

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MODALIDADE À DISTÂNCIA



**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DA ESF  
CENTRAL 01 DE MARAU, RS**

**GABRIEL FRIZON GREGGIANIN**

PELOTAS, 2015

**GABRIEL FRIZON GREGGIANIN**

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DA ESF  
CENTRAL 01 DE MARAU, RS**

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

Orientadora: Danieli Bluhm da Silva

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas  
Catalogação na Publicação

G819m Greggianin, Gabriel Frizon

Melhoria da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos da ESF Central 01 de Marau, RS / Gabriel Frizon Greggianin ; Danieli Bluhm Da Silva, orientadora. — Pelotas, 2015.

63 f.

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. Hipertensão. 4. Diabetes Mellitus. I. Silva, Danieli Bluhm Da, orient. II. Título.

CDD : 362.14

## **Dedicatória**

Dedico este trabalho a equipe do ESF Central 01 de Marau-RS, aos pacientes e a minha família.

## **Agradecimentos**

Agradeço a equipe do ESF Central 01 de Marau-RS, aos pacientes e a minha família por permitirem e contribuírem para que este trabalho pudesse ser feito.

## Lista de Figuras

- Figura 1- Gráfico indicativo da Evolução mensal da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. ESF Central 01, Marau, RS, 2014.....44
- Figura 2- Gráfico indicativo da Evolução mensal da Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. ESF Central 01, Marau, RS, 2014.....45
- Figura 3- Gráfico indicativo da Evolução mensal da Proporção de hipertensos com exame clínico de acordo com o protocolo. ESF Central 01, Marau, RS, 2014.....46
- Figura 4- Gráfico indicativo da Evolução mensal da Proporção de diabéticos com exame clínico de acordo com o protocolo. ESF Central 01, Marau, RS 2014.....47
- Figura 5: Gráfico indicativo da Evolução mensal do indicador da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. ESF Central 01, Marau, RS, 2014.....49
- Figura 6: Gráfico indicativo da Evolução mensal do indicador da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. ESF Central 01, Marau, RS, 2014.....50
- Figura 7: Gráfico indicativo da Evolução mensal do indicador de proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. ESF Central 01, Marau, RS, 2014.....51
- Figura 8: Gráfico indicativo da Evolução mensal do indicador de proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. ESF Central 01, Marau, RS, 2014.....51

## **Lista de abreviatura e Siglas**

ACS – agente comunitário(a) de saúde

DM – diabetes mellitus

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HAS – hipertensão arterial sistêmica

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS- Ministério da Saúde

PA – pressão arterial

PROVAB- Programa de Valorização da Atenção Básica

UBS – unidade básica de saúde

## Sumário

<b>Apresentação</b> .....	08
<b>1 Análise Situacional</b> .....	09
1.1 Texto inicial enviado na segunda semana de ambientação.....	09
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	10
1.3 Comentário Comparativo.....	14
<b>2 Análise Estratégica</b> .....	15
2.1 Justificativa.....	15
2.2.1 Objetivo Geral.....	16
2.2.2 Objetivos Específicos.....	16
2.2.3 Metas.....	16
2.3. Metodologia.....	19
2.3.1 Ações.....	19
2.3.2 Indicadores.....	29
2.3.3 Logística.....	35
2.3.4 Cronograma.....	36
<b>3. Relatório de Intervenção</b> .....	38
3.1 Ações Realizadas.....	38
3.2 Ações Previstas que não foram desenvolvidas.....	40
3.3 Dificuldades encontradas na planilha de coleta de dados.....	42
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações à rotina.....	42
<b>4. Avaliação da Intervenção</b> .....	43
4.1 Resultados.....	43
4.2 Discussão.....	52
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	54
4.4 Relatório da intervenção para comunidade.....	55
<b>5. Reflexão crítica do processo pessoal de aprendizagem</b> .....	58
<b>Bibliografia</b> .....	59
<b>Anexos</b> .....	60



## Resumo

GREGGIANING. F. G **Melhoria da Atenção à Saúde de hipertensos e diabéticos, na ESF Central 01, Marau/RS.** Trabalho Acadêmico, Programa de Especialização em Saúde da Família, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O presente trabalho trata de uma intervenção a hipertensos e diabéticos da área adscrita a ESF Central 01 de Marau, RS no ano de 2014. A partir de uma análise situacional escolheu-se essa população alvo pela falta de um acompanhamento adequado com registros e um protocolo estabelecido. Ao longo de três meses, os hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da UBS foram acompanhados pela equipe de saúde, tendo sido realizado o exame clínico apropriado de acordo com o preconizado no protocolo do MS, a estratificação do risco cardiovascular destes pacientes, assim como atividades de promoção à saúde, como o incentivo à cessação do tabagismo, prática regular de atividades físicas e controle da dieta, visando à melhora na qualidade de vida. Houve uma melhora importante na qualidade dos atendimentos, porém as metas de cobertura ficaram aquém do esperado com 14,1 % dos hipertensos cadastrados e 15,3% dos diabéticos, o que é reflexo da falta de ACS na equipe e de um sistema onde a demanda espontânea ainda é priorizada. A continuidade das ações é fundamental para que maior parte da população se beneficie das ações e que resultados alongo prazo sejam observados.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; diabetes mellitus; hipertensão

## **Apresentação**

O presente trabalho foi elaborado ao longo de um ano no qual realizei a especialização em Saúde da Família da UFPel. Este pretende mostrar a melhoria vista na atenção aos hipertensos e diabéticos, após a implantação de estratégias voltadas para qualidade da assistência à saúde destes na ESF Central 01 de Marau, RS.

O volume consta de cinco capítulos os quais são Análise Situacional, Análise Estratégica, Relatório da Intervenção, Análise da Intervenção e Reflexão sobre o processo individual de aprendizagem. Em seguida consta a Bibliografia que serviu de suporte ao trabalho e são apresentados os anexos.

## **1 Análise Situacional**

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

Como médico participante do PROVAB, iniciei minhas atividades em março de 2014 na UBS/ESF Central 01 de Marau-RS, fui muito bem recebido pela equipe e aos poucos fui percebendo a dinâmica de funcionamento da unidade. Nossa região geográfica fica no centro da cidade (perfil urbano), área de menor vulnerabilidade, o que faz com que nosso perfil populacional seja predominantemente de pessoas com nível socioeconômico razoável, apesar de haver exceções.

A ESF Central 01 encontra-se no centro da cidade e nossa população alvo encontra-se em torno de 4000 pessoas. A equipe é composta por um médico clínico geral, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, uma dentista, um técnico em higiene dental e quatro agentes comunitários de saúde. A estrutura física da UBS é composta por sala de recepção com doze cadeiras para espera, balcão de recepção com computador, um consultório médico com computador, ar condicionado, mesa para exame físico, estante e armário, além de otoscópio e sonar, uma sala de enfermagem com mesa para exame ginecológico e banheiro individual, há ainda uma sala para acolhimento, uma sala de consultório odontológico, farmácia e expurgo.

Sempre tivemos excesso de demanda espontânea e infelizmente o excesso de demanda acaba por priorizar atendimento no dia somente de casos mais graves, sendo os demais orientados a retornar no dia seguinte para “pegar uma ficha”. Vejo isto como uma constante em várias UBS de nosso país e acredito que isto reflita a insuficiência dos serviços prestados e uma atenção preventiva precária. Para enfrentar esta situação é necessário que se invista mais em saúde básica e atenção primária, pois acabamos fazendo ações de atenção secundária na

maior parte das vezes. A UBS acaba se tornando uma espécie de pronto atendimento e isso não resolve de maneira alguma a situação vigente, pois as pessoas continuarão a adoecer da mesma forma. Somente a prevenção primordial e primária em saúde é capaz de prevenir e sustentar a saúde das pessoas.

## **1.2 Relatório da análise situacional**

O município de Marau localiza-se no noroeste do estado do RS, é colonizado por italianos e tem 59 anos de emancipação administrativa. Possui atualmente um forte parque industrial, porém em sua origem a agricultura e a suinocultura são as atividades predominantes. Possui uma população de 36.383 habitantes, segundo dados do IBGE 2010.

Sobre o sistema de saúde do município contamos com ambulatórios de especialidades onde há pediatra, ginecologista e psiquiatra. Temos ainda disponibilidade da assistência do NASF (com participação de nutricionista, fisioterapeuta, assistente social e psicóloga), e um hospital de referência na cidade (Hospital Cristo Redentor) para urgências e emergências e vários laboratórios de análises clínicas e centro de diagnóstico por imagem.

Na UBS Central 01 temos uma população alvo estimada de 4000 pessoas, número limítrofe para uma unidade básica de saúde, mas ainda adequado. Nossa equipe é composta por um médico clínico geral, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, um dentista, um técnico em higiene dental e quatro agentes comunitários de saúde, porém há três micro áreas sem ACS. A estrutura física da UBS é composta por sala de recepção com doze cadeiras para espera, balcão de recepção com computador, um consultório médico com computador, ar condicionado, mesa para exame físico, estante e armário, além de otoscópio e sonar, uma sala de enfermagem com mesa para exame ginecológico e banheiro individual, há ainda uma sala para acolhimento, farmácia e expurgo. De uma maneira geral não temos problemas graves de estrutura física em nossa unidade.

