

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MODALIDADE A DISTÂNCIA  
TURMA 4**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção aos Adultos Hipertensos e/ou Diabéticos da  
UBS/ESF Novo Horizonte, Cupira/PE**

**Maria Luciana da Silva**

**Pelotas, 2014**

**Maria Luciana da Silva**

**Melhoria da Atenção aos Adultos Hipertensos e/ou Diabéticos da  
UBS/ESF Novo Horizonte, Cupira/PE**

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

Orientadora: Rosângela de Leon Veleda de Souza

Pelotas, 2014

Data da Defesa:

Banca examinadora:

.....  
.....  
.....

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas  
Catalogação na Publicação

S586m Silva, Maria Luciana da

Melhoria da atenção aos adultos hipertensos e/ou diabéticos da UBS/ESF Novo Horizonte, Cupira, PE / Maria Luciana da Silva ; Rosângela de Leon Veleda de Souza, orientadora. — Pelotas, 2014.

77 f. : il.

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

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Doença crônica. 4. Diabetes mellitus. 5. Hipertensão. I. Souza, Rosângela de Leon Veleda de, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Elionara Giovana Rech CRB: 10/1693

**Dedico este trabalho ao meu querido  
noivo, pelo amor, incentivo e confiança  
depositada sempre presente em minha trajetória.**

## **Agradecimentos**

A Deus pelo seu amor incondicional para comigo.

Ao meu noivo, agradeço especialmente, pela compreensão, incentivo e amor.

A Rosângela de Leon Velede de Souza pelo exemplo de orientadora, sempre demonstrando muita confiança, dedicação e paciência durante o desenvolvimento deste trabalho.

A minha equipe de trabalho pela dedicação, comprometimento e parceria durante essa longa jornada.

A minha coordenadora Marília Rosana e colegas enfermeiras da Atenção Primária, em especial, Suane, Ana Rosa e Gisele, pelo companheirismo, apoio, alegrias e trocas de experiências.

Aos usuários, pela confiança depositada em nossas mãos.

Obrigada.

*Não é o desafio com que nos deparamos que determina quem somos e o que estamos nos tornando, mas a maneira com que respondemos ao desafio. Somos combatentes, idealistas, mas plenamente conscientes. Porque ter consciência não nos obriga a ter teoria sobre as coisas: só nos obriga a sermos conscientes. Problemas para vencer, liberdade para provar. E enquanto acreditarmos no nosso sonho, nada é por acaso...*

*(Henfil)*

## Lista de Figuras

Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade de Saúde da Família Novo Horizonte, Cupira, PE.	46
Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade de Saúde da Família Novo Horizonte, Cupira, PE.	46
Figura 3: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa. Cupira, PE.	47
Figura 4: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa. Cupira, PE.	48
Figura 5: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Cupira, PE.	49
Figura 6: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Cupira, PE.	50
Figura 7: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Cupira, PE.	51
Figura 8: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Cupira, PE.	51
Figura 9: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular. Cupira, PE.	53
Figura 10: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular. Cupira, PE.	53
Figura 11: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Cupira, PE.	55
Figura 12: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Cupira, PE.	56
Figura 13: Proporção de hipertensos com avaliação odontológica. Cupira, PE.	57
Figura 14: Proporção de diabéticos com avaliação odontológica. Cupira, PE.	58

## Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
MS	Ministério da Saúde
mmHg	Milímetro de Mercúrio
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde com Saúde Bucal
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
PNI	Programa Nacional de Imunização
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

1	Relatório da Unidade Situacional.....	10
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2	Análise Situacional .....	12
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e texto após a análise sistemática da situação da ESF/APS.....	16
2	Análise Estratégica – Projeto de Intervenção .....	17
2.1	Justificativa.....	17
2.2	Objetivos e Metas.....	19
2.2.1	Objetivo geral .....	19
2.2.2	Objetivos específicos e respectivas metas.....	20
2.3	Metodologia.....	21
2.3.1	Ações .....	21
2.3.2	Indicadores.....	34
2.3.3	Logística.....	38
2.3.4	Cronograma .....	41
3	Relatório da Intervenção .....	42
4	Avaliação da Intervenção .....	45
4.1	Resultados .....	45
4.2	Discussão.....	60
4.3	Relatório da intervenção para gestores.....	62
4.4	Relatório da intervenção para comunidade .....	63
5	Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem .....	66
6	Referências.....	69
	Anexos.....	70
	Apêndice.....	73

## Resumo

SILVA, Maria Luciana da. **Melhoria da atenção aos adultos com hipertensão e/ou diabetes na UBS/ESF Novo Horizonte, Cupira, PE.** 2014. 77f. Universidade Federal de Pelotas. Curso de Especialização em Saúde da Família, Modalidade a Distância, turma 4, Pelotas.

O presente trabalho procurou melhorar a atenção dos adultos com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na Unidade de Saúde da Família Novo Horizonte em Cupira-PE. Foram desenvolvidas várias ações de acordo com os quatro eixos do curso: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. O estudo foi realizado entre abril e julho de 2014 e contou com uma população de 425 hipertensos e 150 diabéticos, considerando uma área adstrita em torno de 2.500 pessoas. Após o término da coleta, os dados foram tabulados na planilha desenvolvida pelo curso e analisados posteriormente. Com esse estudo conseguimos cadastrar 97,4% hipertensos e 96% diabéticos, atualizamos e melhoramos os registros dos usuários em 100,0% ao longo dos 4 meses de intervenção, garantimos 100,0% de orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular e os riscos do tabagismo, em ambos os usuários. A intervenção propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria no exame clínico em dia de acordo com o protocolo do MS, 2013, a garantia da prescrição dos medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular, a melhoria dos registros na ficha de acompanhamento, o mapeamento de risco para doença cardiovascular, dando ênfase aos usuários acamados, e garantimos uma melhor cobertura na promoção da saúde. Dessa forma, realizamos um excelente trabalho, conseguimos unir ainda mais a equipe e a aproximação com a comunidade foi muito gratificante e assim, pudemos transmitir mais informações a tantos usuários, na certeza que, será dada continuidade a tudo isso ao longo de nossa vivência.

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

## **Apresentação**

O presente trabalho teve como objetivo geral melhorar a atenção dos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na Unidade Saúde da Família Novo Horizonte, no Bairro Novo Horizonte, no município de Cupira, PE.

Na primeira seção, será descrita a análise situacional, apresentando a situação da Estratégia Saúde da Família, destacando a estrutura física, o ambiente, a equipe, o processo de trabalho e logística de atendimento da Unidade Básica de Saúde (UBS). Em seguida, a análise sistemática da situação, apresentando o município e a Atenção Primária de Saúde (APS) onde foi realizada a intervenção, como também o Programa Saúde da Família (PSF), atribuições da equipe, população adstrita, acolhimento, as ações referentes a Saúde da Criança, Pré-Natal, Prevenção do Câncer de Colo de Útero, HiperDia, Saúde dos Idosos, e os maiores desafios enfrentados pela UBS. E Finalizando, um comentário comparativo entre o texto inicial e texto após a análise sistemática da situação da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Na segunda seção, será descrita a Análise Estratégica, o projeto de intervenção, apresentando a Justificativa, Objetivos e Metas, Metodologia, Ações, incluindo o detalhamento, Indicadores, Logística e Cronograma.

Na terceira seção, será descrito o Relatório da Intervenção, destacando as ações previstas de acordo com os quatro eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

Na quarta seção, será descrita a Avaliação da Intervenção, apresentando os Resultados, Discussão, Relatório da intervenção para gestores e Relatório da intervenção para comunidade.

Na quinta seção, será descrita a Reflexão crítica sobre seu potencial pessoal de aprendizagem.

Na sexta seção, será descrita as Referências utilizadas ao longo de todo trabalho.

## **1 Relatório da Unidade Situacional**

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

A estrutura física da UBS onde atuo é bem inadequada, uma casa municipal bem antiga, nada acolhedora, a localização até que não é tão ruim, pois, fica bem próximo a Igreja Católica do bairro, local esse bem identificado, facilitando assim o acesso aos usuários ao serviço. A comunidade de forma geral é carente, o número de famílias vai além do que devemos atender, estimada em 950 famílias cadastradas, sem contar, com o crescimento dessa população pelos vários loteamentos sendo implantados, gerando assim, uma grande área descoberta.

O ambiente é dividido da seguinte maneira: uma recepção nada confortável e pequena, uma sala do médico, uma sala de vacina, uma sala do dentista (no momento desativada), porém, todo atendimento no momento é encaminhado e realizado no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), uma sala de curativos, uma sala da enfermeira, outro espaço que acaba sendo o de guardar os insumos, realização de aferição da pressão arterial e teste de glicemia capilar, uma copa improvisada e dois banheiros pequenos, onde em um também fazemos almoxarifado. Importante lembrar que, não dispomos de uma boa ventilação, e todos os ambientes são fechados, fator esse comprometedor para o atendimento.

Atualmente a equipe é composta por: um médico (que no momento está faltando, aguardando contratação) porém, temos uma médica Pediatra (uma vez por semana), uma enfermeira, um dentista, realizando todo atendimento em um Consultório próximo a Unidade de Saúde da Família (USF) no CEO, uma técnica de enfermagem, uma vacinadora, uma recepcionista e cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Em relação ao processo de trabalho, a marcação de consultas para o atendimento médico ambulatorial ocorre em três dias da semana mediante a entrega

de dez fichas um dia anterior ao atendimento, restando cinco fichas para o dia do atendimento nos casos de emergências e/ou a gestantes. Este controle, na logística de atendimento, é estabelecido pela gestão municipal, dificultando assim a demanda espontânea. Os usuários se sentem constrangidos devido a poucas fichas disponíveis para o atendimento que os obriga a se dirigirem a unidade muito cedo sendo que por vezes não conseguem fichas para serem atendidos.

A logística de atendimento da enfermagem segue um cronograma diferenciado de segunda a quinta englobando vários atendimentos, dentre eles: o Pré-Natal, Planejamento Familiar, Puericultura, Programa Nacional de Imunização (PNI), HiperDia, visitas domiciliares e Controle de Prevenção do Câncer do Colo do Útero onde temos o objetivo de orientar a prevenção e promoção da saúde, com a realização também de encontros e palestras educativas. Em conjunto com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) temos a atuação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), uma equipe multidisciplinar que trabalha com o objetivo de prevenção que no momento não se encontra tão atuante na comunidade devido estar realizando um trabalho nas escolas pelo Programa Saúde na Escola (PSE).

A logística de atendimento de saúde bucal, no primeiro momento acolhemos toda a demanda e em seguida encaminhamos para o CEO, onde é realizado todo agendamento e conseqüentemente todo atendimento, sempre de segunda à sexta-feira, em horário um pouco diferenciado do PSF, às vezes chega a iniciar o atendimento antes mesmo do horário da Unidade.

Apesar do pouco tempo de convívio, sinto que a equipe é bem acessível, temos uma boa convivência, uma boa interação, e percebo que existe uma boa relação entre equipe/comunidade. O acolhimento, a princípio, é feito pela recepcionista, de maneira bem simplória, ela escuta e sempre direciona para a consulta de enfermagem, onde de forma holística atendemos, escutamos e tentamos ajudar na resolução do problema.

O acolhimento requer muito mais que uma sala equipada, é uma postura ética que implica no compartilhamento de saberes e angústias, tomando para si a responsabilidade de ajudar aqueles que procuram o serviço. (BRASIL, 2004)

Contudo, apesar da deficiência em todo processo de trabalho da unidade, estamos fazendo o máximo para fazer chegar saúde à comunidade, mesmo sendo difícil produzir resultados e atingir metas sem condições adequadas de trabalho, mas, estamos fazendo nossa parte.

## 1.2 Análise Situacional

Cupira é um município brasileiro do estado de Pernambuco. Segundo dados do IBGE/2010 possui 23.390 habitantes, com um sistema de saúde em um período de transição, onde recentemente houve mudança no gestor municipal de saúde, o que se espera melhoria na administração. O município dispõe de oito Unidades Básicas de Saúde (UBS) com ESF; um Programa de Agentes Comunitários de Saúde com Saúde Bucal (PACS); uma Unidade Mista, com atendimentos especializados: Nutricionista, Fonoaudióloga, Fisioterapeuta, Cardiologista, Dermatologista, Ginecologista, Ultrassonografia, Psicóloga, Psiquiatra, Pediatra, Saúde do Homem, onde dispõe de: um Clínico Geral, um Enfermeiro e um Técnico de Enfermagem; um NASF, com as especialidades: Nutricionista, Fisioterapeuta, Fonoaudióloga, Assistente Social e Farmacêutico, um CEO, com três consultórios odontológicos e cinco odontólogos, um Hospital Municipal de médio porte, com pequenas cirurgias eletivas; onde possui também um Laboratório de Análises Clínicas com três Biomédicos, que realizam vários exames clínicos laboratoriais.

AUBS Novo Horizonte fica localizada na zona urbana do município, o vínculo é ligado ao SUS, porém não há instituição de ensino, possui uma equipe com: um médico clínico-geral, um médico pediatra, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, um recepcionista, e cinco ACS. Infelizmente essa ESF dispõe de uma estrutura precária, foi construída para ser uma UBS Tradicional, porém, hoje não comporta a população adstrita, população essa que cresce a cada dia devido a vários loteamentos implantados, dificultando assim a área de cobertura e inviabilizando o trabalho dos ACS.

