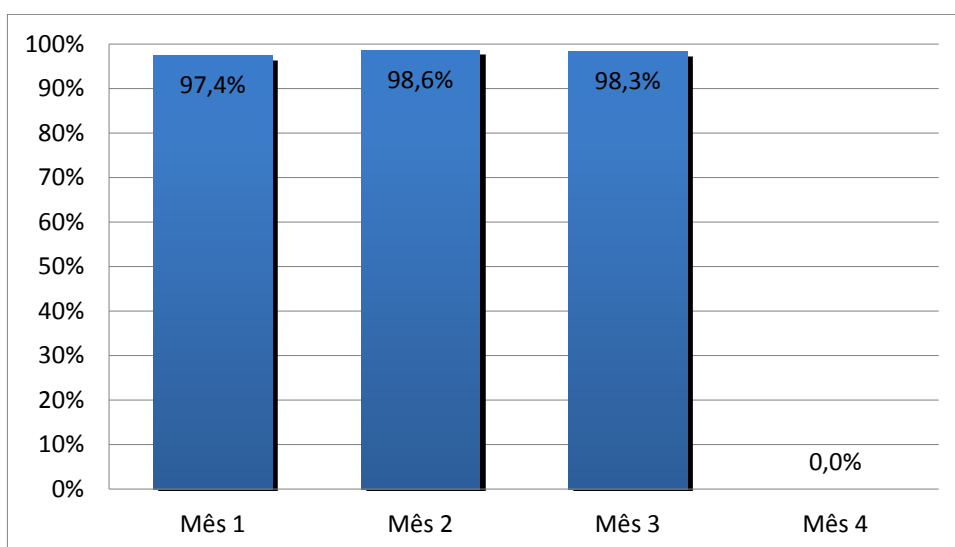


Figura 11: Gráfico da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Tancredo Neves. Júlio de Castilhos/RS, 2015.

Infere-se que os dados apresentados são um somatório dos meses, dessa forma ao final dos três meses de intervenção é que se obtiveram os resultados apresentados. Houve usuários que não realizaram a avaliação, mas destaca-se que com o seguimento das ações todos serão avaliados e atendidos.

Houve um total de 128 e 79 usuários hipertensos e diabéticos, respectivamente, faltosos às consultas, mas todos (100%) receberam busca ativa. Destaca-se que no primeiro mês foram 60 hipertensos e 29 diabéticos, no segundo mês foram 91 hipertensos e 49 diabéticos, já no terceiro mês finalizamos com os 128 hipertensos e 79 diabéticos com busca ativa realizada.

O que facilitou a realização desse indicador foi que a cada semana no horário da tarde realizávamos revisão dos arquivos para buscar esses faltosos à consulta e na semana seguinte realizávamos as visitas e, muitas vezes, cadastrávamos usuários novos.

Dos 199 usuários hipertensos cadastrados 99 tinham o registro adequadamente atingindo 49,7%, sendo 68,2% (60 hipertensos) no primeiro mês, 60,4 (81 hipertensos) no segundo mês e 49,7% (99 hipertensos) no terceiro mês notando-se uma diminuição significativa na proporção de registros adequados, como pode ser observado na figura 11. Para os diabéticos atingimos um total de 48,8% (59 diabéticos) com diminuição significativa também, sendo no primeiro, segundo e terceiro mês foram realizados registros adequados de 79,5% (31 diabéticos), 65,8% (48 diabéticos) e 48,8% (59 diabéticos), respectivamente, como é observado na figura 12.