O atendimento resume-se a pacientes agendados e demanda espontânea que são casos que merecem ser avaliados quanto a gravidade/risco para atendimento no dia ou agendamento. Para demanda espontânea temos um número

definido de fichas que varia conforme a agenda (número total de atendimentos do dia) em torno de cinco por turno. Pela manhã é formada uma fila de espera na porta da UBS e por ordem de chegada os pacientes adquirem o direito à consulta, porém sempre avaliamos todos os casos fazendo-se o acolhimento de todos os pacientes para detectar os mais graves que deverão ser atendidos independentemente de agenda estar cheia. Este sistema preserva o princípio da universalidade de acesso e da equidade, dando-se prioridade aos mais necessitados, não excluindo os menos.

A Unidade está localizada ao lado dos ambulatórios de especialidade, o que facilita o sistema de referência.

Em relação à puericultura, nossas crianças recebem atendimento médico programático, com consultas de puericultura agendadas e atendimento a demanda espontânea. Há disponibilidade de médico pediatra para referência em nosso ambulatório de especialidades. Não há registro específico para os atendimentos e nem sistema de monitoramento destas ações. Minha unidade não faz atividade de grupo com as mães; acho esta atividade muito importante, pois permite compartilhar dúvidas e saná-las em conjunto, economiza tempo de consulta individual além de ser mais proveitoso para as mães. Além disso, deveríamos ter registros específicos em puericultura para otimizar o monitoramento deste cuidado. Atividades de educação permanente e continuada em puericultura também devem existir para orientar todos os profissionais da equipe e torná-los atualizados no assunto, evitando-se práticas inadequadas.

Fazemos o atendimento e acompanhamento pré-natal para todas as mulheres gestantes que comparecem a nossa unidade, com agendamento programado. Nos atendimentos são realizadas ações preventivas como a administração de ácido fólico e sulfato ferroso profilático, revisão do cartão vacinal da gestante e solicitação de exames pré-natais recomendados em cada trimestre gestacional.

Os números mostram que somente 18% do número estimado real de gestantes de minha área estariam fazendo acompanhamento de pré-natal na UBS. Acredito que a estimativa não seja a realidade uma vez que minha região talvez tenha taxas de natalidade inferiores a média nacional devido ao perfil socioeconômico local, mas mesmo assim pode ser que não estejamos atendendo a

100% das gestantes, mas não tenho como confirmar isso, uma vez que as gestantes que são conhecidas pela ESF são todas acompanhadas. Para ampliarmos a cobertura pré-natal e puerperal de nossa UBS, necessitamos de um trabalho criterioso e contínuo de cadastramento da população que atendemos para que possamos identificar a população que está sem atendimento ao invés de esperar que os casos cheguem até nós por demanda espontânea. O registro em formulário específico também facilita a análise de dados e otimiza o serviço prestado.

Há um dia por semana reservado para coleta de material para exame citopatológico de colo de útero, procedimento realizado pela enfermeira. As pacientes são orientadas durante a consulta médica e pela equipe a agendar uma data para coleta do exame. O registro do exame preventivo de citopatológico é feito no prontuário médico e nos últimos 4 meses passou a ser feito em um livro de registros específico para este cuidado. Neste livro de registro consta somente o nome da paciente e a data de realização do exame com o resultado, mas não permite saber quantas mulheres entre 25 e 64 anos (população alvo) são acompanhadas e rastreadas para CA de colo uterino na totalidade, pois o que dispomos são dados pontuais dos últimos 4 meses somente e o restante estaria anotado nos prontuários. Desta maneira fica inviável fazer este levantamento, pois necessitaria revisar todos os prontuários de todas as mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, considerando que o resultado foi anotado nos mesmos. Reconheço que ter registros específicos é vital para a análise adequada do cuidado, permitindo realizar estimativas e planejamento. Em vista disso, o primeiro passo foi dado pelo registro em livro específico, acho que com o passar de 1 a 3 anos teremos melhor definição do total de mulheres rastreadas em nossa população e assim poderemos preencher os números e indicadores de qualidade deste cuidado básico e importantíssimo para as mulheres.

Em relação ao rastreamento de câncer de mama não temos registro específico, nem sistema de monitoramento, o que dificulta bastante uma análise mais acurada destes aspectos.

Em relação aos hipertensos, o registro que temos em nossa UBS é somente aquele realizado pelos ACS em suas anotações, de modo que foi possível saber o número total de hipertensos da população alvo, mas não pudemos

identificar maiores detalhes sobre esta população, pois tais dados não foram registrados especificamente. Pelo caderno de ações programáticas, somente 65% do total estimado de hipertensos está com acompanhamento médico. Sobre estes aspectos, primeiramente devemos buscar os hipertensos para fazer um diagnóstico da real situação da hipertensão entre nossa população e isto deve ser feito de maneira ativa pelos ACS e através de propagandas que alertem as pessoas a aferirem a PA, pois HAS muitas vezes não dá sintomas evidentes. Um segundo passo é a aferição sistemática da PA de todos os pacientes registrados e avaliada e orientação para que o diagnóstico seja feito de maneira correta. Outro aspecto que merece ser ressaltado é a necessidade de estabelecermos periodicidade mínima para as consultas e para realização de exames laboratoriais pertinentes a cada situação clínica, já com estratificação de risco realizada para que a equidade seja observada.

Somente 23% do estimado de diabéticos em nossa população alvo está sendo avaliada. Faço aqui a mesma reflexão para a HAS, pois são morbidades crônicas com graves consequências e frequentemente coincidentes junto com a síndrome metabólica, uma das maiores causas de morte de nossa população. O rastreio de diabetes mellitus deve ser feito para todas as pessoas acima de 45 anos ou que apresentem sintomas compatíveis, deve ser rastreada justamente porque não manifesta sintomas muito exuberantes, é uma doença silenciosa, mas mortal. Assim sendo, devemos ampliar nossas visitas pelos ACS e rastrear a população alvo para termos melhor diagnóstico situacional sobre esta condição. Os serviços oferecidos atualmente tanto para hipertensos quanto para diabéticos é tão somente atendimento ambulatorial sem agendamento programado e sem registro específico algum, situação preocupante pelo exposto acima.

Nossa população idosa não pode ser avaliada devido à falta de dados de registros relativos ao total desta população. Além disso, não realizamos atividades de grupo e não há monitoramento das ações em saúde relativas à população idosa. Esta é a população com maior prevalência das doenças crônico-degenerativas e neoplásicas, sendo a faixa etária mais susceptível a esses agravos merecendo cuidados especiais. Os idosos devem ter periodicamente consultas para que se possa avaliar seu status funcional. A expectativa de vida atualmente é alta e passaremos boa parte de nossas vidas como “idosos”, devemos ter respeito e

atenção redobrada para com esta população que segundo a tendência demográfica só irá aumentar. Assim, seria necessária a realização de agendamento programado as consultas dos idosos para um acompanhamento frequente, além de um registro específico que possibilitasse o monitoramento das ações.

Frente a estes fatos, percebo que há vários aspectos que necessitam de aprimoramento e de uma melhora da qualidade, como do atendimento clínico, monitoramento, registro, da equipe, entre outros.

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

Ao longo destas semanas de análise da situação de minha UBS e comparando com minha impressão inicial e expectativa, percebi mais uma vez que nosso trabalho deve ser o mais completo possível e atento, no sentido de não fazer um atendimento demasiadamente sintético e não se render a grande demanda de pacientes do dia como desculpa para uma consulta superficial.

Para uma análise mais precisa dos nossos serviços, precisamos de registros eficientes. Caso contrário, trabalhamos quase que às cegas, sendo que perceberemos somente sinais indiretos do sucesso ou fracasso de nosso trabalho no dia a dia (excesso de demanda, pacientes infelizes, reclamações constantes, alta taxa de mortalidade, alta taxa de doenças preveníveis, insatisfação dos funcionários, entre outros).



## **2 Análise estratégica**

### **2.1 Justificativa:**

O perfil de doenças que afetam a população brasileira passou e ainda passa por uma transição epidemiológica das afecções infecto-parasitárias para uma predominância das afecções crônico-degenerativas, englobando as neoplasias e as doenças cardiovasculares. Assim, é inquestionável e sustentadamente comprovada por estudos epidemiológicos a importância da Hipertensão e do Diabetes Mellitus na morbi-mortalidade da população mundial. Desta maneira, o papel das ações em atenção básica no combate a estes males é capital. A atenção básica possui um papel de evitar que o paciente necessite seguir para cuidados secundários e terciários, onde provavelmente necessitará de recursos diagnósticos e terapêuticos de alta tecnologia e alto custo. Infelizmente vemos ainda que a maioria dos pacientes que se encontram sob cuidados secundários e terciários foram os que não receberam uma atenção primária adequada (BRASIL, 2013).

A ESF Central do município de Marau, possui uma população de cerca 4000 pessoas adscritas, perfil predominantemente urbano, com número elevado de pessoas idosas, justamente onde mais incide as doenças do foco escolhido. Não são realizados atualmente ações de saúde para estas doenças na UBS, somente consultas médicas para eventuais queixas.

A atenção aos hipertensos e diabéticos da comunidade ocorre de forma insatisfatória, pois não há registros adequados, nem informações em saúde sobre esta população, o único registro que há é aquele realizado pelos ACS nos cadastros, de modo que não é possível saber o número desta população na área. De acordo com o estimado, somente 65% de hipertensos e 23% dos diabéticos está em

acompanhamento, o que preocupa, visto que são morbidades crônicas com graves consequências e frequentemente coincidentes junto com a síndrome metabólica, uma das maiores causas de morte de nossa população.