Fazendo referência as atribuições da equipe, na medida do possível tentamos fazer o melhor, a estrutura física influencia diretamente na assistência, não temos um ambiente favorável, e isso prejudica muito os atendimentos, mesmo assim, driblamos todos os obstáculos, pois, temos uma equipe bastante engajada, unida e acima de tudo comprometida. Recentemente recebemos a notícia que a UBS será contemplada com uma reforma e ampliação, nesse sentido poderemos dar melhores condições de acolhimento e minimizar as deficiências.

A nossa população adstrita é em torno de 2.500 pessoas onde se estima que seja uma população predominantemente idosa e do sexo feminino, infelizmente não possuímos esse dado preciso, devido à grande área descoberta em nossa

comunidade. Há mais de um ano foi comentado pelo gestor municipal que seria realizado um concurso público para ampliar a cobertura dos ACS, e conseqüentemente aumentando o número de agentes, iria viabilizar a cobertura do serviço.

O acolhimento da UBS é realizado primeiramente pela recepcionista, não temos uma sala ou um horário específico para tal, ela acolhe o usuário escutando-o e encaminha-o para a enfermeira. No segundo momento, procuramos realizar uma pequena consulta, um acolhimento mais detalhado, tentando identificar qual a melhor conduta a ser realizada. A demanda espontânea, ao que se refere ao atendimento médico ambulatorial é totalmente diferente do que se é preconizado, nossa realidade é restrita apenas a vinte fichas por dia de atendimento, que ocorre em apenas três dias (terças, quartas e quintas): dez fichas entregues pela manhã, cinco fichas destinadas aos ACS (as fichas são destinadas de acordo com os usuários acompanhados e pela necessidade de cada um), sendo que as demais fichas são reservadas para as urgências/emergências. No caso dessas fichas não serem preenchidas, os demais usuários que chegam são atendidos. Já o atendimento da Enfermeira, é realizado de segunda a quinta, das 7 às 15h, porém, devido a demanda da população, dividimos cada dia para atendimentos específicos: segunda-feira: coleta de exames citopatológicos/visitas domiciliares, terça-feira: hiperdia, acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos/puericultura, quarta-feira: pré-natal/planejamento familiar e quinta-feira: puericultura/visitas domiciliares, no entanto, caso haja necessidade há atendimento a demanda espontânea todos os dias da semana. Acredito que se a regra existisse para todos, independente do profissional, sem dúvidas, teríamos condições de ofertar uma melhor assistência.

As ações referentes a Saúde da Criança, são realizadas na consulta de puericultura mensalmente pela enfermeira e pelos ACS ao realizarem as visitas mensais as crianças de 0 a 72 meses para medir, pesar, avaliar o cartão de vacina e comunicar o dia da consulta para as crianças de zero a dois anos. Na puericultura é abordado aleitamento (exclusivo, predominante e complementar), ganho de peso (ascendente, estacionário e descendente), dados antropométricos, vacinação (atualizada e em atraso), e morbidades, sendo tudo registrado em um caderno específico, pois, até tentamos registrar também no prontuário, mas, devido à demanda se torna inviável. Aos poucos vamos tentando seguir o que preconiza o Caderno de Atenção Básica, Saúde da Criança nº 23. Quanto às ações educativas, sempre que

possível abordamos temas interessante no próprio dia de puericultura. O que implica é saber que, a maioria das mães com filhos entre a faixa etária de zero a dois anos, não acham necessário levar o filho a UBS para realização da consulta, somente quando a criança estiver realmente doente. Desta forma, a relação mãe-filho-equipe é um pouco dificultada, pois, sabemos da grande importância do acompanhamento mensal nessa faixa etária, e infelizmente por termos uma grande área sem cobertura dos ACS, nem sempre conseguimos manter esse acompanhamento.

No que tange o Pré-natal, o mesmo é realizado pela enfermeira e pelo médico, em sua maioria apenas uma ou duas consultas pelo médico. Na medida do possível realizamos atividades educativas onde são abordados temas como: Aleitamento Materno Exclusivo (AME), alimentação, vacinação, sinais de parto, cuidados com o recém-nascido, entre outros. A equipe é bem participativa, e as gestantes são bem conscientes e costumam frequentar tais ações, possibilitando assim uma boa interação. Todas as informações são registradas no livro específico do Pré-Natal, no prontuário, na ficha perinatal, no cartão da gestante, e na ficha do SisPreNatal web, assim conseguimos acompanhar e identificar tais problemas existentes. No momento não temos uma melhor assistência, devido ao baixo número de exame de Ultrassonografia realizados pelo município. Infelizmente boa parte da população é carente, e muitas vezes não conseguimos acompanhar como gostaríamos, mesmo assim, não podemos deixar de mencionar a boa cobertura, pois, diante desse fato, elas são bem presentes. E após o acompanhamento do Pré-Natal, citamos o Puerpério, que em sua maioria conseguimos finalizar com a visita puerperal, e buscando incentivar a partir daí a Puericultura.

Em relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero ultimamente não estamos com boa cobertura devido a dois fatores: ausência de materiais e pela demora nos resultados dos exames. Esperávamos que os resultados chegassem entre 15 a 20 dias, no entanto, estão chegando entre 40 e 60 dias, por esses fatores é que infelizmente não conseguimos acompanhar e melhorar os indicadores. As informações são registradas no livro de exames citopatológicos e no prontuário do usuário, dificilmente conseguimos monitorar, pois, a demanda é grande, e são poucas que costumam realizar anualmente, na medida do possível abordamos todas elas quando comparecem a Unidade por qualquer motivo e também contamos com a colaboração de todos os ACS que as incentivam nas visitas que realizam. Já o Controle do Câncer de Mama em média no município são disponibilizados dois

exames por mês, é difícil avaliar algo que não está funcionando bem. Sabemos que estamos caminhando em passos lentos, porém, a equipe está na ativa, em busca de acompanhar o maior número de mulheres (25 a 64 anos), seja na prevenção do câncer de colo de útero ou no controle do câncer de mama.

No Programa dos hipertensos e diabéticos enfrentamos um outro grande problema: a falta de acompanhamento dos mesmos. Há mais de sete meses não conseguimos realizar esse acompanhamento principalmente pela falta de medicações, desta forma, os usuários não querem mais participar alegando não aguentarem mais escutar apenas informações. Na medida do possível estamos buscando esses usuários, pois, os mesmos tem conhecimento do Programa Farmácia Popular do Ministério da Saúde, com isso, eles precisam atualizar as receitas médicas a cada três meses, sendo assim, tentamos atualizar esses cadastros e trazê-los de volta à equipe. No momento, são as medicações e o correto acompanhamento que merece destaque, daí o motivo de escolhermos a atenção aos hipertensos e diabéticos. Temos um registro específico para o Programa, onde são cadastrados todos os usuários do programa, porém, se encontra desatualizado. Nesse sentido, o mesmo acontece com os usuários idosos que, em sua maioria, são os hipertensos e/ou diabéticos, porém, são realizadas consultas diárias, tanto na unidade como no domicílio, levando em consideração também que eles têm atendimento prioritário.

As ações voltadas a saúde dos idosos estão ligadas diretamente ao atendimento do HiperDia, já que a grande maioria dos idosos são portadores de hipertensão e/ou diabetes mellitus, portanto, além do HiperDia, são realizadas consultas diárias com os idosos, tanto na unidade quanto no domicílio, sendo estas consultas e visitas realizadas pela enfermeira e também quando agendadas pelo médico da Unidade, levando em consideração o atendimento prioritário nessa faixa etária.

Os maiores desafios enfrentados pela unidade serão superar todas as dificuldades sem interferir na assistência prestada, a comunidade não tem culpa de um sistema de saúde tão defasado, e o melhor recurso é saber que temos uma equipe que trabalha unida e acima de tudo, que busca driblar todos os empecilhos para então fomentar uma saúde com qualidade, pois ao comparar a realidade do que se é preconizado, percebo o quão distante estamos do que é proposto pelo MS. Sabemos que podemos melhorar não só como pessoa e ainda mais como profissionais, porém, em muitas situações depende única e exclusivamente de coordenadores e gestores

que precisam tomar atitudes que beneficiem a unidade de saúde como um todo, propiciando benefícios entre equipe e comunidade.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e texto após a análise sistemática da situação da ESF/APS**

Comparando o texto inicial construído na segunda semana de ambientação e este relatório, é nítido que houve um detalhamento mais específico em cada tema abordado, pois, através dos textos disponibilizados e lidos e do preenchimento dos questionários propostos pude ter uma visão mais ampla da realidade, propiciando assim um entendimento mais claro do que se é vivenciado na UBS. Sinto o quanto precisamos melhorar os programas de uma forma geral, pois, com um novo olhar, percebo que é possível fazer a diferença, incorporar a rotina do serviço pelo menos as prioridades estabelecidas pelos programas, cada um com suas particularidades. E deixando de lado, que mesmo com uma estrutura física não adequada é possível promover uma assistência a saúde com qualidade.

## **2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção**

### **2.1 Justificativa**

O Ministério da Saúde juntamente com o protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), 2013 e o protocolo de Diabetes Mellitus (DM), 2013, assume o compromisso de reestruturar o modelo de atenção no Brasil partindo de um referencial de saúde como direito de cidadania com organização de serviços cada vez mais resolutivos, integrais e humanizados. Nessa proposta, o poder público municipal fica investido da responsabilidade imediata de atendimento das necessidades e demandas de saúde de todos os seus municípios, contando com a devida cooperação técnica e financeira da União e dos Estados, de acordo com o previsto na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. Devido a essa proposta o Ministério da Saúde apresentou um plano de reorganização da atenção a HAS e DM, onde o propósito do plano é vincular os portadores desses agravos às unidades de saúde, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático mediante as ações de reorganização dos serviços. Se tratando de hipertensão e diabetes pode-se dizer que existe uma considerável distância entre o potencial benéfico no controle dessas doenças, mesmo já existindo pesquisas científicas suficientes para prevenir ou retardar o aparecimento de suas complicações, isso não é ainda acessível para todos, ou supomos que falta desenvolvê-lo de maneira efetiva e com acompanhamento contínuo (SOUZA, CARVALHO. 2003).

Segundo Soirefmann *et al.* (2004) a HAS constitui-se um dos principais fatores de risco cardiovascular, tanto pela sua elevada prevalência principalmente a população adulta maior de 40 anos, como pelo seu poder de associação a desfechos de mortalidade como acidente vascular encefálico e doença arterial coronariana. Destaca-se como um fator de risco modificável, potencialmente controlável e de fácil detecção, tornando-se alvo imperativo de ações em saúde.

Outros autores citam que a HAS apresenta prevalência mundial de 10 e 20%, sendo um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, que são a maior causa de mortalidade no Brasil 27,4% e no mundo ocidental (CUNHA, 2009). Na faixa etária de 30 a 60 anos as doenças cardiovasculares são responsáveis por 14% da totalidade de internações, sendo 17,2% por Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), resultando ambos em gastos da ordem de 25,7% do total de custos com internações e juntamente com a HAS e DM configura-se como um grande desafio para os sistemas de saúde no Brasil e no mundo (NADER *et al.* 2000).

A população adstrita para a realização da intervenção é em torno de 2.500 pessoas onde se estima que seja uma população predominantemente idosa e do sexo feminino, esses dados não são tão precisos, pois a comunidade possui uma grande área descoberta. Na área adstrita se estima um número de 425 hipertensos sendo que destes 340 são acompanhados na unidade de saúde o que corresponde a uma cobertura de 80%. Quanto aos diabéticos, o número estimado acometidos com a doença na área adstrita é 150 sendo que destes 95 são atendidos na unidade de saúde correspondendo a uma cobertura de 63%. A estratégia de intervenção é aumentar a cobertura para 95%, atualizar e melhorar os registros dos usuários, incluindo as informações sobre a alimentação, atividades físicas, e também realização de palestras e campanhas no PSF a fim de sensibilizar a comunidade para realização da prevenção e controle da HAS e do DM, e para tais ações, ficará a cargo da enfermeira, responsável para organizar, preparar o que for necessário, providenciar local, definir datas, e quantitativo de participantes. Para a realização do programa do HiperDia foi encontrado um dos maiores problemas, a falta de acompanhamento dos profissionais de saúde para com a população. Há muitos meses esse acompanhamento não está sendo seguido devido à falta de medicações, com isso os usuários não estão mais frequentando a USF apenas para ouvir palestras informativas, entre outros. O município está implantando o Programa Farmácia Popular do Ministério da Saúde, para que os usuários que necessitem das medicações para o tratamento da hipertensão e diabetes procurem a unidade para a renovação da receita e com isso realizem uma nova consulta e voltem por conta própria a frequentar a USF. Para que todos participem do programa os usuários mais idosos ou acamados, são observados diariamente, tanto na unidade como no domicílio, levando em consideração também que eles têm atendimento prioritário.

Os maiores desafios enfrentados pela unidade serão superar todas as dificuldades, no que diz respeito, por exemplo, a falta de medicamentos, a disponibilidade dos usuários a comparecerem as consultas, entre outros, sem interferir na assistência prestada, pois a comunidade não é responsável e deve ser minimamente prejudicada devido a precariedade do sistema de saúde. Deste modo, o melhor recurso é contar com uma equipe de profissionais que trabalha unida e de forma comprometida com o intuito de superar os desafios e fomentar uma assistência à saúde da população com qualidade. A equipe de profissionais engajada é a melhor solução para driblar as dificuldades existentes, pois quando se compara a realidade com o preconizado, percebe-se o quão distante estamos do que é estabelecido como ideal para atendimento na unidade de saúde quanto a estrutura física, disponibilidade de medicamentos, equipamentos e materiais pelo Ministério da Saúde.