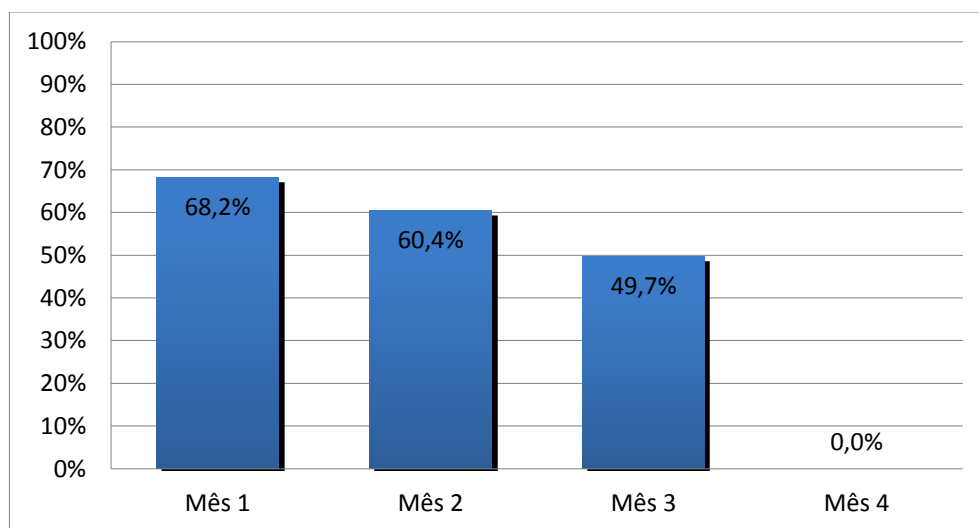


Figura 12: Gráfico da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na unidade de saúde Tancredo Neves. Júlio de Castilhos/RS, 2015.



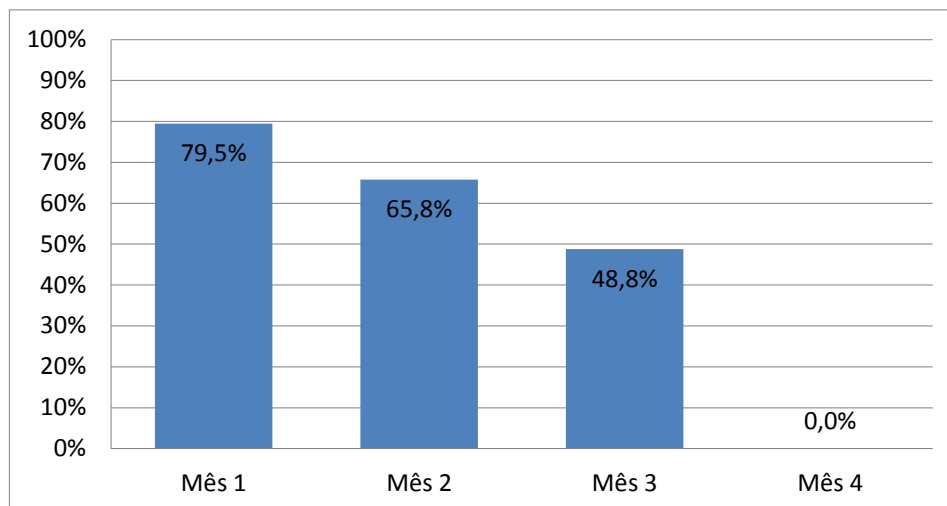


Figura 13: Gráfico da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na unidade de saúde Tancredo Neves. Júlio de Castilhos/RS, 2015.

Aqui também o percentual está abaixo do estabelecido devido fundamentalmente a falta de alguns dados específicos como Cartão SUS. Destaca-se que, mais adiante, quando a intervenção estava sendo realizada há várias semanas foi estabelecido o sistema PRONIM para buscar esses dados, mas não foi possível procurar todos os dados que faltavam já que é um sistema novo e requer de um tempo considerável para colocar todos os dados em dia. Como também em muitas ocasiões realizávamos as visitas, mais tarde do que o previsto devido a alguma urgência de última hora na unidade de saúde e ao realizar tomávamos os dados principais, assim como verificação de pressão arterial, glicemia capilar, ausculta cardíaca e respiratória e convidávamos os usuários para verificar o peso, resultados dos exames, avaliar a efetividade do tratamento em uso na unidade, mas os usuários não assistiam a consulta na unidade, assim o registro ficou incompleto.

Dos usuários hipertensos 186 (93,5%) estavam com estratificação do risco cardiovascular segundo exame clínico em dia, aqui foi aumentando o número, mas de uma forma pouco significativa, primeiro mês 85,2% (75 hipertensos), segundo mês 90,3% (121 hipertensos) e no terceiro mês 93,5% (186 hipertensos), como é observado na figura 13. Com relação aos diabéticos tivemos um total de 116 (95,9%) diabéticos, sendo no primeiro mês 87,2% (34 diabéticos), aumentando no segundo mês para 93,2% (68 diabéticos) e no terceiro mês para 95,9% (116 diabéticos), como observamos na figura 14.