A atenção a essa população é inadequada, pois o acompanhamento é irregular e muitos pacientes não comparecem para aferir a pressão arterial, mas tomam anti-hipertensivos e pedem atualização de receitas sem consultar e o mesmo ocorre para os diabéticos. Percebo ainda que as várias recomendações do MS, vista nos cadernos de atenção básica numero 36 e 37 de 2013, não são realizadas em boa parte dos pacientes, que acabam tendo um atendimento não padronizado e por vezes pontual para casos agudos.

Com a intervenção objetivamos uma cobertura mais abrangente, com busca ativa dos faltosos, registros específicos do programa, qualidade da atenção por meio de exame cuidadoso com estratificação risco cardiovascular, solicitações de exames periódicos conforme o que recomenda o protocolo, além de avaliação criteriosa das medicações e práticas de promoção de saúde.

## **2.2 Objetivos e metas:**

### **2.2.1 Objetivo geral:**

Melhorar a atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos na ESF Central 01, Marau, RS.

### **2.2.2 Objetivos específicos:**

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

### **2.2.3 Metas:**

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

Metas:

- Cadastrar 80% dos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Cadastrar 40% dos usuários diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Metas:

- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.
- Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.
- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

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

Metas:

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

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

##### Metas:

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

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

##### Metas:

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

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

##### Metas:

- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.
- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.
- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.
- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.
- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.
- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.
- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.
- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

## 2.3 Metodologia

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

#### 2.3.1 Ações:

##### **-Monitoramento e avaliação:**

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

**Detalhamento:** Vamos registrar todos os atendimentos e ações realizados aos usuários hipertensos e diabéticos na ficha espelho para semanalmente o médico consolidar os dados na planilha eletrônica. Assim, ao primeiro dia útil de cada mês a enfermeira vai verificar os usuários cadastrados na planilha e informar o número na reunião de equipe.

##### **-Organização e gestão do serviço:**

**Ação:** Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

**Detalhamento:** Busca ativa de hipertensos e diabéticos na comunidade através das visitas dos ACS e cadastramento de todos nesta condição que procurarem o serviço seja por meio de demanda espontânea ou agendada

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

**Detalhamento:** Capacitar os profissionais da saúde para realizar o acolhimento adequado, o que será realizado nas reuniões semanais de equipe revisando-se os protocolos utilizados para intervenção, também através da porta aberta a todos hipertensos conhecidos e os diagnosticados em nossa unidade.

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

**Detalhamento:** Manter a disponibilidade e a manutenção dos materiais. Verificaremos mensalmente a qualidade de nossos aparelhos (esfigmomanômetro, estetoscópio, fitas reagentes e glicosímetro) comparação das medidas dos

aparelhos, calibragem semestral; comparação entre medidas dos aparelhos e aferições de glicemia.

**-Engajamento público:**

**Ação:** Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Ação:** Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

**Ação:** Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

**Ação:** Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

**Detalhamento:** Essas informações serão dadas nas consultas individuais, visitas e por meio de cartazes na UBS.

**Qualificação da prática clínica:**

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

**Ação:** Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. .

**Ação:** Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

**Detalhamento:** Verificação mensal da aferição de pressão e realização de hemoglicoteste pelos profissionais da equipe sob supervisão médica e comparação das medidas entre os mesmos. O médico e enfermeiro farão orientações quanto a técnica, além de sanar dúvidas e orientar os profissionais para o cadastramento.

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

**-Monitoramento e avaliação:**

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

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

**Ação:** Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

**Detalhamento:** Anotar na ficha espelho os dados dos atendimentos para poder fazer o consolidado na planilha eletrônica e o monitoramento será feito a partir dos indicadores gerados. Será realizando exame físico completo em todas as consultas e a solicitação de exames de acordo com o protocolo com data e seus resultados.

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

**Detalhamento:** Perguntar ao pacientes se esta ocorrendo alguma dificuldade na aquisição dos medicamentos.

#### **-Organização e gestão do serviço:**

**Ação:** Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos

**Ação:** Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

**Ação:** Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

**Ação:** Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

**Detalhamento:** Implantação de protocolo de atendimento clínico aos usuários hipertensos e diabéticos com a distribuição da atribuição das ações a cada membro da equipe. A capacitação será feita através do estudo do protocolo e reunião para debate bimestralmente. Será colado na parede o preconizado ao atendimento clínico.

**Ação:** Garantir a solicitação dos exames complementares.

**Ação:** Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

**Ação:** Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

**Detalhamento:** Nas consultas individuais serão solicitados os exames complementares preconizados, os quais serão anotados na ficha espelho para que

tenhamos maior controle de quando devem ser solicitados novamente. Felizmente, não temos problemas em relação a disponibilização dos mesmos aos usuários, mas estaremos atentos e cobrando do gestor em qualquer eventualidade que dificulte a realização dos mesmos.

**Ação:** Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

**Detalhamento:** O técnico será responsável pela verificação do estoque mensalmente.

**Ação:** Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Detalhamento:** O médico fará uma previsão através dos cadastros e registro das medicações de cada usuário na ficha espelho da quantidade de medicação necessária mensalmente.

#### **-Engajamento público:**

**Ação:** Orientar os pacientes 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.

**Ação:** Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade e periodicidade de realização de exames complementares.

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

**Detalhamento:** Orientar os pacientes em todas consultas individuais; e também por meio de cartazes explicativos nas paredes da UBS.

#### **-Qualificação da prática clínica:**

**Ação:** Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

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

**Ação:** Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

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



**Detalhamento:** Será feito a capacitação em reunião de equipe, onde o médico estará encarregado de esclarecer a equipe sobre os tópicos acima.

***Objetivo 3: Melhorar a adesão dos usuários hipertensos e/ou diabéticos ao programa***

**Ações:**

**-Monitoramento e avaliação:**

**Ação:** Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

**Detalhamento:** Enfermeira fará isto mensalmente através das fichas-espelho.

**-Organização e gestão do serviço:**

**Ação:** Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

**Ação:** Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

**Detalhamento:** Através da ficha espelho e planilha de coleta de dados a enfermeira e o médico podem identificar os faltosos de acordo com a periodicidade das consultas e mensalmente avisar aos ACS para que providenciem as buscas, deixando a agenda com horários disponíveis para estas buscas.

**-Engajamento público:**

**Ação:** Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

**Ação:** Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

**Ação:** Esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

**Detalhamento:** Falar os aspectos acima mencionados na consulta e fazer um cartaz informando a importância da realização das consultas e periodicidade recomendada.

**-Qualificação da prática clínica:**

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

**Detalhamento:** Reunir equipe e treinar como orientar quanto a periodicidade das consultas, esta capacitação será feita pelo médico como pela enfermeira.

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

##### **-Monitoramento e avaliação:**

**Ação:** Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

**Detalhamento:** Implantação de ficha espelho para registro da assistência aos usuários hipertensos e diabéticos para que assim semanalmente o médico possa verificar o completo preenchimento dos campos constantes nessa ficha ao fazer a digitação dos dados na planilha de acompanhamento.

##### **-Organização e gestão do serviço:**

**Ação:** Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.

**Ação:** Pactuar com a equipe o registro das informações.

**Ação:** Definir responsável pelo monitoramento registros.

**Ação:** 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:** Serão implantadas a ficha espelho e planilha de registro disponibilizadas pelo curso. Assim, o médico ficará encarregado de apresentá-las a equipe e demonstrar seu correto preenchimento. Os pacientes em atraso serão facilmente identificados através destes instrumentos e este será contatado por telefone e/ou por visita domiciliar; o monitoramento será constante e feito em conjunto pelo médico e pela enfermeira.

##### **-Engajamento público:**

**Ação:** Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

**Detalhamento:** Essa informação estará impressa e colada em mural da UBS, além de ser reforçada nas visitas do ACS e consultas.

**-Qualificação da prática clínica:**

**Ação:** Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético

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

**Detalhamento:** Será feita uma capacitação inicial e mensalmente será verificado junto com a equipe se os registros estão sendo adequadamente preenchidos.

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

**-Monitoramento e avaliação:**

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

**Detalhamento:** A enfermeira irá verificar nos registros mensalmente os pacientes que estão em dia de acordo com a última data realizada.

**-Organização e gestão do serviço:**

**Ação:** Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco. Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

**Ação:** Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

**Detalhamento:** Os pacientes identificados como alto risco terão em sua ficha uma identificação para que se possa priorizar o atendimento, organizando a agenda para atendê-los o mais depressa possível.

**-Engajamento público:**

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

**Ação:** Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

**Detalhamento:** Orientar tanto na consulta individual quanto nas visitas pelos ACS, além de procurar estabelecer parceria com educador físico e nutricionista nas atividades

**-Qualificação da prática clínica:**

**Ação:** Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação do pés no caso dos usuários diabéticos.

**Ação:** Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

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

**Detalhamento:** O médico irá demonstrar como se calcula o escore de Framingham e explicar o motivo e importância destas ações, o que deve ser avaliado e como orientar os pacientes. Essas ações serão feitas na capacitação inicial da equipe.