A intervenção programática será importante para a saúde da população da área coberta, pois os profissionais de saúde da USF terão como melhorar a qualidade de vida dos usuários e, conseqüentemente, melhorias na saúde do município, assim como também servirá para aumentar o conhecimento dos próprios usuários sobre a HAS e DM. Algumas melhorias serão feitas como a ampliação da cobertura a hipertensos e/ou diabéticos, mapeamento dos usuários com risco para doença cardiovascular, melhorar a adesão e a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde e na melhoria do registro das informações. Será implantada uma promoção à saúde com eficácia, orientações sobre alimentação saudável e atividade física. Contudo, será muito importante demandar junto ao gestor, parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade e na compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo e evidenciar reuniões e palestras mensais para a população com a presença do médico, enfermeira, técnico de enfermagem e ACS da Unidade Básica de Saúde.

## **2.2 Objetivos e Metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhoria na atenção dos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS/ESF Novo Horizonte, Cupira/PE.

## 2.2.2 Objetivos específicos e respectivas metas

### 1. Ampliar a cobertura à hipertensos e/ou diabéticos.

- **Meta 1:** Cadastrar 95% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;
- **Meta 2:** Cadastrar 95% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

### 2. Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa.

- **Meta 3:** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.
- **Meta 4:** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

### 3. Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde.

- **Meta 5:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
- **Meta 6:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.
- **Meta 7:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- **Meta 8:** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- **Meta 9:** Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- **Meta 10:** Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### 4. Melhorar o registro das informações.

- **Meta 11:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- **Meta 12:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

- **Meta 13:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- **Meta 14:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

## **6. Promoção da saúde.**

- **Meta 15:** Garantir avaliação odontológica em 100% dos hipertensos.
- **Meta 16:** Garantir avaliação odontológica em 100% dos diabéticos.
- **Meta 17:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.
- **Meta 18:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.
- **Meta 19:** Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários hipertensos.
- **Meta 20:** Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários diabéticos.
- **Meta 21:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.
- **Meta 22:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

## **2.3 Metodologia**

### **2.3.1 Ações**

Serão desenvolvidas várias ações de acordo com os quatro eixos do curso: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. A seguir serão apresentadas as ações e seu detalhamento conforme os referidos eixos.

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

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

**Detalhamento:** Reunir a equipe a cada 15 dias para monitorar o número de hipertensos cadastrados no programa através da utilização das fichas espelho.

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

**Detalhamento:** Reunir a equipe a cada 15 dias para monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa através da utilização das fichas espelho.

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

**Detalhamento:** Orientar toda a equipe quanto a periodicidade das consultas estabelecidas no protocolo, bem como monitorar tais consultas dos usuários cadastrados no Programa.

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

**Detalhamento:** Monitorar mensalmente a realização do exame clínico dos usuários hipertensos através da ficha-espelho.

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

**Detalhamento:** Monitorar mensalmente a realização do exame clínico dos usuários diabéticos através da ficha-espelho.

**Ação:** Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde; Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

**Detalhamento:** Criar rotina de monitoramento junto a equipe quanto ao número de hipertensos com exames laboratoriais em dia de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde.

**Ação:** Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde; Monitorar o número de

diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

**Detalhamento:** Criar rotina de monitoramento junto a equipe quanto ao número de diabéticos com exames laboratoriais em dia de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde.

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

**Detalhamento:** Criar uma rotina de fiscalização dos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

**Detalhamento:** Reunir a equipe a cada 15 dias para monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados no Programa.

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

**Detalhamento:** Reunir a equipe a cada 15 dias para monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados no Programa.

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

**Detalhamento:** Criar uma rotina de monitoramento com auxílio dos ACS do número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

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

**Detalhamento:** Criar uma rotina de monitoramento com auxílio dos ACS do número de usuários diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

**Ação:** Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

**Detalhamento:** Criar rotina de monitoramento na realização de orientação nutricional aos hipertensos.

**Ação:** Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.

**Detalhamento:** Criar rotina de monitoramento na realização de orientação nutricional aos diabéticos.

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

**Detalhamento:** Criar rotina de monitorização na realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.

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

**Detalhamento:** Criar rotina de monitorização na realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.

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

**Detalhamento:** Criar rotina de monitorização na realização de orientação sobre riscos do tagagismo aos hipertensos.

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

**Detalhamento:** Criar rotina de monitorização na realização de orientação sobre riscos do tagagismo aos diabéticos.

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

**Ação:** Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa; Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS; Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

**Detalhamento:** Capacitar a equipe destacando a forma correta de registro no Programa, bem como, o acolhimento desses usuários, exemplificando a forma correta de aferir a pressão arterial.

**Ação:** Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa; Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de DM; Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

**Detalhamento:** Capacitar a equipe destacando a forma correta de registro no Programa, bem como, o acolhimento desses usuários, exemplificando a forma correta de realizar o hemoglicoteste.

**Ação:** Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos; Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

**Detalhamento:** Estabelecer um dia na semana para realizar visitas domiciliares em busca dos faltosos, bem como organizar uma agenda para acolher esses usuários.

**Ação:** Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos; Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

**Detalhamento:** Estabelecer um dia na semana para realizar visitas domiciliares em busca dos faltosos, bem como organizar uma agenda para acolher esses usuários.

**Ação:** Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos; 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.

**Detalhamento:** Reunir e definir atribuições a cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos; mensalmente capacitar os profissionais destacando os protocolos adotados pela unidade, semanalmente verificar atualização dos mesmos e imprimir versão atualizada do protocolo.

**Ação:** Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuáridiabéticos; 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.

**Detalhamento:** Reunir e definir atribuições a cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos; mensalmente capacitar os profissionais destacando os protocolos adotados pela unidade, semanalmente verificar atualização dos mesmos e imprimir versão atualizada do protocolo.

**Ação:** 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 os exames complementares preconizados.

**Detalhamento:** Criar rotina de verificação da solicitação dos exames complementares, tendo a parceria do gestor municipal na agilidade desses exames.

**Ação:** Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos; Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Detalhamento:** Criar uma rotina semanalmente no controle de estoque dos medicamentos, bem como o registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos.

**Ação:** Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos; Manter um registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Detalhamento:** Criar uma rotina semanalmente no controle de estoque dos medicamentos, bem como o registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos.

**Ação:** Manter as informações do SIAB atualizadas; Implantar planilha/registro específico de acompanhamento; Pactuar com a equipe o registro das informações; Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

**Detalhamento:** Reunir a equipe e informar a importância de sempre atualizar o SIAB, de preferência mensalmente, com isso implantar um registro específico para

esse acompanhamento, definindo a enfermeira como responsável pelo monitoramento dos registros.

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

**Detalhamento:** Criar uma rotina de agendamento prévio aos usuários avaliados com alto risco.

**Ação:** Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável; Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

**Detalhamento:** Nas reuniões mensalmente do HiperDia, toda equipe em parceria com o NASF, atividades educativas serão realizadas com intuito de orientar e esclarecer tudo sobre alimentação saudável.

**Ação:** Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física; Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

**Detalhamento:** Nas reuniões mensalmente do HiperDia, toda equipe em parceria com o NASF, atividades educativas serão realizadas com intuito de orientar e esclarecer tudo sobre atividade física.

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

**Detalhamento:** Solicitar via Ofício ao gestor municipal solicitação de compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

### **Eixo: Engajamento Público**

**Ação:** 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:** Informar nas reuniões mensalmente do HiperDia todas as orientações pertinentes do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.

**Ação:** 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.

**Detalhamento:** Informar nas reuniões mensalmente do HiperDia todas as orientações pertinentes do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.

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

**Detalhamento:** Informar nas reuniões mensalmente do HiperDia todas as orientações pertinentes do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.

**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.

**Detalhamento:** Informar nas reuniões mensalmente do HiperDia todas as orientações pertinentes do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.

**Ação:** 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.

**Detalhamento:** Informar nas reuniões mensalmente do HiperDia todas as orientações pertinentes do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.

**Ação:** Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares; Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

**Detalhamento:** Mensalmente nas reuniões do HiperDia orientar quanto a necessidade da realização de exames complementares, bem como a periodicidade na realização dos mesmos.

**Ação:** 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.

**Detalhamento:** Mensalmente nas reuniões do HiperDia orientar quanto ao acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

**Detalhamento:** Orientar os ACS em suas visitas domiciliares deixar claro sobre os direitos que os usuários têm em relação a manutenção de seus registros de saúde, bem como o acesso a segunda via quando necessário.

**Ação:** 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:** Informar nas consultas dos hipertensos o seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, como também esclarecer o adequado controle de fatores de risco, como alimentação.

**Ação:** 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:** Informar nas consultas dos diabéticos o seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, como também esclarecer o adequado controle de fatores de risco, como alimentação.

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

**Detalhamento:** Realizar em todas as consultas dos hipertensos e seus familiares, como também aos ACS em suas visitas domiciliares orientar sobre a importância de uma alimentação balanceada e saudável.

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

**Detalhamento:** Realizar em todas as consultas dos diabéticos e seus familiares, como também aos ACS em suas visitas domiciliares orientações sobre a importância de uma alimentação balanceada e saudável.

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

**Detalhamento:** Tanto nas reuniões mensalmente do HiperDia, como nas visitas domiciliares dos ACS, serão realizadas orientações sobre a importância da prática de atividade física regular.

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

**Detalhamento:** Tanto nas reuniões mensalmente do HiperDia, como nas visitas domiciliares dos ACS, serão realizadas orientações sobre a importância da prática de atividade física regular.

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

**Detalhamento:** Tanto nas reuniões mensalmente do HiperDia, como nas visitas domiciliares dos ACS, serão realizadas orientações sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

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

**Detalhamento:** Tanto nas reuniões mensalmente do HiperDia, como nas visitas domiciliares dos ACS, serão realizadas orientações sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

### **Eixo: Qualificação da Prática Clínica**

**Ação:** 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.

**Detalhamento:** Realizar capacitação aos ACS a cada 15 dias com foco no cadastramento de hipertensos, bem como capacitar toda equipe a forma correta para verificação da pressão arterial.

**Ação:** Capacitar os ACS 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 135/80mmHg.

**Detalhamento:** Realizar capacitação aos ACS a cada 15 dias com foco no cadastramento de diabéticos, bem como capacitar toda equipe a forma correta para realização do hemoglicoteste.

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

**Detalhamento:** Realizar treinamento com os ACS destacando a periodicidade das consultas estabelecida pelo protocolo do Programa.

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

**Detalhamento:** Realizar treinamento com os ACS destacando a periodicidade das consultas estabelecida pelo protocolo do Programa.

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

**Detalhamento:** Realizar capacitação com a equipe destacando a realização do exame clínico apropriado.

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

**Detalhamento:** Realizar capacitação com a equipe destacando a solicitação de exames complementares.

**Ação:** Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão; Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

**Detalhamento:** Capacitar a equipe quanto o tratamento da hipertensão; e mensalmente nas reuniões do HiperDia orientar quanto as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

**Ação:** Realizar atualização do profissional no tratamento do diabetes; Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

**Detalhamento:** Capacitar a equipe quanto o tratamento do diabetes; e mensalmente nas reuniões do HiperDia orientar quanto as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

**Ação:** Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso; Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

**Detalhamento:** Realizar capacitação com a equipe destacando o correto preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos, bem como dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

**Ação:** Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético; Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

**Detalhamento:** Realizar capacitação com a equipe destacando o correto preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos diabéticos, bem como dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

**Ação:** Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo; Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação; Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

**Detalhamento:** Realizar capacitação com a equipe destacando: estratificação de risco, importância do registro desta avaliação, bem como estratégias para o controle de fatores de risco.

**Ação:** 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.

**Detalhamento:** Realizar capacitação com a equipe enfatizando: práticas de alimentação saudável e metodologias de educação em saúde.

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

**Detalhamento:** Realizar capacitação com a equipe enfatizando: prática de atividade física e metodologias de educação em saúde.

**Ação:** Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas; Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento:** Realizar capacitação com a equipe enfatizando: tratamento de usuários tabagistas e metodologias de educação em saúde.

### 2.3.2 Indicadores

#### **Indicador referente a meta 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.

#### **Indicador referente a meta 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

#### **Indicador referente a meta 3:**

Proporção de hipertensos faltosos com a consulta médica com busca ativa.

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

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

#### **Indicador referente a meta 4:**

Proporção de diabéticos faltosos com a consulta médica com busca ativa.

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

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

**Indicador referente a meta 5:**

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

- Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.
- Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador referente a meta 6:**

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

- Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.
- Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador referente a meta 7:**

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

- Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.
- Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador referente a meta 8:**

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

- Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.
- Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador referente a meta 9:**

Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

- Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

**Indicador referente a meta 10:**

Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

- Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

**Indicador referente a meta 11:**

Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

**Indicador referente a meta 12:**

Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

**Indicador referente a meta 13:**

Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

**Indicador referente a meta 14:**

Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

**Indicador referente a meta 15:**

Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

- Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam avaliação odontológica.

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

**Indicador referente a meta 16:**

Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.

- Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam avaliação odontológica.

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

**Indicador referente a meta 17:**

Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

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

**Indicador referente a meta 18:**

Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

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

**Indicador referente a meta 19:**

Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular.