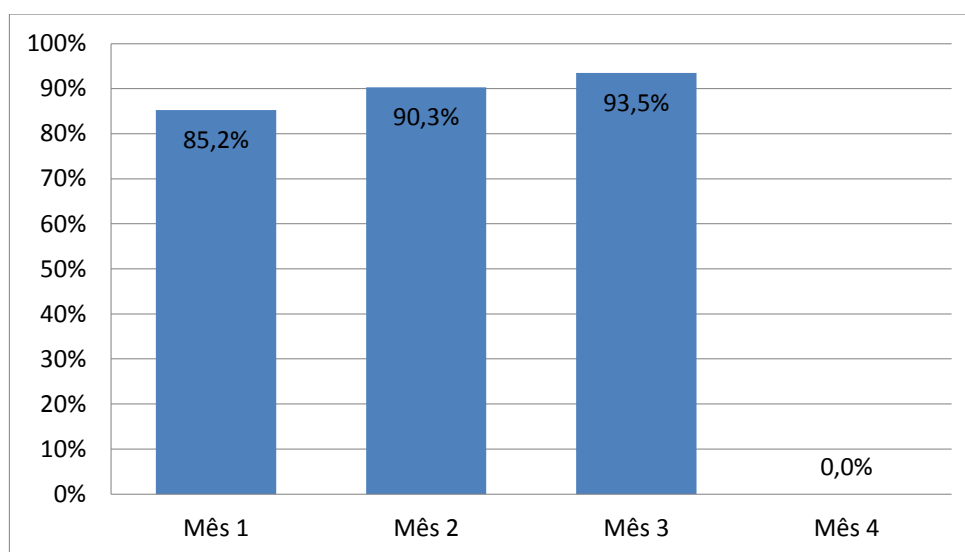


Figura 14: Gráfico da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na unidade de saúde Tancredo Neves. Júlio de Castilhos/RS, 2015.

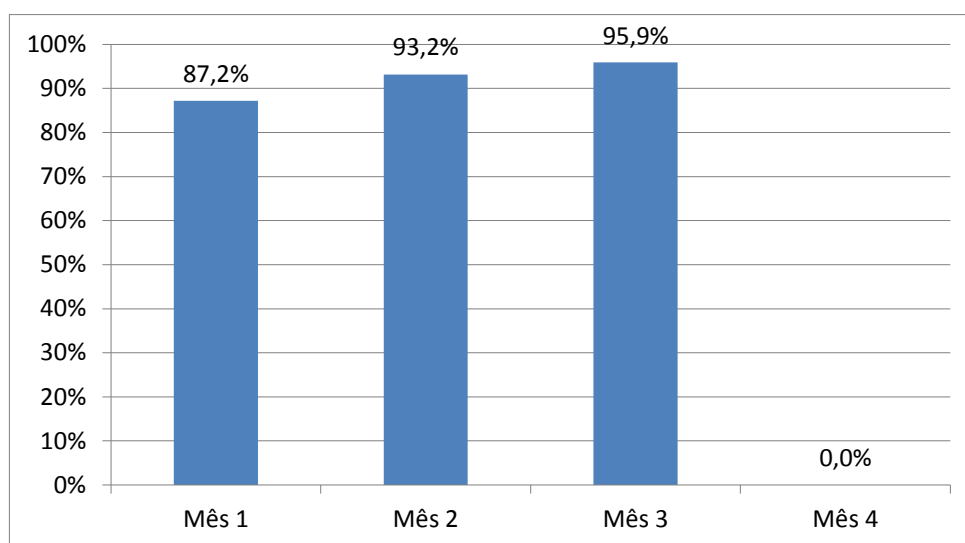


Figura 15: Gráfico da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na unidade de saúde Tancredo Neves. Júlio de Castilhos/RS, 2015.