***Objetivo 6: Promover a saúde dos usuários hipertensos e diabéticos***

**-Monitoramento e avaliação:**

**Ação:** Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista.

**Ação:** Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos

**Ação:** Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos

**Ação:** Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos

**Detalhamento:** Esse monitoramento será feito em conjunto com a verificação de preenchimento de todos os campos da ficha espelho.

**-Organização e gestão do serviço:**

**Ação:** Organizar a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético

**Ação:** Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.

**Ação:** Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes.

**Detalhamento:** Permitir consulta odontológica prioritária aos pacientes de alto risco, conversando com o dentista para que organize sua agenda neste sentido; haverá espaço reservado na agenda para estas consultas, conforme combinado com o dentista da equipe.

**Ação:** Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

**Ação:** Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

**Ação:** Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

**Ação:** Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

**Detalhamento:** Conversar com o nutricionista e educador físico sobre esta possibilidade e através deste diálogo encontrar propostas viáveis e efetivas; a proposta será realizar reunião com grupos de maior risco e dificuldade em seguir a dieta e exercícios recomendados nas consultas, estes serão separados por grupos e terão reunião com a nutricionista e educador físico a ser agendada e realizada na sala de acolhimento da UBS em dia ainda a ser combinado.

**-Engajamento público:**

**Ação:** Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.

**Ação:** Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

**Detalhamento:** Estudar possíveis setores da comunidade com influencia sobre a população para educação em saúde, focando em orientações sobre hipertensão e diabetes. Dentre estes setores destaca-se a igreja por ser um local bastante frequentado, mas há também associações de moradores e operários.

**Ação:** Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

**Detalhamento:** além de efetuar este aconselhamento nas consultas individuais, elaborar um cartaz com orientações sobre alimentação saudável de forma simplificada e um folder com dietas apropriadas tanto para o diabetes quanto para a hipertensão; para maior qualidade dos materiais irei conversar com o nutricionista do NASF para auxílio neste sentido;

**Ação:** Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

**Detalhamento:** além de efetuar este aconselhamento nas consultas individuais, elaborar um cartaz com orientações sobre práticas de atividade física de forma simplificada e um folder com orientações apropriadas tanto para o diabetes quanto para a hipertensão; para maior qualidade dos materiais irei conversar com o educador físico do NASF para auxílio neste sentido;

**Ação:** Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

**Detalhamento:** Realizar este aconselhamento durante todas as consultas médicas e, além disto, podemos elaborar um cartaz para ficar no lado de fora da UBS para chamar a atenção sobre a existência do grupo anti-tabagismo;

**-Qualificação da prática clínica:**

**Ação:** Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso.

**Detalhamento:** marcar durante a reunião da equipe um horário para que o dentista da equipe forneça explanação sobre como efetuar esta avaliação;

**Ação:** Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

**Detalhamento:** marcar durante a reunião da equipe um horário para que o nutricionista explique os aspectos principais na orientação a alimentação saudável;

**Ação:** Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento:** abordar tais aspectos na reunião de equipe sanando quaisquer dúvidas;

**Ação:** Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

**Detalhamento:** marcar durante a reunião da equipe um horário para que o educador físico possa explicar como orientar atividade física aos pacientes;

**Ação:** Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.

**Detalhamento:** em conjunto com a psicóloga do NASF, já esta sendo implementado um grupo de combate ao tabagismo dentro de nossa unidade;

### 2.3.2 Indicadores

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

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

Indicador:

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: Cadastrar 40% dos usuários diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador:

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 hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

Indicador:

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

Indicador:

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

Indicador:

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

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

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

Indicador:

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

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

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

Indicador:

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

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



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

Indicador:

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

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

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

Indicador:

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

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

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

Indicador:

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

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

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

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

Indicador:

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

Indicador:

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

Indicador:

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

Indicador:

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

Indicador:

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

Indicador:

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

Indicador:

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador:

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador:

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador:

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador:

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador:

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador:

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador:

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### 2.3.3 Logística

Começaremos a intervenção com a capacitação da equipe, a qual ocorrerá na própria UBS durante a reunião semanal, e onde será discutido sobre o preconizado no protocolo que serão os cadernos de atenção Básica de 2013 para atenção a hipertensos e diabéticos. Além disso, a equipe irá verificar a qualidade dos equipamentos através de medidas entre observadores e verificaremos a data da última calibragem. Todos os profissionais serão orientados e lembrados dos principais aspectos referentes a uma adequada medida da pressão arterial sob orientação do médico, o que será feito durante a reunião de equipe.

A UBS já dispõe de rede de computadores com prontuário eletrônico, o que facilitará a realização de ações referentes ao registro. Este se dará da seguinte maneira: o médico irá providenciar a impressão de fichas-espelho referentes à HAS e DM, as quais ficarão na sala do médico, em toda consulta que se constate um paciente previamente diabético, hipertenso ou recém-diagnosticado, será feito o preenchimento completo da ficha pelo médico na consulta. A ficha espelho deve conter todos os aspectos essenciais condizentes com um excelente atendimento de acordo com as referências do Ministério da Saúde. Na sala do médico há impressora para facilitar a impressão das fichas e inicialmente já teremos 300 disponíveis, pois na área há uma estimativa de 608 hipertensos e 150 diabéticos. Ao final da semana, o médico se encarregará de recolher todas as fichas espelho da semana e digitar os dados para registro destes pacientes no programa Hiperdia e na planilha de acompanhamento e monitoramento de dados referentes a HAS e DM da UFPel.

A qualidade do atendimento clínico e dos registros deverá ser monitorada através das fichas-espelhos. Um completo preenchimento da ficha indica que vários pontos cruciais do atendimento foram abordados durante a consulta. O monitoramento da qualidade será feito, como já dito anteriormente, semanalmente, quando a enfermeira digitará os dados no Hiperdia e planilha. A ausência de dados na ficha não será tolerada, de modo que a enfermeira deverá anotar o prontuário do paciente que teve uma ficha parcialmente preenchida e chamar o profissional responsável pelo atendimento exigindo que o mesmo preencha o que faltou e alertando-o sobre a importância desta ação.





### **3 Relatório de Intervenção**

Ao término de 3 meses de intervenção venho através deste relatar e refletir sobre as experiências vivenciadas e dificuldades encontradas em seguir o projeto de intervenção

O projeto pauta-se no cadastramento, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde dos indivíduos portadores de hipertensão e diabetes e no diagnóstico precoce e prevenção primária e primordial para estas doenças. Minha intervenção ocorre sobre doenças de caráter crônico, cujos resultados podem ser vistos somente a longo prazo e com um sistema de monitoramento e avaliação eficazes.

A seguir descrevo aspectos relativos a cada uma destas ações, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se foram cumpridas integralmente ou parcialmente.

#### **3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente**

Começamos a intervenção com uma capacitação a qual se limitou a explicações e ensinamentos sobre técnica de aferição da pressão e realização do hemoglicoteste, além de tirar dúvidas e dificuldades pontuais, já que cada um era responsável por estudar o manual e tirar as dúvidas na reunião. A equipe foi treinada para o cálculo do escore de Framingham, mas na prática o médico é que fez tal cálculo para todos os casos. Faltou delegação precisa das ações e sincronia com a equipe, considero ainda que faltou um roteiro pré-definido com temas a serem observados e estudados em cada reunião.



Para ampliar a cobertura da atenção as ações propostas estão detalhadas no projeto de intervenção e envolvem a busca ativa dos pacientes e registro dos pacientes recém diagnosticados e sabidamente doentes que comparecem a unidade sob agendamento ou demanda espontânea por quaisquer motivos. Foi realizada explicação, na reunião de equipe, para as agentes comunitárias de saúde enfatizar o questionamento sobre a existência destas doenças em suas visitas e orientarem os pacientes a comparecerem na UBS para agendar consulta. Sendo assim, as ACS possuem dados relativos ao que os pacientes relatam como resposta a simples pergunta se o paciente tem pressão alta e/ou diabetes. E a partir da resposta anotam no prontuário eletrônico no momento do cadastramento, nossa UBS conta com sistema de prontuário eletrônico TrackCare recentemente implementado.

O processo de captação destes pacientes ainda ocorreu também pelo acesso de família por família no sistema identificando hipertensos e diabéticos e colocando em planilha Excel o nome de cada paciente com HAS e DM. Assim tínhamos uma lista e foi gerada uma ficha-espelho para cada paciente. As fichas foram organizadas por ordem alfabética. Assim que o paciente chegava a UBS a atendente a verifica na tela se o paciente possui link (imagem que indica se o paciente tem HAS ou DM) e caso positivo, pega a ficha-espelho e entrega ao médico. Os pacientes recém-diagnosticados para alguma destas duas doenças (baseando-se em critérios diagnósticos bem estabelecidos pelos manuais do MS de 2013), tiveram um link adicionado ao seu nome e ganharam uma ficha-espelho. A possibilidade de acessar as famílias pelo sistema foi algo que surgiu como uma idéia após o início da intervenção e não constava inicialmente no projeto, mas está sendo feito até o momento.

Inicialmente não tínhamos um turno reservado a estes pacientes de forma que devido a grande demanda alguns foram agendados para 2-3 meses, conforme disponibilidade da agenda, pois há uma limitação na agenda, visto que não podemos deixar de atender outros grupos populacionais e demanda espontânea, assim estamos agendando 8 pacientes no turno semanal reservado. A partir dos cadastrados necessitamos criar uma lista prioritária para aqueles que tenham maior risco de Framingham. Não haverá outro jeito, pois há uma limitação temporal para agendamentos. Ficamos longe de atingir a meta de cobertura e conforme os números apresentados precisaríamos de mais de 1 ano para ter toda essa população acompanhada.