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

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

**Indicador referente a meta 20:**

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

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

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

**Indicador referente a meta 21:**

Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

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

**Indicador referente a meta 22:**

Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

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

### **2.3.3 Logística**

A intervenção com foco em Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus será realizada por toda equipe que faz parte da unidade de saúde PSF Novo Horizonte, a enfermeira com ajuda do médico, técnicos de enfermagem, ACS e recepcionista. Contamos também com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde do município de Cupira/PE. Será utilizado como base o protocolo de Manual Técnico de Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, ambos 2013, que servirá de apoio e embasamento para a realização das ações durante a intervenção. A qualidade da assistência à saúde e a humanização são fundamentais para que possamos realizar um trabalho significativo em prol dos usuários acometidos com hipertensão e diabetes no intuito de atuar na prevenção de agravos e promoção da saúde, além de realizar diagnóstico e tratamento adequado.

#### **Eixo Monitoramento e avaliação**

As ações realizadas referentes aos grupos de hipertensos e diabéticos serão registradas em ficha espelho (Anexo A) do Hiperdia que estão sendo disponibilizadas pelo curso. Também será utilizado o prontuário da unidade de saúde onde será

registrado todas as informações necessárias para a coleta de dados. Será utilizada a impressora da secretaria municipal para as confecções das fichas complementares que serão anexadas às fichas espelhos (já impressas na unidade de saúde); para acompanhamento mensal da intervenção, será utilizada também uma planilha eletrônica de coleta de dados (Anexo B). Para organizar o registro específico a enfermeira realizará o cadastro dos hipertensos e diabéticos no momento da primeira consulta. Para o atendimento serão entregues fichas para organizar o fluxo de pessoas, totalizando no final 20 fichas por turno. Porém, as pessoas que são encaminhadas pelos ACS da comunidade sejam para primeira consulta ou não, não precisarão retirar ficha, pois já estarão agendadas. Os ACS ficam responsáveis também para revisar o livro de registro identificando todas as pessoas que foram atendidas nos últimos três meses e que já fazem o acompanhamento. Após o prontuário do Hiperdia será localizado pela recepcionista.

Posterior a revisão no livro, ele será encaminhado a enfermeira para transcrever as informações do prontuário para a ficha espelho, como resultados de exame, consultas anteriores e atendimentos, com isso será feito o primeiro monitoramento onde serão observadas as consultas, exames clínicos e laboratoriais, que serão remarcados de acordo com a necessidade e disponibilidade tanto dos usuários como da equipe.

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

As visitas domiciliares serão feitas pela enfermeira, pelo médico, técnico de enfermagem e ACS semanalmente como é de rotina na unidade, nelas daremos prioridades as pessoas que nunca foram a consulta, e serão realizadas orientações necessárias para a promoção e prevenção da saúde, orientações básicas sobre o cuidado com a alimentação e a prática de atividades físicas regulares.

As ações a serem realizadas na intervenção contará com o apoio de toda a equipe, bem como, o comprometimento e desenvolvimento de todos para que as mesmas possam ser realizadas satisfatoriamente. O registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa ficará a cargo dos ACS que serão divididos por áreas; portanto, das áreas descobertas, iremos agendar um dia para cadastrar os respectivos grupos, onde todos os ACS farão em mutirão essa busca. Já os materiais necessários, tais como: fita métrica, esfigmomanômetro, manguitos e hemoglicoteste, serão de responsabilidade da enfermeira, porém, a realização das medidas

antropométricas, pressão arterial e hemoglicoteste serão de responsabilidade das Técnicas de Enfermagem, com a ajuda da recepcionista para organizar a triagem.

A capacitação dos profissionais será realizada na USF pela enfermeira, que providenciará os protocolos atuais impressos do Ministério da Saúde, HAS e DM, onde servirá de base para a intervenção e posteriormente ficará na unidade de saúde. Tais capacitações serão periodicamente vinculadas a equipe como meta para monitoramento e aprimoramento do Protocolo. Por fim, a enfermeira deixará fixado no quadro de avisos, as respectivas atribuições de cada membro da equipe, entre outros.

### **Eixo Engajamento Público**

Mensalmente serão realizadas palestras e reuniões do Hiperdia onde estarão presentes todos os profissionais que compõe a equipe de saúde: o médico, a enfermeira, os técnicos e os ACS. Em suas visitas domiciliares, os ACS entregarão um convite (Apêndice A), para oficializar a participação de todos os usuários. As palestras serão realizadas no Centro Pastoral da Igreja Católica do bairro, espaço esse muito amplo e de fácil acesso a comunidade, infelizmente a UBS não possui espaço adequado. Os usuários receberão orientações adequadas à ação programática em foco. Importante ressaltar que estas reuniões já fazem parte da rotina da unidade, onde é um momento oportuno que aproveitamos para informar sobre a realização da intervenção.

### **Eixo Qualificação da Prática Clínica**

Previamente ao início da intervenção, serão realizadas reuniões com a equipe de profissionais com o objetivo de definir o papel de cada um dos membros durante a intervenção. Também será realizada a capacitação da equipe para a utilização do Manual Técnico de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Além disso, essas reuniões serão utilizadas para a capacitação dos membros da equipe quanto a aferição de pressão, utilização do hemoglicoteste, exame físico e anamnese, bem como das complicações dessas doenças. Estes encontros serão realizados na própria unidade, utilizando duas horas no final do expediente das quintas-feiras, horário que normalmente são realizadas reuniões com a equipe da unidade.



### **3 Relatório da Intervenção**

Inicialmente gostaria de mencionar a satisfação de poder ter chegado até aqui com esse trabalho que em meio a tantos momentos difíceis e por diversas vezes pensei em desistir, não por achar que não seria capaz, mas por tantos problemas pessoais que quase me impediu de ir a diante, mesmo assim, consegui realizar as dezesseis semanas dessa intervenção, e a partir de agora, finalizar me torna ainda mais feliz.

Destacando o eixo Monitoramento e Avaliação, conseguimos realizar as ações e monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à HAS e DM da unidade de saúde, quase que integralmente devido ao fato de termos uma equipe extremamente participativa e integrada as ações.

Quanto a Organização e Gestão do Serviço, fomos bastante criteriosos, tivemos a preocupação de garantir o registro desses usuários; melhoramos o acolhimento que antes era feito de forma aleatória e depois da Intervenção organizamos de forma sequencial, para que todos os usuários pudessem ser atendidos e nenhum saísse da UBS sem a consulta mensal. Buscamos sempre ter na consulta o esfigmomanômetro, estetoscópio, fita métrica e o hemoglicoteste, para que todos fossem avaliados de forma correta. Procuramos ao longo das atividades, incorporar as visitas domiciliares a busca dos usuários faltosos e, agendar esse acolhimento na Unidade, porém, tivemos algumas dificuldades devido a rotina do serviço e várias outras atividades acabaram interferindo nessa busca. Confesso que muitas vezes até marcamos algumas visitas com os ACS, mas com a grande demanda da Unidade, nem sempre conseguíamos realizar essas visitas.

A princípio, uma das primeiras reuniões foi para definir as atribuições de cada membro da equipe, onde destacamos o exame clínico dos usuários hipertensos e diabéticos, que por sinal foi muito interessante pois, alguns dos ACS tinham muitas

dúvidas e neste momento foi possível sanar todas elas. Em seguida, fizemos um cronograma para as capacitações e atualizações da equipe, onde realizamos vários momentos e sempre em mãos os novos Protocolos do MS. Vale destacar também que, quanto ao Cronograma geral das ações, ao longo das atividades fizemos algumas mudanças, quanto ao contato com a comunidade em reuniões e grupo de hipertensos e diabéticos, que passou a ser na primeira, sexta, décima primeira e décima quinta semana. Contudo, buscamos sempre uma qualificação da prática clínica de toda equipe, destacando o treinamento dos ACS, a importância para a orientação quanto a realização das consultas e sua periodicidade. Essas atividades foram muito gratificantes, realizamos uma troca de conhecimentos, anseios, vivências e dúvidas, que pudemos aprimorar e esclarecer.

Outra grande preocupação que tivemos foi em garantir a solicitação dos exames complementares, sabemos da importância da realização dos mesmos porém, tivemos dificuldades em garantir esses exames, a gestão municipal infelizmente não nos garantiu esse acesso como gostaríamos devido à demanda do município, sendo assim, muitos usuários até quando em condições melhores realizaram, outros estão aguardando agendamento. Nesse sentido, não conseguimos realizar o sistema de alerta aos exames complementares. Outro destaque foi o controle dos medicamentos, sua validade e o registro das necessidades, mesmo não dispo de todos, mas, conseguimos manter o acesso a receita para o cadastro no Programa Farmácia Popular.

Quanto as informações atualizadas no SIAB, infelizmente não conseguimos manter, devido ao novo sistema de informação do e.SUS, que estão sendo implantadas em todas as UBS do município, um momento de transição dos programas, com isso, ficando escassas as informações do SIAB. Porém, conseguimos implantar a planilha específica de acompanhamento, pactuar e manter acessível a equipe e definimos como responsável pelo monitoramento a enfermeira da Unidade.

A promoção da saúde foi algo que merece destaque nessa intervenção, não apenas da equipe de saúde da família, mas o apoio e parceria do NASF que teve um peso fundamental nesse processo. A nutricionista e a fisioterapeuta participaram por duas vezes dos encontros com a comunidade. A participação destas profissionais foi extremamente satisfatória onde pudemos ver nos rostos dos usuários a alegria em tirar dúvidas e aprender exercícios que eles nem conheciam e imaginavam poder realizar. Vale frisar também, o comprometimento dos demais membros da equipe,

sempre prontos a orientar quanto a importância de uma alimentação saudável, prática de atividade física regular e abandono ao tabagismo. Além disso, a comunidade foi muito participativa, tivemos em média 400 participantes em todos os quatro eventos realizados durante a intervenção, fato que deixou a equipe muito satisfeita com a resposta da comunidade ao empenho e dedicação da equipe na organização destas atividades.

Nossas ações ao longo das semanas não foram fáceis, mas, quando se constrói uma base de conhecimento em parceria com a equipe que se trabalha, sem dúvidas, ajuda bastante e quando se tem uma boa comunicação com a comunidade, melhora ainda mais. Percebemos isso no engajamento público, quando conseguimos informar, orientar, esclarecer e ouvir a comunidade em vários aspectos da intervenção e poder visualizar a brilhante participação nas atividades mensais.

Algo negativo visualizado nas ações foram a baixa proporção de hipertensos e diabéticos com avaliação odontológica, isso se refere ao fato da saúde bucal não ser locada na própria unidade, infelizmente ainda estamos aguardando a reforma no prédio e, no momento, o que temos é um consultório fechado, ficando esse atendimento realizado no CEO que é bem próximo a UBS porém, a comunidade ainda é resistente e por várias vezes percebemos a insatisfação.

Quanto as dificuldades encontradas na coleta de dados, no início achei que seria mais fácil, devido a ficha-espelho ser bem detalhada porém, por conter muitas informações, inviabilizou a agilidade no processo mas, depois fomos nos familiarizando.

Na sistematização dos dados na planilha também senti dificuldades, por várias vezes até coloquei informações trocadas, tendo uma maior atenção no fechamento da mesma, para que nenhuma informação fosse perdida.

Por fim, percebo que as ações foram incorporadas a rotina do serviço, apenas com alguns ajustes, no caso da busca ativa dos usuários faltosos, muitos ainda tem em mente aquela triste situação, de ir a UBS apenas buscar a receita médica, não necessitando de uma consulta mensal, isso deve ser aprimorado e a comunidade tem que ser inteiramente conscientizada.

No mais, finalizo imensamente contente, pois realizamos um trabalho bellissimo, conseguimos unir ainda mais a equipe e a aproximação com a comunidade foi muito gratificante e assim, pudemos transmitir mais informações a tantos usuários, na certeza que, será dada continuidade a tudo isso ao longo de nossa vivência.

## **4 Avaliação da Intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção tratou da melhoria da atenção aos adultos com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde da Família Novo Horizonte, Cupira/PE. Nesse sentido, pontuamos a seguir os resultados obtidos ao longo dos quatro meses de intervenção de acordo com os objetivos e metas estabelecidas.

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

**Meta 1 e 2:** Cadastrar 95% dos hipertensos e diabéticos, respectivamente, da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

O total de hipertensos e diabéticos com vinte anos ou mais residentes na área de abrangência da USF, são respectivamente, 425 e 150. Desses usuários, conseguimos cadastrar 123 (28,9%) hipertensos no primeiro mês, 219 (51,5%) no segundo, 320 (75,3%) no terceiro e 414 (97,4%) hipertensos no quarto mês (Figura 1).

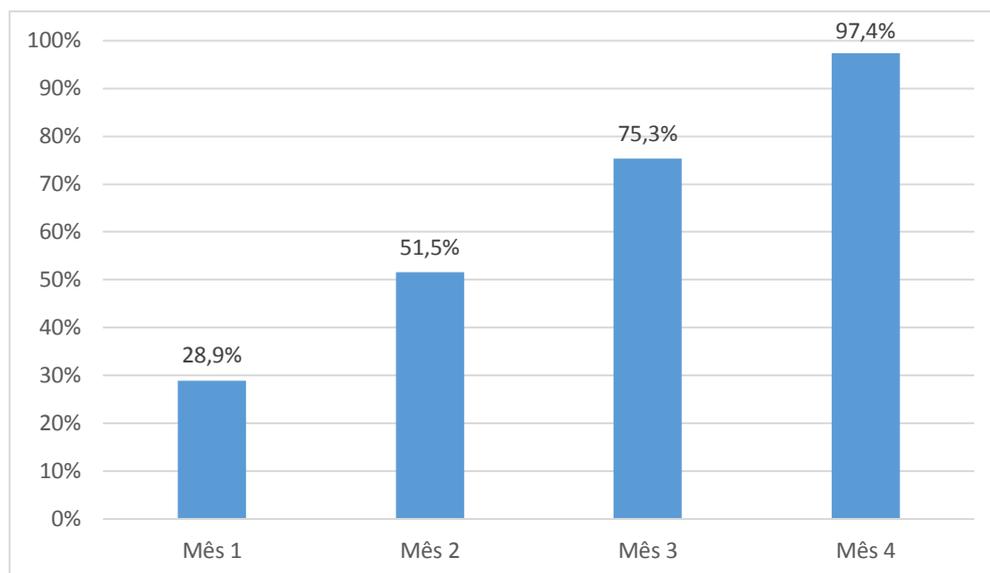


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade de Saúde da Família Novo Horizonte, Cupira, PE.