Para a avaliação do risco cardiovascular foi seguido o escore de Framingham que avalia os seguintes fatores de risco (classificando-se em risco alto, baixo e intermediário):

Baixo risco/intermediário: tabagismo, hipertensão arterial, obesidade, sedentarismo, sexo masculino, idade maior de 65 anos, histórico familiar de evento cardiovascular prévio.

Alto risco: acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, lesão de órgão, ataque transitório de isquemia, hipertrofia do ventrículo esquerdo, nefropatia, retinopatia, aneurisma de aorta abdominal, estenose de carótida sintomática, e diabetes mellitus.

O motivo pelo qual não conseguimos classificar 100% dos usuários é porque, como expliquei anteriormente, para os usuários que atendíamos com um tempo limitado foi realizado só o cadastro e os dados principais, sendo convidados para ir à unidade para completar o cadastro, avaliar peso, indicar os exames, realizar uma melhor avaliação clínica e dos antecedentes, então muitos não assistiram e não avaliamos o risco cardiovascular levando em conta só o exame clínico, já que se o usuário tinha algum histórico de maior importância não levamos em consideração, os classificávamos como baixo risco/intermediário, assim não daríamos para esse usuário a atenção prioritizada e não tomaríamos as medidas necessárias, dessa maneira o usuário não está recebendo uma atenção de qualidade e de forma indireta estamos arriscando a vida do usuário, por tudo isso entende-se que é necessário seguir acompanhando para que todos tenham o atendimento de forma adequada.

100% dos usuários hipertensos (199) e diabéticos (121) cadastrados receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre prática regular de exercícios físicos, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal. Destaca-se que no primeiro mês foram 88 hipertensos e 39 diabéticos, no segundo mês foram 134 hipertensos e 73 diabéticos, já no terceiro mês finalizamos com os 199 hipertensos e 121 diabéticos com busca ativa realizada.



Figura 16. Fotografia de ação educativa sobre atividade física. Educadora física trazendo informações sobre a importância desse item para a saúde. Unidade de Saúde da Família Tancredo Neves. Júlio de Castilhos/RS, 2015.

100% dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre prática regular de exercícios físicos, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal mediante as visitas domiciliares realizadas semanalmente, práticas coletivas realizadas semanalmente na unidade básica de saúde (cada semana tratávamos um tema diferente, tentou-se fazer o mais compreensível para eles, por exemplo, explicávamos a importância de realizar atividade física para evitar o sedentarismo, mas, para fazer o tema mais interessante para eles explicamos os benefícios, por exemplo, diminuem os níveis sanguíneos de colesterol, triglicerídeos e ácidos graxos livres, previne o aumento de peso e ajuda no tratamento da obesidade, diminui a incidência de acidentes cerebrovasculares e de osteoporose.).



Figura 17. Fotografia da parte prática da atividade de educação sobre atividade física. Unidade de Saúde da Família Tancredo Neves. Júlio de Castilhos/RS, 2015.



Figura 18: Fotografia do chá de confraternização após atividade de saúde coletiva na Unidade de Saúde da Família Tancredo Neves. Júlio de Castilhos/RS, 2015.

Além disso, colocamos cartazes com orientações educativas na unidade, escola, igreja e, também, realizamos educação em saúde em todas as consultas/atendimentos individuais, assim como durante as visitas domiciliares entregamos textos com orientações educativos para outros usuários, ainda sem ser hipertensos nem diabéticos esperanças de que avisariam aos hipertensos e diabéticos conhecidos sobre a atividade que estávamos realizando.

## **4.2 Discussão**

A realização da intervenção na minha unidade propiciou um atendimento adequado aos usuários portadores de diabetes mellitus e hipertensão, propiciou a qualidade dos registros de cada um dos usuários hipertensos e diabéticos garantindo um melhor controle e permitindo o conhecimento da situação atual de saúde deles, desse modo podemos trabalhar nos principais problemas, realizando a classificação do risco cardiovascular, evitando possíveis complicações futuras.