Os registros dos pacientes foram feitos nas fichas-espelho e cadastrados na planilha eletrônica semanalmente. Em relação ao monitoramento e avaliação todos os aspectos propostos no projeto foram observados durante os atendimentos, isto foi possível pela disponibilidade de computador e planilhas e ficha espelho para lembrar o profissional de observar todos os aspectos de uma consulta de qualidade. Portanto, todas estas ações foram feitas conforme detalhamento e não haverá problemas em dar continuidade a esta ação no serviço.

A organização e a determinação de ações para cada membro da equipe limitou-se a aferição de pressão e hemoglicoteste pelas técnicas de enfermagem e pela enfermeira sendo o restante feito predominantemente pelo médico. Todos os pacientes tinham solicitados seus exames conforme o protocolo e as orientações foram feitas apenas em consultas individuais. O registro dos medicamentos foi feito nas fichas espelho, mas não foi repassado para a farmácia como previsto no projeto. Todos foram estratificados por calculo simples (escore de Framinham) e anotado na ficha-espelho correspondente. As orientações nutricionais e de atividades físicas foram feitas pelo médico em todas as consultas com base no protocolo do MS.

A periodicidade das consultas médicas ocorre de acordo com o escore de Framinham de acordo com o estabelecido no protocolo do MS e é de 3 meses para pacientes de alto risco. Nenhum paciente agendado faltou às consultas até o momento. Este monitoramento é feito pela planilha e pelas fichas espelho, portanto, não houve dificuldades e não haverá problemas em dar continuidade a esta ação no serviço. Pacientes de alto risco foram priorizados e agendados.

A verificação da falta é simplesmente feita olhando-se os agendados e os exames em pendência são verificados pelo medico na ficha-espelho. Foi observado dificuldade na busca ativa pelas ACS em prédios e em horários em que as pessoas estão em serviço. Demais aspectos ocorreram com facilidade.

### **3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas**

O protocolo de atendimento clínico não foi seguido na íntegra, apesar de estar disponível para a equipe. Não realizamos controle de estoques de medicamentos e não foi passada uma listagem com a previsão de medicamentos para farmácia, porém há um responsável na farmácia pela verificação do estoque.

A ideia inicial era que as ACS pudessem fazer uma busca ativa dos casos porém, infelizmente há 3 micro áreas sem ACS, o que também dificulta a busca e orientação nessas áreas.

O engajamento público limitou-se a orientações feitas durante as consultas, não conseguimos associação com algum setor da sociedade que pudesse ter bastante influência sobre o público. Acredito em parte que faltou planejamento para tal ação, devendo haver um tempo reservado para esta pesquisa e até uma reunião com a equipe para poder definir onde poderíamos atuar. Esta ação ainda pode ser feita, pois a intervenção continua. Estamos organizando uma intervenção conjunta com a nutricionista do NASF para primeira semana de janeiro. Não tivemos a disposição um educador físico para realizar ações previamente planejadas. Acredito que dentro de mais alguns meses mais algumas ações como o grupo de nutrição e o grupo de tabagismo poderão ser feitas.

Os temas a serem abordados em cada reunião de equipe não seguiram um cronograma definido, sendo feita na primeira reunião logo antes do início da intervenção uma explanação geral dos aspectos a serem implementados na intervenção. O treinamento da equipe foi feito nas primeiras reuniões. Após a capacitação inicial primeiras reuniões houve apenas reuniões limitando-se mais a sanar dúvidas e dificuldades pontuais. Considero que faltou um roteiro pré-definido com temas a serem observados e estudados em cada reunião, passando do panorama geral e epidemiológico ao diagnóstico, tratamento, rastreio e acompanhamento.

Outras limitações ocorreram porque não há educador físico de referência, nem mesmo agendamentos para a dentista, então o médico fez a avaliação da saúde bucal de forma simplificada durante o exame físico das consultas e caso identificasse alguma necessidade orientava aos pacientes a pegar uma ficha pela manhã.

Não conseguimos parcerias na comunidade, nem de outros setores, pois não tivemos planejamento e tempo dedicado a tais ações. A única parceria conseguida foi com a nutricionista do NASF com a qual foi elaborado uma intervenção conjunta para orientação nutricional aos pacientes, mas que ainda não começou.

Não houve impressão de cartazes, sendo que as orientações foram feitas todas nas consultas individuais. Acredito que não houve planejamento para confecção e impressão dos mesmos, mas esta ação ainda pode ser feita.

### **3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores**

Não houveram dificuldades em relação ao preenchimento da planilha e identificação dos indicadores. A planilha foi um facilitador na identificação dos resultados obtidos.

### **3.4 Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, mesmo com a finalização do curso.**

A maior parte das ações foi feita pelo medico da equipe e isto dificulta a continuidade das ações com término do contrato com o PROVAB. Assim sendo, para dar continuidade às ações que já estão sendo feitas, devemos delegar algumas ações para os outros membros da equipe. Ainda nas próximas semanas, a equipe deverá fazer uma reunião para discutir a continuidade da intervenção e como deverão orientar o próximo medico da equipe a respeito da intervenção. Além disto, uma cópia do trabalho de conclusão, onde há o projeto de intervenção com as orientações deverá ser impressa e ficar com a enfermeira da equipe para apresentar ao próximo medico e dar continuidade as ações.

## 4 Análise da intervenção

### 4.1 Resultados

Dentro de um objetivo geral de melhorar a atenção aos hipertensos e diabéticos, temos estabelecidos no projeto de intervenção 6 objetivos mais específicos e metas para atingi-los. Assim, tivemos os seguintes resultados qualitativos e quantitativos de acordo com a planilha de coleta de dados:

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

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

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

De acordo com a estimativa possuímos 608 hipertensos, e durante os 3 meses da intervenção conseguimos cadastrar 86 hipertensos o que representa 9,4%. O indicador de cobertura (número de hipertensos acompanhados dividido pelo número total de hipertensos) mostrou evolução de 5,4%(33) no primeiro mês, 10,5%(64) no segundo mês e 14,1%(86) no terceiro mês. (figura 1).

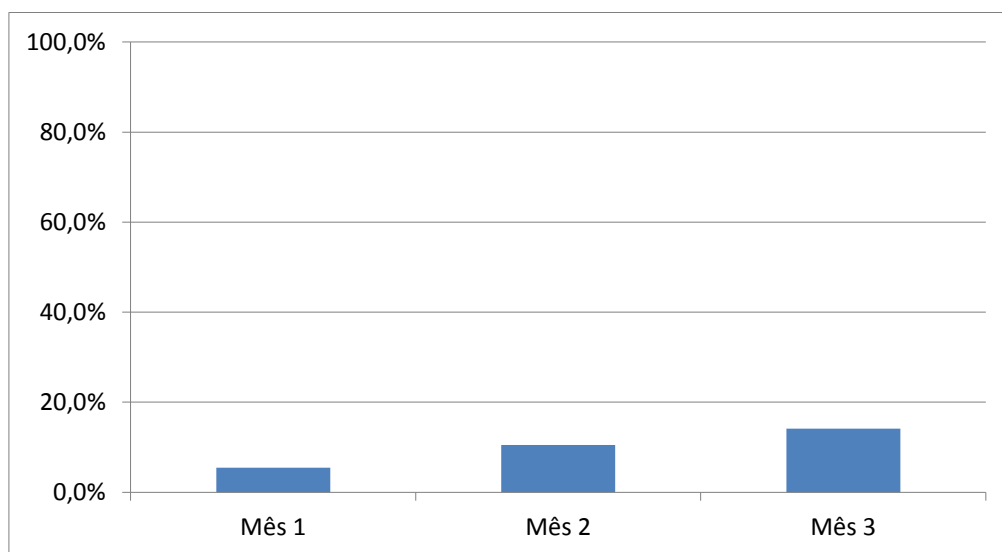


Figura 1: Evolução mensal do indicador de cobertura de atenção ao hipertenso. ESF Central 01, Marau, RS, 2014

**Meta:** Cadastrar 40% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

De acordo com as estimativas temos 150 diabéticos em nossa área e conseguimos cadastras 23 destes em 3 meses de intervenção.

Para diabéticos o indicador de cobertura mostrou evolução de 4%(6) no primeiro mês, 8,7%(13) nos segundo mês e 15,3%(23) no terceiro mês como mostra a figura 2.