Em relação aos diabéticos, tivemos 66 (44,0%) no primeiro, 101 (67,3%) no segundo, 126 (84,0%) no terceiro e 144 (96,0%) no quarto mês (Figura 2).

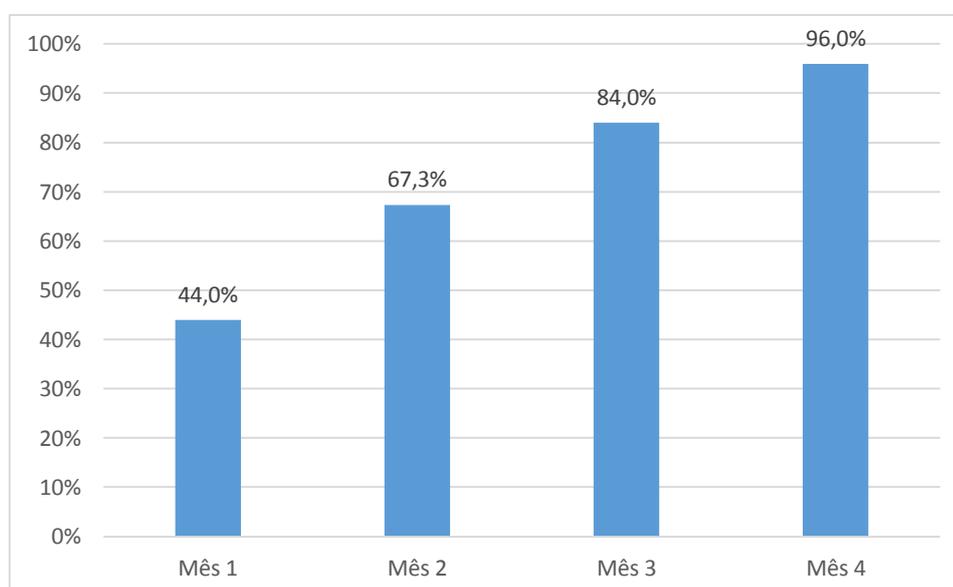


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade de Saúde da Família Novo Horizonte, Cupira, PE.

No tocante a esse primeiro objetivo ao longo dos quatro meses de intervenção tivemos uma evolução bastante significativa. Isso se deve ao fato de termos uma equipe muito participativa e atuante, sempre em busca de uma melhor assistência à saúde da população. Destacamos também o grande número de usuários em confiar e acreditar no trabalho de toda equipe, essa troca mútua teve um significado ainda

maior, pois, conseguimos firmar esse elo com a comunidade.

Essa excelente cobertura se justifica pelo trabalho em equipe, onde todos em nenhum momento fraquejou, e apesar das dificuldades ao longo dos meses, a equipe firmou o compromisso em seguir adiante, sempre focados no objetivo desejado.

**Objetivo 2: Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa.**

**Meta 3 e 4:** Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 2.1:** Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

**Indicador 2.2:** Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

Ao longo dos quatro meses infelizmente não tivemos um resultado tão bom como gostaríamos, conseguimos buscar 45 (36,6%) de 123 hipertensos no primeiro mês, 45 no segundo (100,0%), 60 (93,8%) de 64 no terceiro e 78 (59,5%) de 131 no quarto mês (Figura 3).

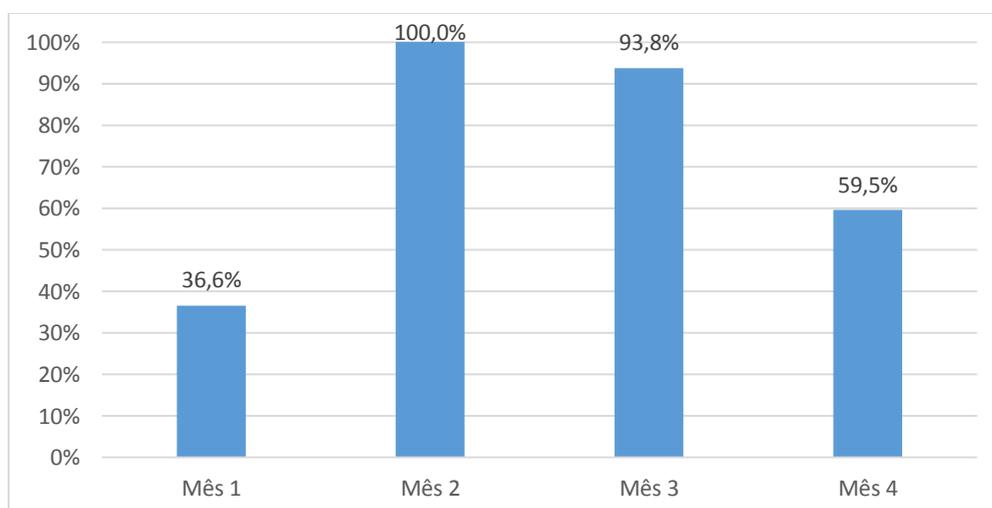


Figura 3: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa. Cupira, PE.

Em relação aos diabéticos, conseguimos 24 (36,4%) no primeiro, 18 (100,0%) no segundo, 17 (81,0%) no terceiro e 19 (65,5%) no quarto mês (Figura 4).

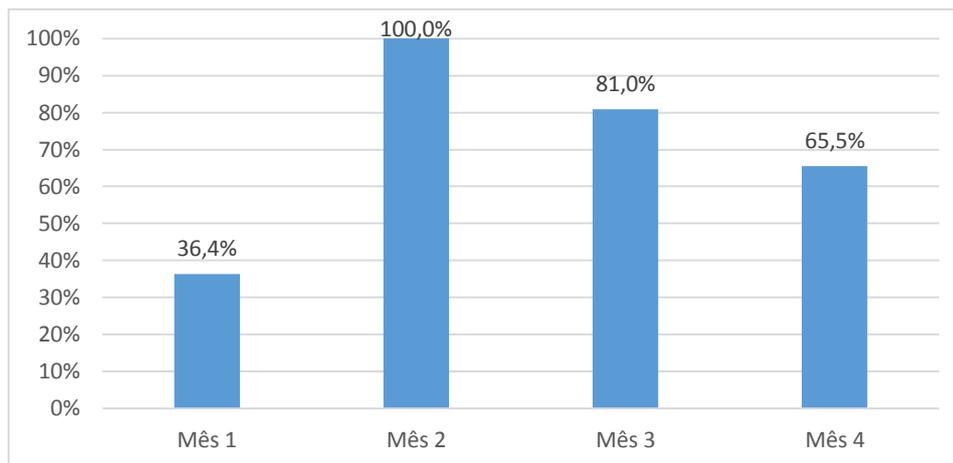


Figura 4: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa. Cupira, PE.

Referente ao segundo e terceiro mês atingimos uma maior cobertura por termos aproveitado a Campanha de Vacinação da Influenza, dentre as indicações, os idosos e usuários com doenças cardiovasculares.

As pessoas com a PA que não estiverem controlada, porém, estejam em tratamentos recomendados, essas sim, deverão realizar uma nova reavaliação com consulta médica mensal até atingirem a meta pressórica, e aquelas que por algum outro motivo não tiverem aderindo o tratamento de forma correta, poderão receber avaliação em consultas com a enfermeira e/ou o médico, afim de esclarecer o tratamento, assim como motivação e capacidade de autocuidado. (BRASIL, 2013a. p. 73)

É complicado falar de busca ativa e visitas domiciliares numa área com grande demanda na própria UBS, pois, muitas vezes agendamos visitas com os ACS mas, nem sempre foi possível realizá-las e também devido a várias outras atividades que acabaram influenciando a instabilidade desse indicador.

**Objetivo 3: Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde.**

**Meta 5 e 6:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos.

**Indicador 3.1:** Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 3.2:** Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 7 e 8:** Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 3.3:** Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 3.4:** Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 9 e 10:** Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 3.5:** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular.

**Indicador 3.6:** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular.

Esse terceiro objetivo propôs várias metas, quanto a proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo conseguimos realizar 22 (17,9%) no primeiro mês, 128 (58,4%) no segundo, 320 (100,0%) no terceiro e 414 (100,0%) no quarto mês (Figura 5).

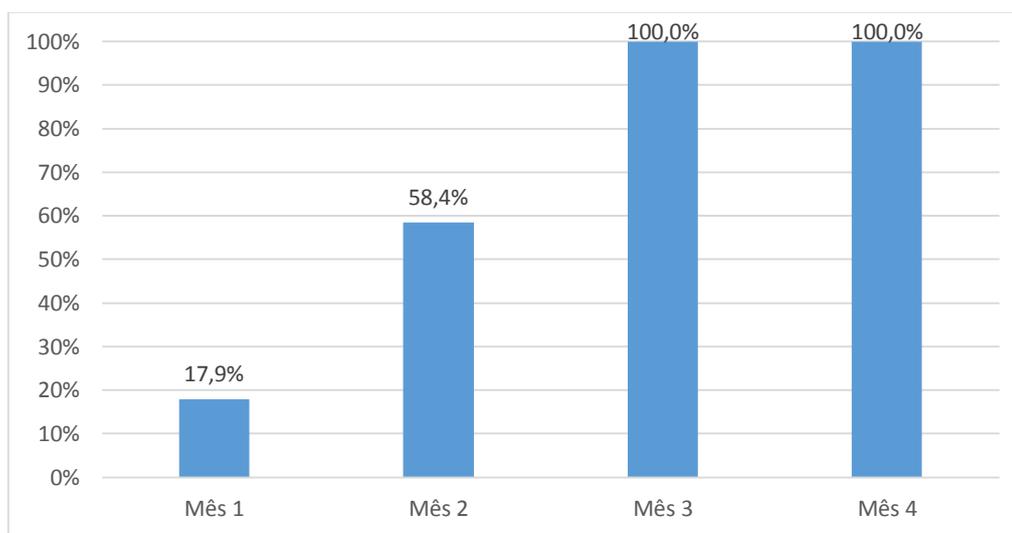


Figura 5: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Cupira, PE.

Em relação aos diabéticos, tivemos 11 (16,7%) no primeiro, 58 (57,4%) no segundo, 126 (100,0%) no terceiro e 144 (100,0%) no quarto mês (Figura 6).

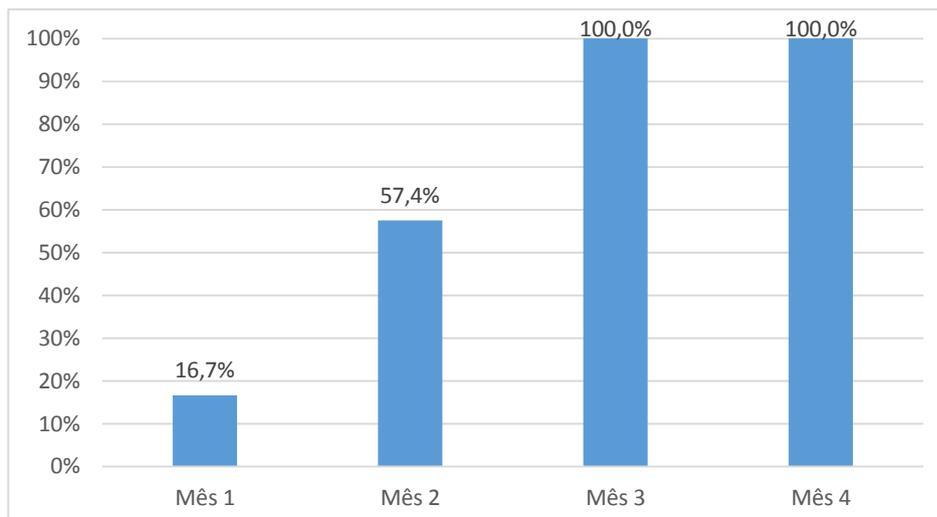


Figura 6: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Cupira, PE.

No primeiro mês fomos nos familiarizando com o processo de implantação da intervenção e com isso focamos mais na história clínica, na anamnese detalhada, na troca de informações que poderíamos adiantar com esse usuário, deixando assim, para as consultas subsequentes o exame físico, como o próprio protocolo destaca.

É importante ressaltar que a Atenção Básica trabalha com o princípio da longitudinalidade e que o exame físico pode ser feito ao longo de outros encontros com a pessoa, o que propicia que em uma primeira consulta o profissional possa focar onde achar mais importante. (BRASIL, 2013a.p.46).

Porém, no segundo mês tivemos uma melhor cobertura, pois, tivemos a preocupação de atualizar todos que estavam sem o exame clínico, permitindo assim atingir a meta estabelecida.