Foi necessária a capacitação da equipe em relação a temas fundamentais no seguimento e controle de usuários com doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes mellitus como, por exemplo, classificação do risco cardiovascular, aspectos relacionados a alimentação saudável, ou seja que contribuiu também para aumentar o conhecimento da equipe como profissionais, além de precisar uma maior interação entre os integrantes da equipe, por exemplo, todas as sextas-feiras realizávamos uma reunião para planejar as atividades da equipe, onde cada um dava sua opinião do que seria melhor fazer primeiro, como poderíamos fazer essa atividade para que fosse mais produtivo, planejávamos em conjunto com o odontólogo os atendimentos odontológicos semanais dos usuários que precisavam de atendimento odontológico, o que normalmente devem ser, mas por um motivo ou outro não era feito.

O mesmo aconteceu com as agentes comunitárias de saúde e as enfermeiras, conseguimos ganhar em organização, melhorando assim o acolhimento, a comunicação entre os membros da equipe, o processo de atendimento diário e a satisfação da população com os serviços da saúde proporcionados na unidade de saúde. Antes da realização da intervenção o atendimento aos usuários portadores de hipertensão e diabetes mellitus eram limitados só ao atendimento em consulta dos usuários que precisavam por algum

episódio agudo da doença, por exemplo, níveis elevados de pressão arterial e glicemia capilar, agora já estamos com um sistema em que cada usuário cadastrado tem seu registro específico com todos os dados necessários para realizar um atendimento de qualidade, cada um tem no registro a data das consultas posteriores agendado segundo o risco cardiovascular, assim a medida que são realizadas essas consultas, são marcadas e planejadas as seguintes, com realização de exames complementares, seguimento do peso, glicemia capilar e medicamentos em uso.

A intervenção teve boa aceitação pela comunidade, já que se sentem mais seguros, sabem que estamos trabalhando para garantir a saúde do povo e que na unidade de saúde tem a ajuda que precisam, a realização das atividades coletivas foram um sucesso total, já que aprenderam como deve ser a alimentação, desmistificamos alguns mitos que eles tinham e, também ao conhecer as possíveis consequências negativas que poderia ter um mau controle da doença, ou seja, do tratamento farmacológico, de alimentação inadequada, ou a inatividade física ficaram mais interessados em continuar indo a unidade e saúde para “aprender” mais, todavia ainda temos usuários que estão faltosos e ao serem convidados pelas agentes comunitárias de saúde se recusam a ir às consultas alegando não ter “nada”, mas estamos trabalhando na importância de realizar o seguimento na unidade de saúde.

Uma das coisas que faltou na realização da intervenção na comunidade foi mais interação com a comunidade, já que nesses dias da intervenção houve muitos contratempos relacionados a falta de médicos no município, feriados e capacitação sobre novo sistema implantado para informatização dos dados, o que proporcionou menos tempo de intervenção e, também deveria ter feito pesquisa escrita para cada usuário hipertenso e diabético sobre temas mais importantes em relação aos cuidados que devem ter, dessa maneira teria um maior conhecimento dos principais problemas nas práticas educativas, enfatizando nesses aspectos. Outra coisa muito importante que não tivemos a oportunidade de fazer foi convidar a prefeita como principal dirigente do município para participar das atividades para atingir uma motivação e garantir um professor para realizar atividades físicas para os usuários hipertensos e diabéticos na comunidade.

Vamos incorporar a intervenção na rotina do serviço por isso devemos trabalhar mais na importância de realizar o seguimento na unidade de saúde para os usuários hipertensos e diabéticos, já que alguns se negam, além de trabalhar com a

comunidade educando-os sobre o significado de pressão arterial fundamentalmente porque notei que a maioria dos usuários sejam hipertensos ou não, não consideram a hipertensão arterial uma doença, situação que é preocupante.

Em contrapartida para diabetes mellitus, eles consideram sim uma doença e tem melhor cuidado, então a prioridade é orientar a comunidade em geral sobre a importância de verificação frequente dos níveis de pressão arterial, glicemia capilar, peso e aos hipertensos a importância de realizar o acompanhamento na unidade básica de saúde.

Alguns indicadores não foram cumpridos segundo os objetivos propostos, como o indicador de cobertura, já que tivemos problema com o tempo, devido o problema que mencionei sobre capacitação do novo sistema informatizado implantado na unidade e a falta de médicos no município, pois tive que trabalhar em outras unidades, mas já está resolvido, o exame clínico apropriado dos hipertensos e diabéticos também ficou abaixo, devido ao pouco interesse dos usuários em realizar os exames, assim percebe-se que temos que trabalhar mais nas atividades educativas explicando a importância da realização dos mesmos.