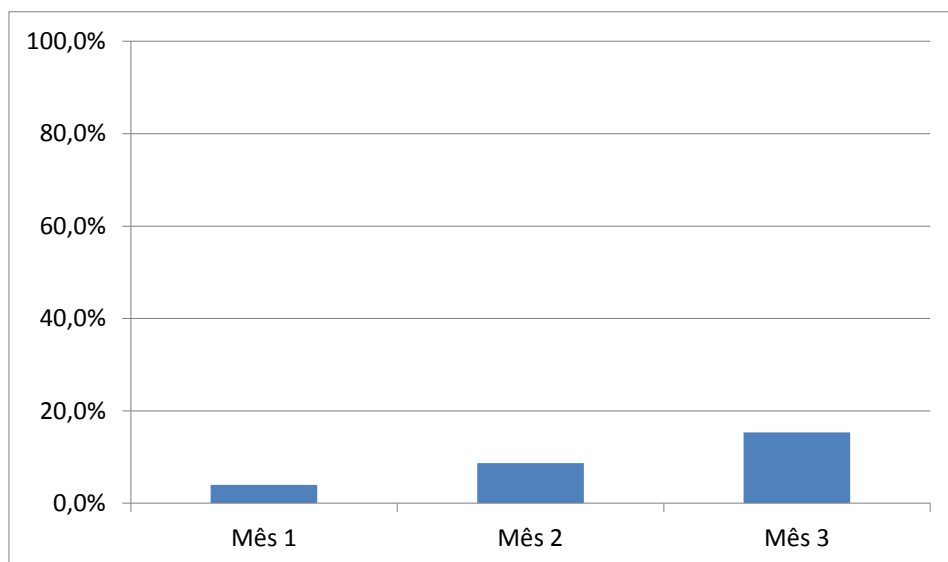


Figura 2: Evolução mensal do indicador de cobertura do programa de atenção ao diabéticos. ESF Central 01, Marau, RS, 2014

As metas iniciais eram de cadastrar 80% dos hipertensos e 40% dos diabéticos, porém nossos resultados ficaram muito abaixo das metas como demonstrado acima. Conforme detalhado em relatório de intervenção, podemos atribuir tais resultados a um conjunto de fatores tais como falta de ACS em 3 micro áreas e tempo restrito na agenda para priorização deste grupo.

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

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

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

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

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

Ao longo dos três meses de intervenção, a proporção de hipertensos e diabéticos com exame clínico em dia foi satisfatória, atingindo 100% de exame clínico em dia ao final de cada mês.

Todos pacientes hipertensos e diabéticos eram examinados adequadamente durante as consultas, de acordo com o protocolo, avaliando fatores de risco associados e complicações da patologia presentes durante a consulta. Acredito que a organização do atendimento e um roteiro de avaliação dos pacientes contribuíram para atingir as metas como mostra as figuras 3 e 4 abaixo.

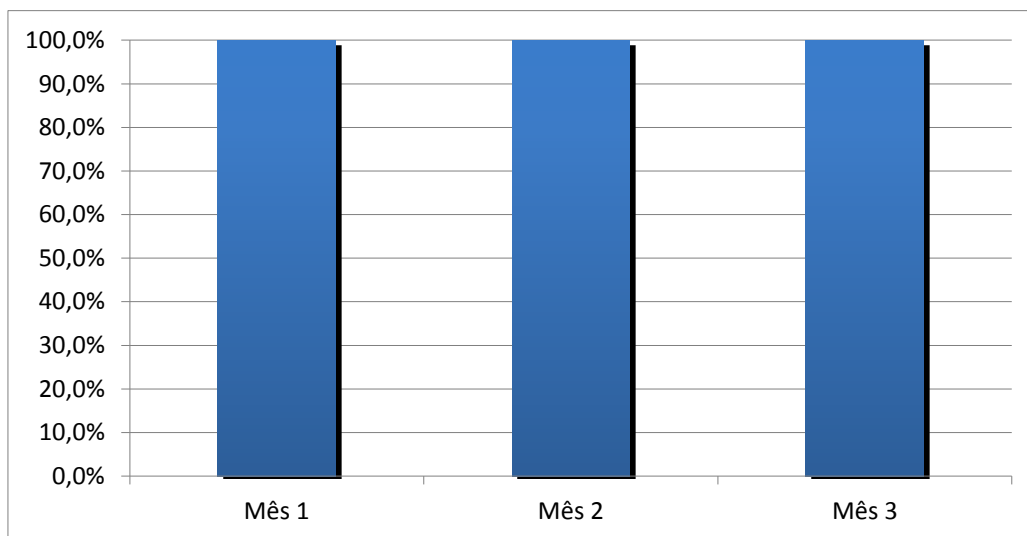


Figura 3: Gráfico indicativo da evolução mensal do indicador de proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo. ESF Central 01, Marau, RS, 2014.

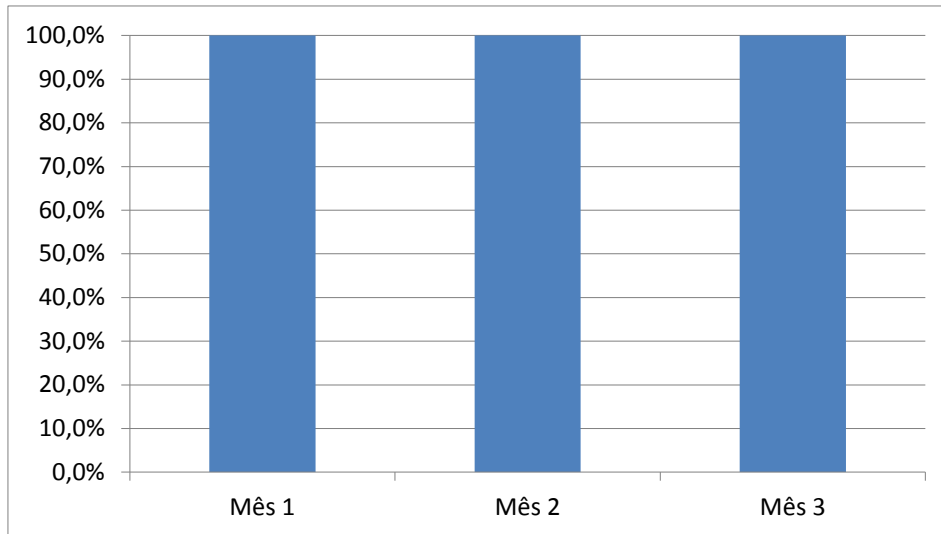


Figura 4: Gráfico indicativo da evolução mensal do indicador da proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo. ESF Central 01, Marau, RS, 2014.

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

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

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

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

Todos os pacientes acompanhados tiveram exames solicitados em suas primeiras consultas, permitindo que a meta fosse atingida.

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

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

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

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



Priorizamos sempre que possível a utilização de medicamentos disponíveis na farmácia popular, para todos os pacientes e assim alcançamos a meta estipulada nos 3 meses. Há pacientes que necessitam comprar medicamentos prescritos por médicos particulares e de referencia, porém nossas prescrições foram todas de medicações presentes na farmácia popular.

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

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

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

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

Como a dentista não agenda pacientes, a avaliação de necessidade de atendimento odontológico foi feita pelo médico da equipe durante o exame físico dos pacientes, para todos os pacientes atingindo a meta estipulada. Havendo necessidade, os pacientes foram orientados a pegar uma ficha para atendimento pela manhã.

### **Objetivo 3: Melhorar a adesão dos usuários hipertensos e/ou diabéticos ao programa**

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

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

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

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

Nenhum paciente dos que foram agendados as consultas faltou. A agenda era conferida todas as semanas após o turno específico a esse grupo, não havendo assim necessidade de buscas.

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

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

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

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

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

Todos os pacientes tiveram seus registros na ficha-espelho adotada adequadamente preenchidos como mostra as figuras 5 e 6 abaixo. Todas as fichas espelhos ficavam armazenadas na sala do médico

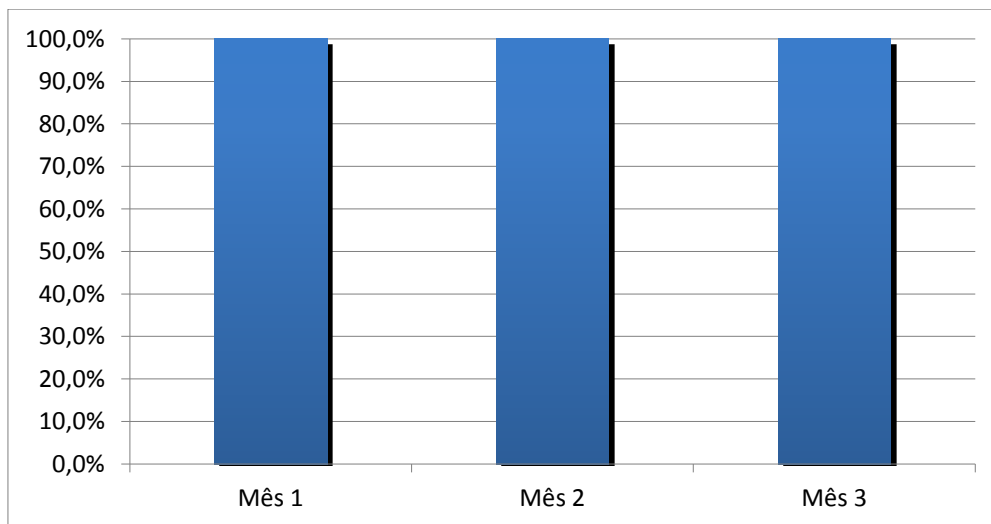


Figura 5: Gráfico indicativo da evolução mensal do indicador da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. ESF Central 01, Marau, RS, 2014.