Não foi diferente com a proporção de diabéticos com o exame clínico em dia, no primeiro mês uma baixa cobertura, porém, no segundo mês um aumento significativo. E ao final do terceiro e quarto mês da intervenção cobertura total, conforme apresentado na Figura 6. Nesse sentido, focamos nos dois primeiros meses em outros pontos, deixando assim para os meses seguintes destacar e atualizar esse fator.

Quanto a proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, conseguimos garantir 27 (22,0%) no primeiro mês, 87 (39,7%) no segundo, 129 (40,3%) no terceiro e 144 (34,8%) no quarto mês (Figura 7).

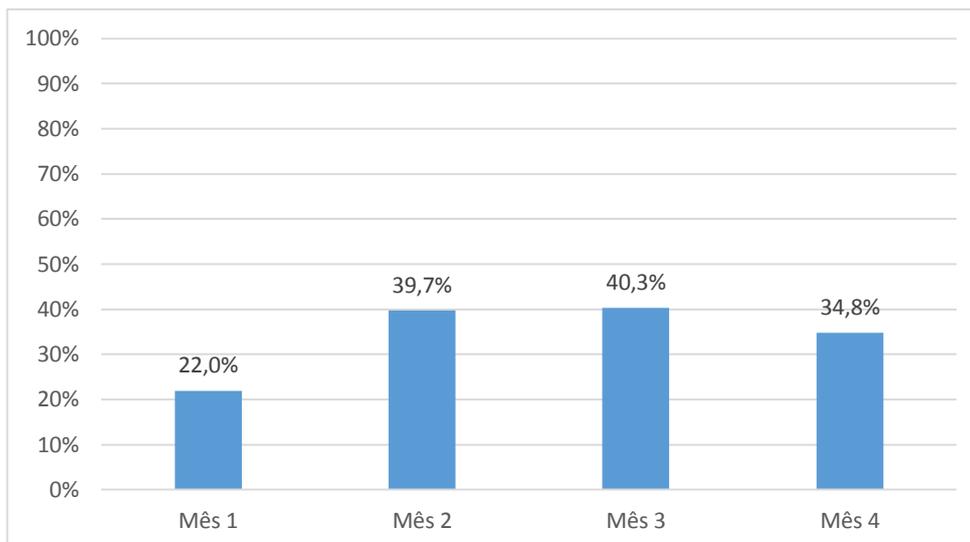


Figura 7: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Cupira, PE.

Em relação aos diabéticos, tivemos 11 (16,7%) no primeiro, 41 (40,6%) no segundo, 56 (44,4%) no terceiro e 57 (39,6%) no quarto mês (Figura 8).

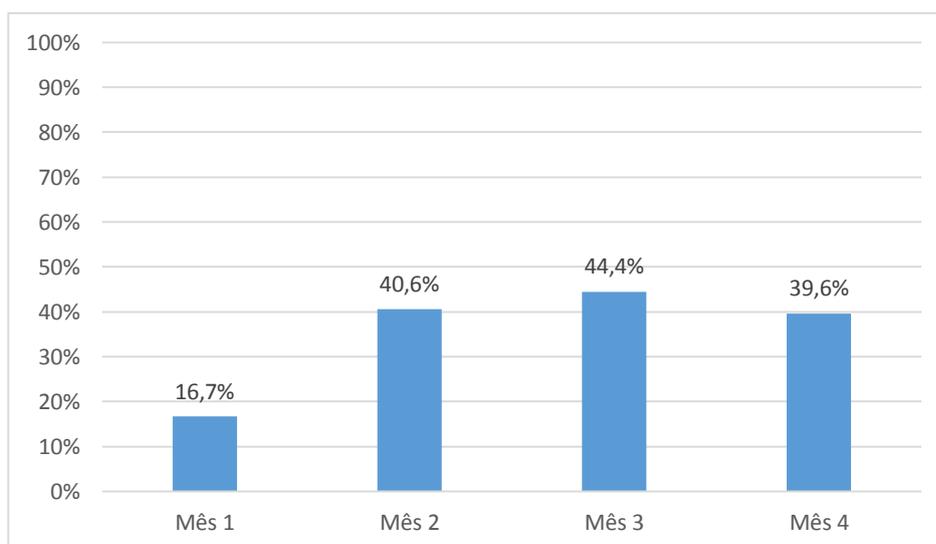


Figura 8: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Cupira, PE.

No primeiro mês a proporção de hipertensos com os exames complementares foi revelada muito baixa, no segundo e terceiro mês houve um aumento significativo e ao final da intervenção, ainda tivemos uma queda.

Esse indicador nos causou grande preocupação, infelizmente a gestão municipal não nos permitiu garantir esse acesso, justificado pela demanda do município e apenas um dia é destinado a coleta dos exames da área de abrangência.

Uma boa parte da comunidade vive em condições desfavoráveis, alguns quando em situações melhores realizaram, outros estão aguardando agendamento, para realizar os exames complementares de acordo com o protocolo.

Sugere uma periodicidade anual da rotina complementar mínima dos exames: Eletrocardiograma; Dosagem de glicose; Dosagem de colesterol total; Dosagem de colesterol HDL; Dosagem de triglicerídeos; Cálculo do LDL = Colesterol total - HDL- colesterol - (Triglicerídeos/5); Dosagem de creatinina; Análise de caracteres físicos, elementos e sedimentos na urina (Urina tipo 1); Dosagem de potássio; e Fundoscopia. Levando em consideração também o acompanhamento individual de cada usuário, considerando o risco cardiovascular, as complicações e as metas de cuidado. (BRASIL, 2013a. p. 46).

A proporção de diabéticos com os exames complementares em dia também foi revelada muito baixa, no segundo e terceiro mês houve uma boa evolução porém, no quarto mês tivemos uma pequena queda.

Fazendo um comparativo entre a proporção de hipertensos com os exames complementares em dia, não foi diferente com os usuários diabéticos, situação lamentável pois, a partir dessa avaliação laboratorial é estabelecido o tratamento e acompanhamento adequado visando uma melhor resposta de cada usuário, considerando também o alto risco cardiovascular para o portador de DM, assim como o controle metabólico, complicações existentes e as metas de cuidado.

Como destaca os exames: Glicemia de jejum e HbA1C; Colesterol total (CT), HDL e triglicerídeos (TG); A fração LDL pode ser calculada utilizando-se a fórmula de Friedewald:  $LDL = CT - HDL - TG/5$  (para triglicerídeos abaixo de 400 mg/dL); Creatinina sérica; Exame de urina tipo 1 e, se necessário, microalbuminúria ou relação albumina/creatinina; e Fundoscopia. (BRASIL, 2013b. p. 41).

No tocante a cobertura da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular, foi considerado bastante satisfatório, garantimos 111 (90,2%) no primeiro mês, 205 (93,6%) no segundo, 304 (95,0%) no terceiro e 393 (94,9%) no quarto mês (Figura 9).

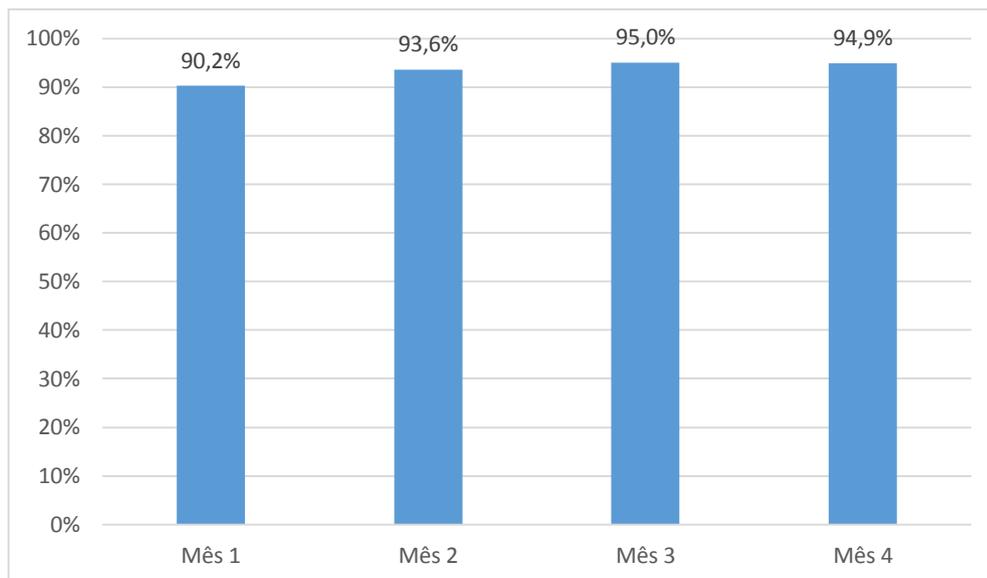


Figura 9: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular. Cupira, PE.

Em relação aos diabéticos, tivemos 61 (92,4%) no primeiro, 94 (93,1%) no segundo, 119 (94,4%) no terceiro e 135 (93,8%) no quarto mês (Figura 10).

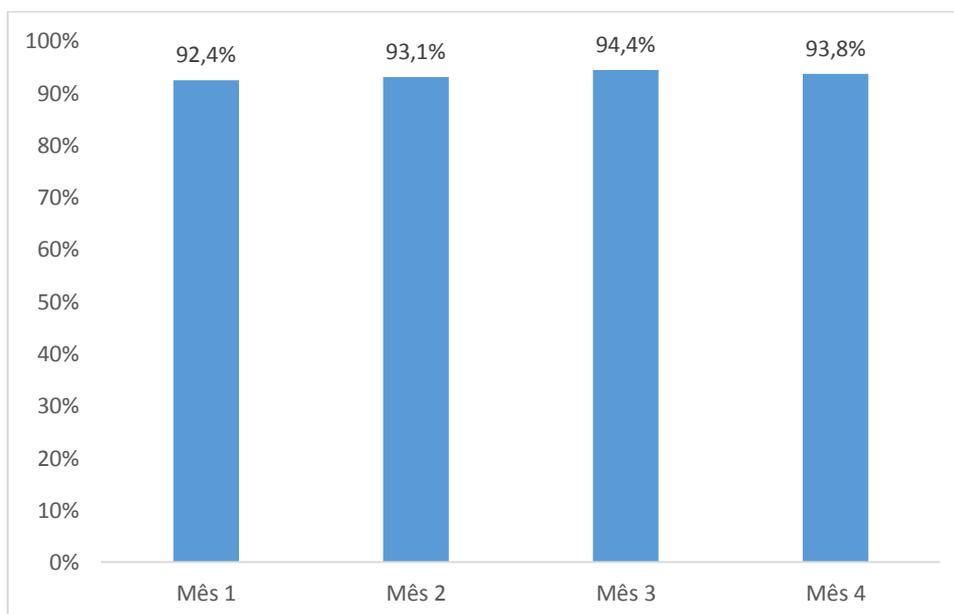


Figura 10: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular. Cupira, PE.

Tudo isso se deve ao fato do médico da USB ser bastante atuante, tendo a preocupação de manter atualizadas todas as receitas, sempre criterioso nas medicações da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular, sabendo ele das dificuldades econômicas por parte dos usuários.

A proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular também foi considerado satisfatório, se manteve com alta cobertura em todos os meses. Contudo, não deixamos de mencionar a grande preocupação do médico, bastante consciencioso e visando o tratamento adequado dos usuários portadores dessas morbidades, seja HAS e/ou DM.

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

**Meta 11 e 12:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

No tocante a esse quarto objetivo, a proporção de hipertensos com registro adequado se manteve com 100,0% de cobertura ao longo dos quatro meses de intervenção.

Em relação aos diabéticos, também alcançamos ao longo dos quatro meses a meta de 100,0%.

Nossa excelente cobertura se justifica pela inteira preocupação de mantermos esses dados devidamente preenchidos. Sempre que possível nos encontros com a equipe, buscávamos tirar dúvidas, uma delas foi com a ficha-espelho, sendo assim, eram todas esclarecidas e a partir daquele momento, nenhuma informação deixaria de ser importante, com isso, teríamos sempre as fichas preenchidas corretamente.

Não sendo diferente com a cobertura dos registros aos diabéticos, tivemos também a preocupação de mantê-los sempre muito bem preenchidos. Toda equipe sempre muito prestativa e organizada, quando surgia uma dúvida, não deixava por nada atrapalhar o processo da intervenção.

Fazendo referência ao SIAB, devido ao novo sistema do e.SUS que está sendo implantada na UBS, ficando as informações do SIAB desatualizadas.

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

**Meta 13 e 14:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 5.1:** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

**Indicador 5.2:** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Quanto ao mapeamento de hipertensos de risco para doença cardiovascular, realizamos 22 (17,9%) no primeiro mês, 128 (58,4%) no segundo, 320 (100,0%) no terceiro e 414 (100,0%) no quarto mês (Figura 11).