O registro adequado na ficha de acompanhamento também ficou abaixo devido à falta de alguns dados específicos (Cartão SUS), mas já está instalado o sistema para pesquisar o cartão SUS de cada usuário na unidade. A estratificação do risco cardiovascular não foi realizada em 100% dos usuários cadastrados devido a falta dos exames complementares e dos dados que faltavam no registro, isso será resolvido pesquisando os dados dos usuários e enfatizando a importância dos exames complementares.

A partir deste momento, que terminamos a coleta de dados, para a intervenção, começaremos a realizar a coleta de dados para o atuar diário e melhorar o atendimento, cobertura e qualidade, então vamos terminar o trabalho que não conseguimos terminar com a intervenção, ou seja, vamos cadastrar 100% dos usuários hipertensos e diabéticos pertencentes a nossa área de abrangência, vamos terminar os registros específicos e colocar todos os dados pendentes, vamos atentar para que todos realizem os exames complementares para poder realizar a estratificação do risco cardiovascular a todos os usuários e depois de ter tudo pronto vamos manter esse trabalho e dessa maneira poder garantir um atendimento de excelência na unidade básica.



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

Prezado Gestor,

Acreditamos que com a realização da intervenção será possível no futuro diminuir alguns indicadores de saúde com a taxa de morbidade e mortalidade por complicações de doenças cardiovasculares como infarto agudo do miocárdio (IMA) e acidentes vascular cerebral (AVC) hemorrágico e isquêmico que poderá ser avaliado no futuro quando se constate (por exemplo, em um período de 6 meses a 1 ano depois da intervenção e com ações sistemáticas de prevenção e promoção em saúde) que foi possível diminuir o numero de pessoas hipertensas e diabéticas com AVC e IMA, desta forma poderemos avaliar a eficácia e efetividade da intervenção.

Aspectos que podem ser avaliados neste momento para avaliar a qualidade da intervenção são: (destacaremos os aspectos positivos que não existiam e se alcançaram no transcurso da intervenção)

1. Estrutura: temos resultados positivos já que foi criada uma sala de reuniões onde se realizam as atividades educativas com os grupos (hipertensos, diabéticos, gestantes, adolescentes) foi solicitada uma agente comunitária de saúde, já que contávamos com quatro, atualmente temos cinco o que permite uma maior cobertura e foi criada uma equipe de acolhimento, se realizaram várias capacitações para uma melhor preparação da equipe.

2. Processo de atendimento da equipe: foi criado um grande número de registros específicos dos usuários cadastrados e melhoradas a sua qualidade, com dados confiáveis, úteis para várias ações realizadas e necessários como classificação do risco cardiovascular, entre outras. Foi criada uma ficha-espelho para cada usuário, se solicitou a secretaria municipal de saúde sondas nasogastricas e

vesical para realizar esses procedimentos que não eram realizados na unidade, assim como a solicitação de material para lavagem de ouvido e realização de onicectomia.

3. Resultados obtidos: foi possível cadastrar 199 (30,7%) usuários hipertensos, e 121 (65,4%) pessoas com diabetes. Conseguimos aumentar o conhecimento dos usuários enquanto a sua doença, houve uma mudança no comportamento repercutindo na saúde e satisfação dos usuários com a realização de caminhadas, melhorando hábitos dietéticos, tudo comprovado diante o controle de peso, glicemia capilar e níveis de pressão arterial. Durante a intervenção tivemos só um usuário com AVC e um com critério de amputação de membro inferior, mas eram casos antigos e não houve casos de morte por doenças cardiovasculares.

Todos esses aspectos abordados avaliam o indicador de qualidade. Levando em consideração o antes exposto podemos resumir que, embora não foi possível cumprir com 100% dos objetivos a intervenção foi satisfatória e que existem vários indicadores que não podem ser avaliados agora já que requerem de um período maior de tempo, avaliando-se os resultados da intervenção em longo prazo, tais como, a taxa de mortalidade e taxa de complicações, mas acreditasse que sim, as atividades realizadas conseguiram mudar a forma de ver as suas doenças, pelos usuários, a necessidade de acompanhamento na unidade, a necessidade de fazer tratamento regular, assim como de evitar, obesidade, estresse, sedentarismo e dislipidemia, mediante a realização de exercício físico e dieta saudável, assim como evitar o alcoolismo e tabagismo.