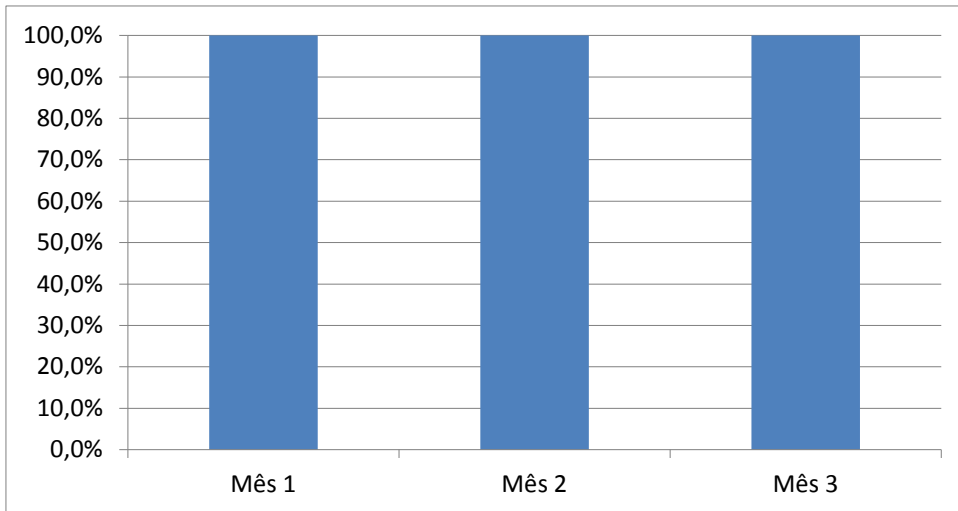


Figura 6: Gráfico indicativo da evolução mensal do indicador de proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. ESF Central 01, Marau, RS, 2014.

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

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

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

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

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

Todos os pacientes tiveram seu risco cardiovascular calculado de forma adequada pela ferramenta online disponível no link: <http://cvdrisk.nhlbi.nih.gov> como mostra as figuras 7 e 8 abaixo.

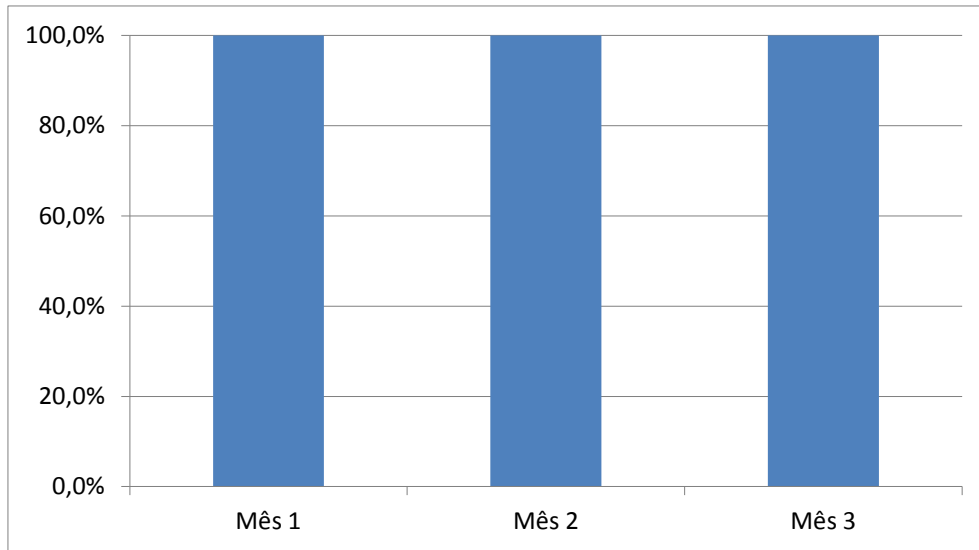


Figura 7: Gráfico indicativo da evolução mensal do indicador de proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. ESF Central 01, Marau, RS, 2014.

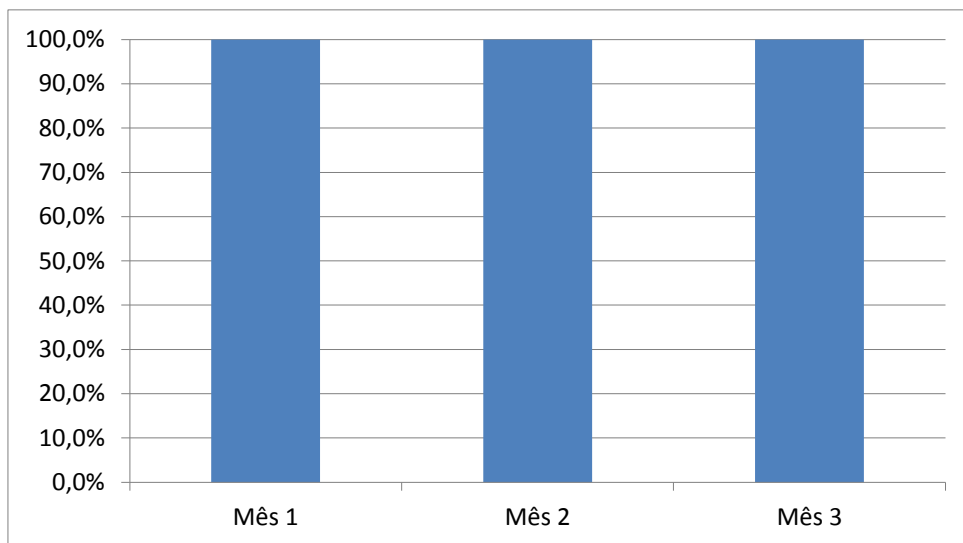


Figura 8: Gráfico indicativo da evolução mensal do indicador de proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. ESF Central 01, Marau, RS, 2014.

### **Objetivo 6: Promover a saúde dos usuários hipertensos e diabéticos**

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

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

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

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

As orientações foram feitas para todos os pacientes na consulta individual seguindo-se o estipulado no protocolo.

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

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

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

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

Todos os pacientes foram orientados sobre os benefícios da prática de atividade física durante a consulta individual

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

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

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

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

Todos os pacientes foram orientados sobre os males do tabagismo e recrutados para o grupo de combate ao tabagismo que se iniciara em janeiro de 2015 junto ao NASF municipal. Em 3 meses recrutamos 18 tabagistas dispostos a realizar as atividades de grupo.

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

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

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

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

Todos foram orientados pelo médico sobre higiene bucal e sobre o aumento do risco cardiovascular associado às doenças periodontais e odontológicas.

Como se pode ver embora a cobertura esteja ficando bastante abaixo do esperado, a qualidade foi priorizada em todas as ações.

## **4.2 Discussão**

Em vista dos resultados podemos concluir que o cadastramento dos pacientes ocorreu em ritmo inferior ao inicialmente estipulado. Acredito que o cadastramento seja um ponto inicial e essencial da intervenção, pois é a partir disto poderemos planejar nossas ações, primeiro temos que conhecer o número e alguns dados básicos sobre a população alvo. Pacientes cadastrados inicialmente devem ser também acompanhados, o cadastro ocorre a partir do conhecimento e diagnóstico da doença em questão.

O acompanhamento dos pacientes requer a geração de uma ficha-espelho onde é possível verificar a periodicidade de consultas, se os exames estão em dia, medicações em uso, níveis pressóricos, entre outros. Logo, acompanhar um paciente requer, portanto tempo na agenda e isto se torna um fator limitante, já que há ainda outras atividades a serem feitas dentro do horário de trabalho na UBS e que este é um grupo muito amplo.

Os resultados obtidos expressam um somatório de fatores como baixo número de visitas domiciliares, pela falta de 3 ACS para completar a equipe e conseqüentemente baixo número de busca ativa para HAS e DM, também de pacientes previamente agendados, e de pacientes diagnosticados no período. Assim sendo, ficamos aquém das metas que, em minha opinião, foram inadequadas para um período de 3 meses. Poderíamos ter alcançado números mais expressivos, mas acho improvável conseguir chegar em 80% e 40% de cadastramentos acompanhamentos em 3 meses.

Conseguimos, no entanto, níveis e indicadores altos de qualidade. Cada consulta médica foi orientada pelo protocolo adotado do MS e por fichas-espelho que são preenchidas no atendimento fazendo com que nenhum aspecto seja esquecido. Este fator fez com que a qualidade do atendimento aos hipertensos e diabéticos na UBS tivesse um melhora na qualidade do atendimento, não se restringindo as queixas dos pacientes e renovação de receitas.

Em relação à importância da intervenção para equipe pode-se dizer que esta foi bem recebida pela equipe que entendeu e apoiou a iniciativa. Durante as reuniões de equipe, dúvidas foram sanadas e os profissionais tiveram a oportunidade de aprender um pouco a mais sobre estas doenças tão comuns em atenção básica. Revisamos a técnica correta de aferição da PA e a importância disto, pois valores de poucos mmHG podem interferir no diagnóstico e conseqüentemente na terapêutica. A intervenção foi e continuará sendo uma oportunidade para novas ideias e para o esforço contínuo de estabelecer protocolos e condutas atualizadas e de alta qualidade no atendimento. Acredito que a equipe, no entanto poderia ter maior participação, pois ao final da intervenção a maior parte das ações acabou sendo feita somente pelo médico. Em parte pela dificuldade de orientar e de monitorar certas ações por parte dos outros profissionais. A técnica de enfermagem e a enfermeira limitaram-se basicamente a aferição de PA e a orientações básicas em casos de níveis altos.