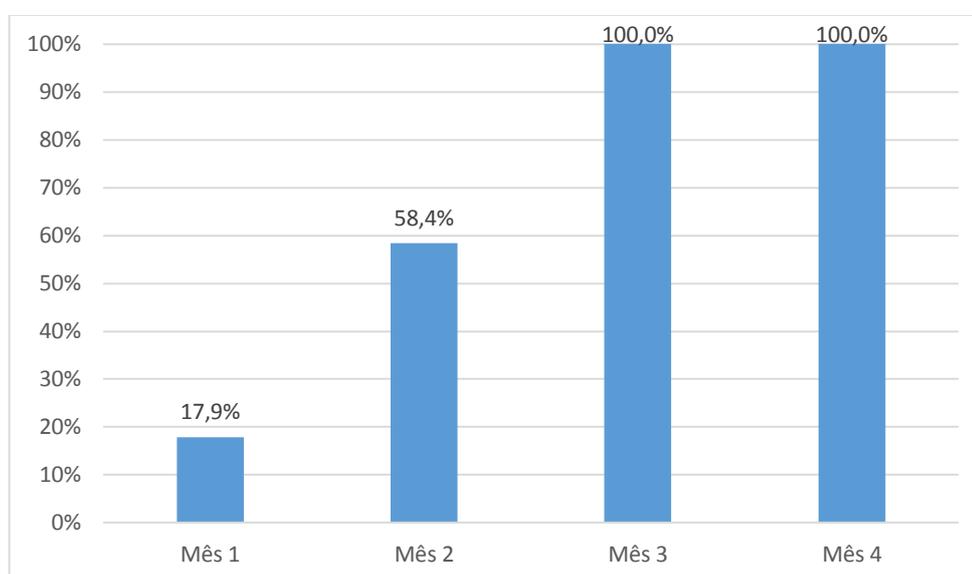


Figura 11: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Cupira, PE.

Em relação aos diabéticos, tivemos 11 (16,7%) no primeiro, 58 (57,4%) no segundo, 126 (100,0%) no terceiro e 144 (100,0%) no quarto mês (Figura 12).

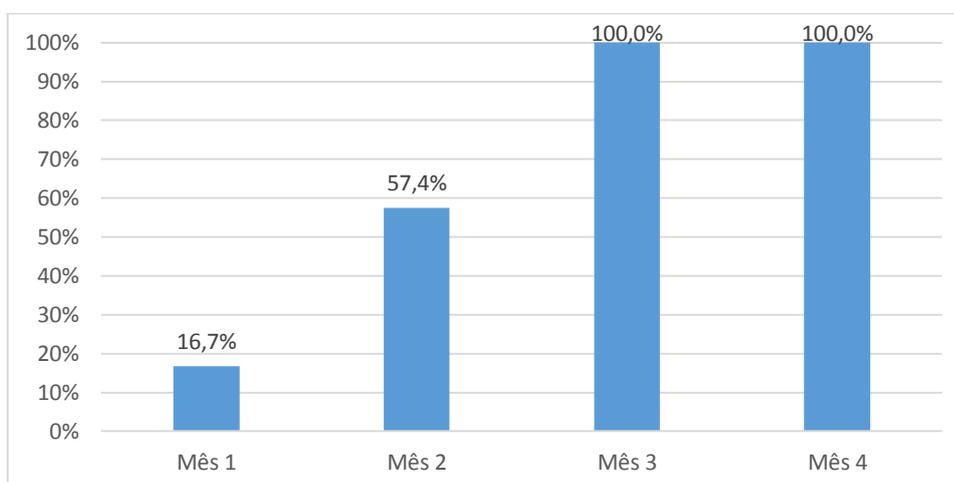


Figura 12: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Cupira, PE.

Ao longo dos 4 meses de intervenção buscamos realizar a estratificação de risco, porém, nos dois primeiros meses não tivemos uma boa cobertura, devido a incorporação da intervenção na rotina do serviço, da Campanha de Vacinação de Influenza, que por vezes, acabou tomando mais tempo e da demanda de atividades da UBS, contudo, só conseguimos total cobertura no terceiro e quarto mês, onde a partir daí tudo já estava organizado e objetivando estimar o risco de cada indivíduo, facilitou muito, pois buscamos dar uma atenção a mais a esses usuários com maior risco para complicações.

Essa estimativa se baseia na presença de múltiplos fatores de risco, como sexo, idade, níveis pressóricos, tabagismo, níveis de HDLc e LDLc. A partir da estratificação de risco, selecionam-se indivíduos com maior probabilidade de complicações, os quais se beneficiarão de intervenções mais intensas. (BRASIL, 2013a. p. 38).

A proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia se manteve crescente ao longo dos dois primeiros meses de intervenção, sendo intensificada e realizada integralmente ao longo dos dois últimos meses, merecendo destaque mencionar os usuários de risco muito alto, diagnosticados e acompanhados por complicações crônicas, incluindo pé diabético, ulcerado, com necrose ou com infecção, lamentavelmente vivenciando e relatado em vários diários semanais, situações extremamente difíceis, mas, sem dúvidas, o que esteve ao alcance da equipe, foi realizado.

#### **Objetivo 6: Promoção da saúde.**

**Meta 15 e 16:** Realizar avaliação odontológica em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 6.1:** Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

**Indicador 6.2:** Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.

**Meta 17 e 18:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

**Indicador 6.3:** Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

**Indicador 6.4:** Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

**Meta 19 e 20:**Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

**Indicador 6.5:** Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

**Indicador 6.6:** Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

**Meta 21 e 22:**Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo aos usuários hipertensos e diabéticos.

**Indicador 6.7:**Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Indicador 6.8:** Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Esse sexto e último objetivo propôs várias metas, quanto a realizar avaliação odontológica dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, conseguimos realizar 31 (25,2%) no primeiro mês, 35 (16,0%) no segundo, 112 (35,0%) no terceiro e 129 (31,2%) no quarto mês (Figura 13).

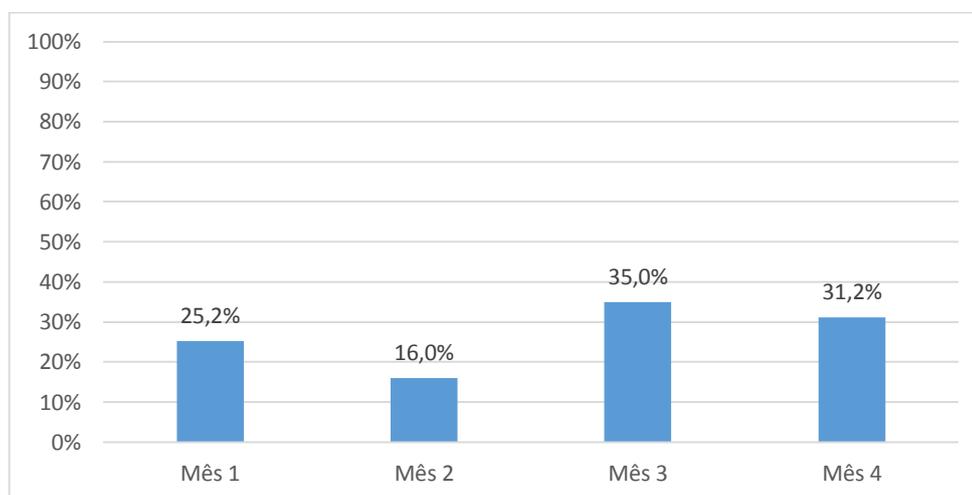


Figura 13: Proporção de hipertensos com avaliação odontológica. Cupira, PE.

Em relação aos diabéticos, tivemos 18 (27,3%) no primeiro, 12 (11,9%) no segundo, 39 (31,0%) no terceiro e 43 (29,9%) no quarto mês (Figura 14).

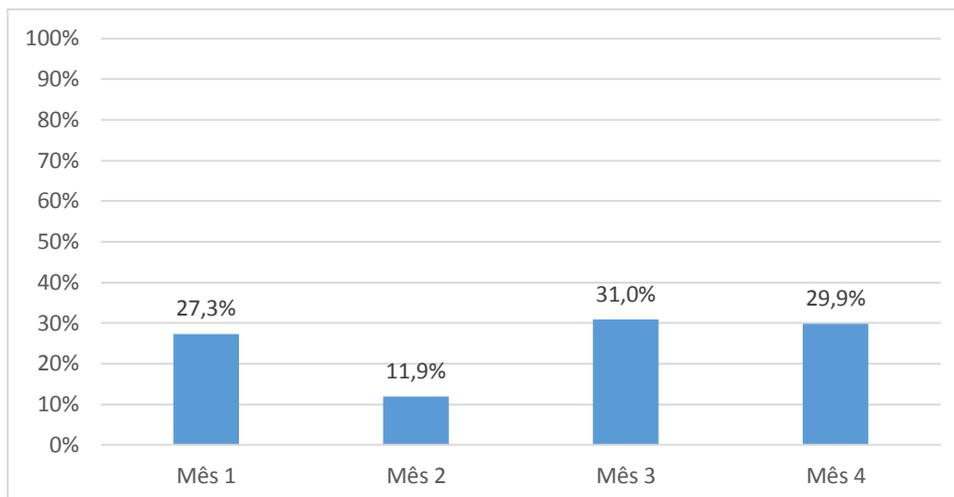


Figura 14: Proporção de diabéticos com avaliação odontológica. Cupira, PE.

No tocante a essa meta, tivemos uma péssima cobertura na proporção de hipertensos com avaliação odontológica, sempre questionado ao longo dos quatro meses de intervenção. Infelizmente a UBS encontra-se com o consultório odontológico desativado e fechado, ficando esse atendimento realizado CEO, é bem próximo a UBS porém, sentimos por parte de muitos usuários a insatisfação, ficando assim esse atendimento disperso. O odontólogo é bem atuante porém, como o horário do CEO é diferente da UBS, às vezes chega a iniciar o atendimento antes mesmo do horário da unidade, com isso, nenhuma atividade com a comunidade conseguimos tê-lo presente. O que nos resta é aguardar a reforma do ambulatório de saúde bucal de nossa unidade de saúde, para então, firmar essa parceria.

Não foi diferente com a proporção de diabéticos com avaliação odontológica, uma baixa cobertura, o que nos conforta é saber que a UBS recebeu um consultório completo, com equipamentos novos, porém, agora estamos aguardando a reforma da unidade de saúde.

Quanto a proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, realizamos um brilhante trabalho, ao longo de toda intervenção tivemos 100,0% de cobertura.

Em relação aos diabéticos, também alcançamos ao longo dos quatro meses a meta de 100,0%.

Desta forma, alcançando nos quatro meses a meta de 100% estabelecida para ambas ações programáticas. Essa cobertura absoluta tem um significado especial pois, a equipe esteve atuante, sempre disposta a realizar essa intervenção de forma clara e objetiva, o apoio e parceria que tivemos do NASF foi imprescindível nesse

processo. A nutricionista se fez presente em dois eventos com a comunidade, esclarecendo e tirando dúvidas de muitos que participaram, realmente foi muito gratificante.

Da mesma forma, foi alcançada uma excelente cobertura na proporção de diabéticos com orientação nutricional. Sabemos o quanto a promoção da saúde vai além de orientar quanto aos cuidados que se deve ter em relação a determinada doença, a promoção estimula a prevenção de doenças, o engajamento da população e sua participação, em assuntos relacionados não só à saúde, mas qualidade de vida, através de um plano coletivo e, não somente individual, sempre com o objetivo de contribuir com a melhoria da situação de saúde e da qualidade de vida de todos.

No tocante a hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular, foi visível a cobertura de 100,0% em todos os meses da intervenção.

Em relação aos diabéticos, também foi visível a ampla cobertura de 100,0% ao longo dos quatro meses de intervenção. Desta forma, alcançando a meta estabelecida para ambas ações programáticas.

Não poderia ser diferente essa excelente cobertura pois, tivemos o comprometimento da equipe em realizar educação em saúde no dia-a-dia, sem medir esforços, diante das dificuldades. E mencionar o apoio do NASF, foi e é indispensável, a participação da Fisioterapeuta foi essencial, a mesma não só orientou, como realizou vários modelos de atividade física, em duas atividades que participou com a comunidade, possibilitando assim aos usuários a importância de praticarem alguma atividade física regular. Vale ressaltar que a mesma após o término da intervenção firmou compromisso com a UBS, em visitar quinzenalmente os usuários acamados, auxiliando-os em lesões de órgãos-alvos na reabilitação e retorno das atividades do dia-a-dia.

Todavia, destacamos:

O exercício físico regular melhora o controle glicêmico, diminui os fatores de risco para doença coronariana, contribui para a perda de peso, melhora o bem-estar, além de prevenir DM tipo 2 em indivíduos de alto risco. (BRASIL, 2013b. p. 129).

Com relação a nossa última meta, a proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, atingimos 100,0% de cobertura em toda intervenção.

Em relação aos diabéticos, também atingimos 100,0% de cobertura em toda intervenção. Desta forma, alcançando nos quatro meses a meta de 100% estabelecida para ambas ações programáticas.

Sabemos quão é prejudicial o fator tabagismo para o desenvolvimento de doença cardiovascular, e o quanto em nossa área de abrangência, muitos usuários ainda não se conscientizaram desse mal, eles acham que realizando o tratamento medicamentoso é o essencial, não dando importância aos riscos fazendo uso do cigarro, portanto, ao longo dos quatro meses, frisamos incansavelmente a resistência que o cigarro dá às drogas anti-hipertensivas, fazendo com que elas funcionem menos que o desejado.

É o que afirma Kaplan *apud* Brasil (2013a. p. 58): O tabagismo também aumenta o risco de complicações cardiovasculares secundárias em hipertensos e aumenta a progressão da insuficiência renal. Além disso, a cessação do tabagismo pode diminuir rapidamente o risco de doença coronariana entre 35% e 40%.

Da mesma forma, não nos cansamos em alertar e orientar sobre o tabagismo, quanto aos fatores de complicações para doenças macrovascular aos portadores de diabetes mellitus da unidade de saúde da referida intervenção.