É importante destacar nosso agradecimento à Secretaria de Saúde e à Prefeitura do Município pelo apoio oferecido a equipe na realização do Projeto de intervenção e pelo compromisso que demonstram ter com a saúde do povo do município, já que garantiram os materiais, o transporte, os profissionais necessários para realizar as atividades educativas, assim como a atenção e o tempo implicado para atender nossas queixas, preocupações e necessidades ficando sempre dispostos para nos ajudar a realizar as atividades.

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

Prezada Comunidade,

Com a realização da intervenção pretendíamos identificar os principais problemas de saúde que prevalecem na comunidade e posteriormente priorizá-los, buscando uma solução, mas para isso temos que conhecer todos os problemas, riscos e necessidades reais de saúde, para desta maneira realizar ações de prevenção de doenças e promoção de saúde, ou seja, a intervenção é um processo multidisciplinar e intersetorial, diante do qual se descreve e analisa a situação concreta de saúde/doença de uma comunidade, se identificam seus problemas, estabelecendo as prioridades, tudo isso como passos prévios para atingir o propósito fundamental que é adotar um plano com medidas específicas que a curto ou médio prazo melhore o estado de saúde do indivíduo, família e a comunidade com enfoque clínico-epidemiológico e social, valorizando o indivíduo como um ser biopsicossocial e, muito importante com a participação ativa da comunidade, assim é muito importante destacar o engajamento público.

Levando em consideração o antes exposto podemos dizer que a intervenção embora não foram cumpridos 100% dos indicadores foi de muita utilidade e, no âmbito da comunidade foi possível o esclarecimento sobre alguns conceitos errados que tinham tanto da sua doença quanto do funcionamento do nosso serviço, permitindo assim uma maior cobertura dos usuários hipertensos e diabéticos em atendimentos de controle e não de situações agudas, já que foram informados sobre existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na unidade de saúde, isso sem dúvida vai contribuir para evitar complicações futuras da

doença. Também permite diminuir a incidência de diabetes mellitus e hipertensão arterial na comunidade já que foram informados sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Acredito que com a realização da intervenção poderemos diminuir a incidência de amputações em usuários diabéticos, já que em cada visita domiciliar, consulta na unidade e atividades educativas foi enfatizada a importância do cuidado dos pés para evitar úlceras do pé diabético, assim como do controle de glicemia capilar. Todo o usuário foi avaliado para a possibilidade de realizar o tratamento com medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e, em alguns foi possível trocar a medicação, dessa forma foi satisfatório também do ponto de vista econômico para os usuários.

De uma forma indireta contribuiu-se também para melhorar a autoestima e estética de alguns usuários com cáries dentais, recebendo um atendimento odontológico de qualidade e resolutividade, como também devido à realização das atividades coletivas e individuais de educação em saúde. Foi possível orientar aos usuários sobre como evitar os fatores de risco modificáveis para doença cardiovascular como obesidade, sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, estresse e dislipidemia.

Diante de todas as ações realizadas com a comunidade durante o período da intervenção podemos resumir que todos foram beneficiados, tanto a comunidade quanto a equipe da unidade. A comunidade por todo o exposto anteriormente e a equipe porque contribuiu para melhor organização dos registros, maior contato com a comunidade e conhecimento da situação de saúde da comunidade, identificando os principais problemas para atuar e resolvê-los em curto prazo, aumentando a cobertura dos usuários diabéticos e hipertensos.

É importante destacar que houve uma aproximação maior da equipe da unidade de saúde com os líderes da comunidade procurando ajuda na informação dos casos que ainda não tinham sido registrados e os casos que precisavam de mais atenção dos profissionais da saúde. A comunidade ajudou na melhoria da saúde das famílias, com uma divulgação do programa e a incitação dos usuários a mudar os estilos de vida. Além disso, ajudou na assistência nas atividades da equipe, assim como cumprir com as indicações médicas em cada caso, ou seja, a comunidade foi fundamental propiciando os dados necessários, sendo nossa porta

voz, foi bem trabalhado o engajamento público, já que sem a participação ativa da comunidade não teria sido possível a realização da intervenção.