A partir da intervenção o serviço passou a ter um turno reservado para o atendimento de pacientes diabéticos e hipertensos, priorizando os de maior risco, que embora insuficiente para dar conta da demanda, foi um grande avanço. Além disto, os profissionais da equipe estão mais orientados sobre aspectos gerais destas doenças. O médico está mais qualificado pelos estudos que fez visando melhorar a qualidade da atenção a esta população.

Pacientes individualmente já percebem a diferença de uma consulta íntegra de uma consulta rápida na UBS. A consulta aos hipertensos e diabéticos priorizou a qualidade, e os pacientes perceberam a diferença no exame físico, orientações, entre outros aspectos. A comunidade como um todo terá seu tempo para apreciar um serviço de qualidade à medida que os parâmetros de saúde foram dando resultados, logo faz-se importante envolver a comunidade apresentando os resultados periodicamente.

Caso fosse iniciar a intervenção neste momento, dividiria as atribuições com demais integrantes da equipe, ou seja, atribuiria funções anotar os escores de Framingham, cadastrar o paciente na ficha espelho e digitação dos dados a enfermeira e técnica de enfermagem, assim, não sobrecarregaria apenas o médico.

Em relação à rotina estabelecida na intervenção, haverá a mesma rotina de agendamentos, porém o número de agendamentos não pode ser aumentado mais do que esta hoje sem comprometer outras atividades da UBS.

Como já dito anteriormente, para que as ações tenham continuidade, a equipe deverá ter maior participação, pois é plenamente viável seguir com o registro na ficha espelho, exame clínico e solicitação de exames conforme o protocolo, porém a equipe deve estar disposta a orientar o próximo médico que trabalhar na UBS em relação a todos os aspectos da intervenção.

Assim, os próximos passos é revisar com a equipe as ações que não aconteceram, como a realização de grupos, e redistribuir as atribuições de cada integrante da equipe para que esteja engajada nas ações podendo dar continuidade ao projeto.

#### **4.3 Relatório de Intervenção para Gestores**

Aos senhores gestores de saúde do município, informo-lhes que nos últimos 3 meses ocorreu com sucesso a intervenção proposta pela equipe do ESF Central 01, a qual visa a melhoria da atenção aos hipertensos e diabéticos da área. Esse foi o foco escolhido como alvo da intervenção por serem doenças crônicas com graves consequências e cujo tratamento adequado em atenção básica é capaz de prevenir diversas complicações e mortes.

Para isto, é necessário consultas e acompanhamento de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, neste sentido tínhamos como objetivo geral melhorar a atenção a pacientes hipertensos e diabéticos e como objetivos específicos melhorar a cobertura, a qualidade, a adesão os registros, a identificação dos riscos, além de ações de promoção de saúde e assim poder melhorar bastante a qualidade de vida destes pacientes.

Tivemos dificuldade em organizar a agenda para atender esse grupo, pois a gestão prioriza a demanda espontânea, porém, em se tratando de Estratégia de Saúde da Família há diversos grupos populacionais que podem ser divididos em áreas de atenção e durante a intervenção optamos por reservar um turno para atendimento a esta população, mas isto não trouxe prejuízos, muito pelo contrário, organizou os atendimentos, onde pacientes de maior risco tem um turno para agendamento sendo mais fácil e acompanhamento conforme o que preconiza o MS.



Conseguimos através do auxílio de planilhas eletrônicas e fichas padronizadas, elaboradas e fornecidas pelo curso de Especialização em família da UFPEL,, observar diversos aspectos que devem ser observados em uma consulta e com isto alcançamos altos indicadores de qualidade. Quanto aos resultados, ao longo de 3 meses de intervenção foram 86 hipertensos cadastrados e 23 diabéticos, o que corresponde a uma cobertura do programa de 14,1% e 15,3%, respectivamente de acordo com a estimativa da area. Conseguimos realizar exame clínico adequado em 100% dos hipertensos e diabéticos, assim como 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos estavam com registros adequados nas fichas de acompanhamento. Com relação à prescrição de medicações da farmácia popular, esta foi priorizada a todos. Quanto à promoção da saúde, 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos receberam orientações quanto à higiene bucal, riscos do tabagismo, alimentação saudável e prática de atividades físicas. Com relação aos exames complementares, 100% dos hipertensos e diabéticos tiveram estes solicitados na primeira consulta.

No entanto, o número de pacientes cadastrados ficou abaixo do esperado. Nossa equipe possui 03 microáreas sem ACS o que dificulta em parte o cadastramento de um número maior de pacientes. Para o diagnóstico de diabetes é necessário teste sanguíneos que devem ser solicitados pelo médico.

Gostaria de agradecer a disponibilidade de medicamentos na farmácia, exames laboratoriais, e equipamentos básicos de aferição de pressão arterial e glicose sanguínea. Em nosso caso todos já estavam amplamente disponíveis e não tivemos problemas nestes aspectos. Espero que os senhores gestores apoiem este e outros projetos de intervenção que ainda virão a fazer parte desta UBS e solicito-vos que tomem as medidas cabíveis para que a equipe de ACS esteja completa o mais breve possível, pois esses são nosso elo com a comunidade.

A intervenção foi um ganho de qualidade para a população de nossa UBS e constitui economia de serviços secundários e terciários, pois não temos que encaminhar pacientes para ambulatórios de especialidades ou ao hospital para internação e cuidados sabidamente muito mais custosos.

#### **4.4 Relatório de intervenção para a comunidade**

Neste ano estive vinculado ao PROVAB, um programa que visa à valorização da atenção básica, assim fizemos uma análise da situação da ESF

Central de Marau e resolvemos intervir na qualificação da atenção de diabéticos e hipertensos da área, pois a hipertensão, ou “pressão alta” como alguns de vocês conhecem, e o diabetes são doenças muito comuns em nosso meio e causam muitas mortes todos os anos e na nossa unidade não havia dados sobre esses usuários e o acompanhamento estava inadequado.

Assim, objetivo geral da intervenção é a melhora nos cuidados com os hipertensos e diabéticos e para isto tínhamos que melhorar os registros com dados mais precisos sobre cada um, facilitando o acompanhamento, em cada consulta era verificado os fatores de risco de cada indivíduo, também eram realizadas orientações para promoção de saúde principalmente no que diz respeito à realização de atividades físicas, dieta e cessação do fumo.

Além disto, vocês puderam perceber ao longo dos meses da intervenção que as consultas que antes eram muito rápidas e superficiais passaram a contar com exame físico mais completo, medida da pressão arterial e glicemia capilar rotineira, anotação e solicitação de exames de sangue e uma conversa mais atenta e detalhada. Todos estes aspectos fazem parte dos cuidados adequados com os pacientes e foram feitos durante a intervenção.

Nesses 3 meses de intervenção foram 86 hipertensos cadastrados e 23 diabéticos. Conseguimos realizar exame clínico adequado em 100% dos hipertensos e diabéticos, assim como a solicitação de exames complementares a todos. Todos estavam com registros adequados nas fichas de acompanhamento e tiveram as medicações da farmácia popular priorizada. Quanto à promoção da saúde, 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos receberam orientações quanto à higiene bucal, riscos do tabagismo, alimentação saudável e prática de atividades físicas.

Esperamos que a comunidade lute pelos seus direitos de ter um atendimento de qualidade e que não deixe acabar com as conquistas da intervenção como o turno reservado para casos de risco, bem como continue comparecendo para o cadastro e acompanhamento no programa. Ainda falta muito para atingirmos o cadastro de todos os hipertensos e diabéticos da área, mas espero que sabendo das vantagens e benefícios desse acompanhamento tão importante todos disseminem essas informações, pois certamente reduzirá o número de complicações e mortes por estas doenças na nossa área.

Todas as grandes áreas de atenção à saúde da população deveriam estar sendo realizadas com o máximo de qualidade como estamos tentando fazer para o

caso de hipertensão e diabetes, pois o adequado controle destas doenças evita mortes e propicia melhor qualidade de vida para as pessoas. Mas para isto, é preciso organizar o atendimento, estabelecendo uma agenda priorizando alguns grupos e esta intervenção é apenas um começo para um trabalho que irá continuar em nossa unidade e também que poderá envolver outras áreas de atenção como cuidado a gestantes, crianças, entre outros. Espero que vocês tenham aprovado nossa iniciativa e estamos abertos sempre a novas ideias e sugestões.

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

O curso de especialização para mim foi uma experiência enriquecedora, já que ensinou como fazer o planejamento, execução, monitoramento e manutenção das atividades, permitindo assim que eu possa realizar outras intervenções futuramente.

Com a intervenção aprendi a valorizar a importância do trabalho em equipe e entender que devemos analisar nosso trabalho continuamente.

Realizar a especialização também me fez aprofundar nos estudos com as tarefas da prática clínica, e isto com certeza é algo que levarei para a minha prática médica para o resto da vida.

## 6. Bibliografia

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica: Diabetes Mellitus**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2013.
2. BRASIL. Ministério da **Saúde**. **Cadernos de atenção básica: Hipertensão Arterial Sistêmica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2013.





## Anexo II-Planilha electronica de coleta de dados

2014\_07\_13 Coleta de dados HAS e DMnew GABRIEL semana 02.xls [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês										
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hipertida ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente faltou com o atendimento?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	26		0							
	27		0							
	28		0							
	29		0							
	30		0							
	31		0							
	32		0							
	33		0							
	34		0							

Pronto

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

POR 18:59  
PTB2 02/01/2015



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

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

---

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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