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

Acredito que a realização da especialização contribuiu para a organização do nosso serviço e foi de muita utilidade, já que conseguimos entender os principais problemas existentes na comunidade para poder manter o trabalho realizado até hoje. Além de melhorar os aspectos que não foram possíveis cumprir, já que não se cumpriu com a expectativa que era realizar a intervenção com 70% dos usuários diabéticos e hipertensos residentes na área de abrangência.

Todas as dificuldades achadas no transcurso da intervenção que impossibilitaram cumprir as nossas expectativas fazem parte do processo e tem grande importância, já que nos permitiu o conhecimento dos principais problemas existentes na comunidade que influenciam no processo saúde/doença, assim poderemos atuar diretamente sobre eles.

Constatou-se que a principal dificuldade e a falta de conhecimento da população sobre os serviços de saúde oferecidos na unidade de saúde, produto da falta de informação, é o pouco comprometimento por parte da equipe para realizar ações de prevenção e promoção, limitando se só ao tratamento.

Essa falta de informação levava como consequência que os usuários com doenças crônicas não transmissíveis (neste caso hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus) não procurassem a unidade para controle e sim quando apresentavam alguma situação aguda, de modo que quando os usuários procuravam a unidade, a maioria dos casos, era porque já tinham poucas probabilidades de reverter os danos ocasionados a saúde, sendo que muitos apresentavam consequências como insuficiência cardíaca congestiva (ICC), infarto agudo do miocárdio (IMA), acidentes vasculares cerebrais (AVC), assim como úlcera necrosada em membros inferiores.

Sem dúvidas, graças à intervenção sabemos como melhorar os indicadores de saúde de nossa comunidade, já que uma vez conhecidas as causas poderemos trabalhar para resolvê-las. Então resumindo podemos dizer que a expectativa inicial não foi cumprida, já que não cumprimos todas as metas, contribuiu-se grandemente para nossa prática profissional, já que foi necessária a criação dos registros específicos com seus dados adequados, a elaboração de um plano de atividades para a realização de práticas grupais e atividades individuais de educação em saúde, além da necessidade de realizar as pesquisas na comunidade fortalecendo assim a nossa prática profissional.

Considero todas as ações realizadas muito importantes, já que elas são fundamentais para o bom funcionamento do nosso serviço na unidade de saúde, realizando um atendimento eficaz e eficiente, aspectos fundamentais para avaliar a qualidade do atendimento. Sendo que estão inter-relacionadas, quanto mais eficazes sejam nossas ações mais eficientes será nosso trabalho e como consequência uma qualidade de excelência, mas é um processo que começou com a intervenção e vai ser mantido, já que reconhecemos que ainda temos muito por melhorar e como a principal causa é a falta de motivação da equipe para realizar atividades no dia a dia com a comunidade, explicando tudo o que está relacionado à existência do programa de atenção às pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, assim como sua importância e benefícios.

Durante a realização da intervenção aprendi muitas coisas importantes para a vida profissional, serviu para trabalhar mais com a medicina preventiva, já que de algum modo sempre estamos mais enfocados no tratamento da doença propriamente dito e não com os fatores de risco, às vezes, esquecemos que o indivíduo é um ser biopsicossocial sem levar em consideração que essa inter-relação é a base da medicina comunitária. Em relação ao curso, como tal também foi uma experiência positiva e, sobretudo produtiva, já que graças a realização dos fóruns tive a oportunidade de trocar experiências, dúvidas que não havia tido a oportunidade, os casos clínicos foram excelentes muito didáticos e com uma aceitação de 100% entre os especializandos, então resumindo tanto a intervenção quanto o curso nos providenciou de experiências e resultados positivos em nosso atuar como profissionais da saúde, inclusive para mim.

## Referências

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

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



## **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>  
Pro<sup>a</sup> Ana Cláudia Gestal 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 D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

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

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

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

\_\_\_\_\_

Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

\_\_\_\_\_

Assinatura do declarante