## **4.2 Discussão**

A intervenção, em minha unidade básica de saúde, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria no exame clínico em dia de acordo com o protocolo do MS, 2013, a garantia da prescrição dos medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular, a melhoria dos registros na ficha de acompanhamento, o mapeamento de risco para doença cardiovascular, dando ênfase aos portadores acamados, e garantimos uma melhor cobertura na promoção da saúde, um trabalho brilhante, no tocante a orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática de atividade física e os riscos do tabagismo de ambos os grupos.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado do médico, da enfermeira, das técnicas de enfermagem, dos ACS,

da recepção e do serviço geral. Tendo um impacto não apenas nessa atividade, mas, no geral, em todas da UBS.

Antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram desorganizadas, ora eram concentradas no médico, ora na enfermeira. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção à um maior número de pessoas. Assim como, evidenciou o modo de pensar de toda equipe, no tocante as diversas atividades desenvolvidas na UBS, pois, a partir dessas ações e transformações desse serviço, passamos a exigir um plano coletivo e, não somente individual de intervenção, buscando sempre trabalhar em equipe, cada qual com suas atribuições, porém todos com um mesmo objetivo. Observamos também que a rotina do serviço passou a ser devidamente planejado e organizado, conseguindo desenvolvê-las corretamente, sem deixar de lado nenhuma vivência.

O impacto da intervenção é visível pela comunidade, prova disso, foram as quatro atividades muito participativa pelos hipertensos e diabéticos, os mesmos recebiam um convite nas visitas domiciliares pelos ACS, em média tivemos 400 participantes, fato que deixou a equipe inteiramente contente em saber que a comunidade acredita e confia em nosso empenho. Além disso, os usuários demonstram a satisfação com a prioridade no atendimento, não gerando nenhum desconforto aos demais membros da comunidade.

A intervenção poderia ter sido diferente quanto a busca dos usuários faltosos, pois, sabemos o quão é importante esse acompanhamento mensal para uma melhor avaliação e conduta, principalmente quando em risco elevado para doenças cardiovasculares, porém, faltou mais insistência nessa busca, contudo, justifica-se por várias outras atividades e pela demanda na própria UBS. Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está se esforçando para estabelecer um cronograma para essa atividade.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço, para isto, precisamos fazer alguns ajustes, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização de acompanhamento mensal, não apenas ir a UBS buscar a receita médica, como também cobrar da gestão municipal uma melhor cobertura dos exames complementares de acordo com o protocolo, urgentemente intensificar essas ações.

Por fim, a partir do próximo mês, pretendemos investir na ampliação de cobertura de hipertensos e diabéticos com avaliação odontológica, mesmo tendo que

aguardar a reforma do ambulatório de nossa unidade de saúde, não podemos ficar de braços cruzados esperando, vamos orientar e conscientizar a comunidade da real importância dessa avaliação pelo menos uma vez ao ano, ou quantas vezes for necessário para ambos os grupos.

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

Foi realizada uma intervenção com os usuários adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na Unidade de Saúde da Família Novo Horizonte, Cupira/PE, durante o período de 4 meses que objetivou melhorar a atenção desse grupo prioritário. O total de hipertensos e diabéticos com vinte anos ou mais residentes na área de abrangência da UBS, são respectivamente, 425 e 150. Desses usuários, conseguimos cadastrar 123 (28,9%) hipertensos no primeiro mês, 219 (51,5%) no segundo, 320 (75,3%) no terceiro e 414 (97,4%) hipertensos no quarto mês. Em relação aos diabéticos, tivemos 66 (44,0%) no primeiro, 101 (67,3%) no segundo, 126 (84,0%) no terceiro e 144 (96,0%) no quarto mês, ambos ultrapassando as metas de cobertura previamente estipuladas. Nesse primeiro objetivo ao longo dos 4 meses de intervenção ocorreu uma evolução bastante significativa, devido ao fato de termos uma equipe muito participativa e atuante, sempre em busca de uma melhor assistência com qualidade, incluindo a confiabilidade dos usuários em relação ao trabalho dos profissionais. A promoção da saúde foi algo que merece destaque nessa intervenção, não apenas da equipe de saúde da família, mas o apoio e parceria do NASF que teve um peso fundamental nesse processo. A nutricionista e a fisioterapeuta participaram por duas vezes dos encontros com a comunidade. A participação destas profissionais foi extremamente satisfatória onde pudemos ver nos rostos dos usuários a alegria em tirar dúvidas e aprender exercícios que eles nem conheciam e imaginavam poder realizar.

Em relação a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde houve uma melhoria na cobertura desses usuários, pois, tivemos a preocupação de atualizar todos que estavam sem o exame clínico, permitindo assim atingir a meta estabelecida ao longo da intervenção. Isso aconteceu tanto com os usuários hipertensos quanto com os diabéticos.

Outras melhorias foram relacionadas a proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular; proporção de hipertensos

e diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável; proporção de hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo e com o mapeamento dos hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Algumas melhorias realizadas pelos gestores, poderiam ajudar bastante na qualificação do serviço, como por exemplo elaborar meios para melhorar a adesão do hipertenso e do diabético ao programa, pois, é complicado realizar uma busca ativa e visitas domiciliares numa área com grande demanda na própria UBS, porque nem sempre foi possível realizá-las assim como também ocorreu com várias outras atividades. A proporção de hipertensos e diabéticos com o exame clínico em dia, também poderia ter sido mais efetiva se a gestão municipal permitisse a garantia desse acesso, pois, uma boa parte da comunidade vivem em condições desfavoráveis, alguns quando em situações melhores realizaram, outros estão aguardando. E outra melhoria seria o da proporção de hipertensos e diabéticos em relação a avaliação odontológica, que infelizmente não foi possível realizar durante a intervenção porque a UBS encontra-se com o consultório odontológico desativado e fechado, ficando esse atendimento realizado no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), porém, com horário diferente da UBS. Porém, estamos no aguardo, ansiosos com a reforma do ambulatório de saúde bucal de nossa unidade de saúde, que sem dúvidas, irá ajudar na qualificação do serviço e só assim poderemos firmar uma melhor parceria.

Contudo, esperamos contar com essa parceria equipe/gestão para então dar continuidade a essa ação programática, não apenas no tocante aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, mas, de forma geral ampliar a cobertura em todos os programas, fazendo deste um espelho para os demais, levando sempre em consideração um melhor atendimento na assistência prestada à população.

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

Foi realizada uma intervenção com os usuários adultos com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na Unidade de Saúde da Família Novo Horizonte, Cupira/PE, durante o período de quatro meses, tendo como objetivo principal melhorar a atenção desse grupo prioritário.

Com a intervenção posta em prática, a população ganhou uma ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, como resultado da intervenção

conseguimos atingir 414 (97,4%) e 144 (96,0%) respectivamente de usuários hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência. Todos os meses eram realizadas palestras para aumentar o conhecimento da população sobre o perigo da Hipertensão e do Diabetes incentivando-os a procurar a unidade de saúde. E para que isso se tornasse frequente e eficaz, fizemos uma melhoria no exame clínico em dia de acordo com o protocolo, a garantia da prescrição dos medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular, um melhor acompanhamento no mapeamento de risco para doença cardiovascular, principalmente uma atenção maior em relação aos usuários acamados.

Garantimos uma melhor cobertura na promoção da saúde, na qual destaco um brilhante trabalho no que diz respeito a orientação nutricional sobre alimentação saudável, a prática de atividade física e os riscos do tabagismo de ambos os grupos que contemplou todos usuários cadastrados neste programa. Com isso houve uma maior participação da comunidade, principalmente pelos usuários hipertensos e diabéticos que demonstraram maior satisfação com a prioridade no atendimento sem interferir nos demais membros da comunidade, aumentando assim a credibilidade e a confiança em nosso trabalho diário.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço de saúde, por meio da ampliação do trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização de acompanhamento mensal, não apenas em ir a UBS buscar a receita médica. Posteriormente essa intervenção será apresentada a comunidade nas reuniões mensalmente realizadas, afim de, detalhar os resultados alcançados e firmar essa parceria com a comunidade. Haverá também alguns investimentos que garantirá uma melhor assistência para os hipertensos e diabéticos, e será uma maneira de cobrar da gestão municipal a reforma da UBS, da sala odontológica, os medicamentos básicos essenciais, uma melhor cobertura dos exames complementares de acordo com o protocolo, e urgentemente intensificar essas ações.

A comunidade poderá reforçar a aliança para que haja o desenvolvimento do engajamento público. Porém, as abordagens das intervenções devem ser executadas com informação e comunicação, pois, as partes interessadas que no momento é o gestor ainda estão evoluindo lentamente, indo em direção à cooperação entre gestor/comunidade e, em alguns casos, para o envolvimento das partes interessadas em projetos de inovação que são realizados pelos profissionais de saúde da UBS. O que esperamos que com esse projeto de um trabalho aberto e colaborativo no âmbito

da assistência à saúde e qualidade de vida será, sem dúvida, o momento em que as organizações e serviços de saúde terão de melhorar sua capacidade de lidar com algumas diminuições econômicas e conseqüentemente situações difíceis.

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

Durante o período vivenciado ao longo de todo curso, foi e é visível a minha grande satisfação, não apenas profissionalmente, mas, enriquecedor como processo pessoal, e mesmo diante de todas as dificuldades percorridas em vários momentos, posso dizer que foi extremamente gratificante, e valeu tudo para chegar até aqui. Uma alegria que não cabe em mim. Uma transformação como um todo em tudo, desde as atividades vivenciadas teoricamente, até a prática propriamente dita. Um novo modo de pensar em toda vivência após essa intervenção.

Durante o período de realização do programa do HiperDia foram criadas expectativas em relação ao acompanhamento dos profissionais de saúde em relação a população, em saber se eles estavam sendo bem acompanhados, bem orientados e bem tratados em relação a liberação das medicações para o seguimento do tratamento após a consulta médica, porque se tudo isso estivesse sendo implantado, o serviço realmente estaria cumprindo com suas obrigações civis. Porém descobri que nenhum desses objetivos estavam sendo cumprido rigorosamente, pois os maiores desafios enfrentados pela unidade foram o de superar todas as dificuldades, no que diz respeito, a falta de medicamentos, a disponibilidade dos usuários a comparecerem as consultas, entre outros, sem interferir na assistência prestada, pois a comunidade não é responsável e deve ser prejudicada o mínimo possível, principalmente se o fator contribuinte para isso seja devido a precariedade do sistema de saúde.

Com isso, o melhor recurso é contar com uma equipe de profissionais que trabalha unida e de forma comprometida com o intuito de superar os desafios e fomentar uma assistência à saúde da população com qualidade. A equipe de profissionais engajada é a melhor solução para driblar as dificuldades existentes, pois quando se compara a realidade com o preconizado, percebe-se o quão distante estamos do que é estabelecido como ideal para atendimento na unidade de saúde

quanto a estrutura física, disponibilidade de medicamentos, equipamentos e materiais pelo Ministério da Saúde.

Considerando que este curso foi importante para a minha carreira profissional, levei em consideração a importância para com o próximo, principalmente nas melhorias da qualidade de vida da população que necessita do acompanhamento do programa HiperDia e precisa também de conhecimento sobre a sua própria patologia.

Ao longo de toda trajetória do curso, confesso que pensei por várias vezes em desistir, não por achar que não seria capaz, mas, por vários problemas pessoais, que por pouco quase me fez desistir, e mesmo, diante de tantas dificuldades, ora não conseguia agendar o local para as reuniões, ora não conseguia agendar visitas, a grande demanda da rotina da própria UBS, que também impossibilitou uma melhor cobertura na busca ativa, a não disponibilidade de cobertura dos exames complementares, a dificuldade do acesso ao odontólogo, não pela parceria, e sim pelo próprio usuário não sentir-se a vontade em ir no CEO, portanto, mesmo com todos esses problemas, não permitimos que nosso trabalho fosse abalado, tendo um valor imenso, de tamanho conhecimento adquirido, os materiais disponibilizados pela leitura, os Cadernos de Atenção Básica nº. 36 e 37, foi extremamente rico, já o conhecia, porém, hoje tenho um melhor entendimento devido ao aprimoramento com os mesmos, e a partir desse aprendizado com essa ação programática, conseguimos uma melhor organização no processo de trabalho, e com todos os resultados alcançados com a intervenção, só me fez refletir o quanto foi valioso ir a diante, buscando o melhor de uma forma ampla, pensando no conjunto, na comunidade, que teve um papel fundamental participando e acreditando sempre em nossa dedicação e vontade de manter acessa esse contato com todos os usuários.

Contudo, foi muito importante aprender que estas intervenções devem ser demandadas junto ao gestor, através de parcerias institucionais que além de enfermeiros, médicos, dentistas, ACS e técnicos de enfermagem, também envolvam educadores físicos, fisioterapeutas, psicólogos e outros mais profissionais nesta atividade, e na compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo e sempre evidenciar reuniões e palestras mensais para aumentar o conhecimento da população em relação a hipertensão e a diabetes, com a presença de toda equipe da Unidade Básica de Saúde.

Desse modo, haverá melhorias que podem começar a ser realizadas a partir da ampliação da cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos, realizando mapeamento

dos usuários com risco para doença cardiovascular, melhorando a adesão e a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde e na melhoria do registro das informações, ou seja, a implantação de uma promoção a saúde com eficácia, orientações sobre alimentação saudável, atividade física, entre outros.

## 6 Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília. 2013.pág. 38, 46, 58, 73.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília. 2013.pág. 41, 129.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. pág. 09.

CUNHA, C. W. Dificuldades no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Atenção Básica de Saúde através do Hiperdia – **Plano de reorganização da atenção.** Porto Alegre – RS.2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010.Disponível em:<[http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm\\_urb\\_rur.php?codigo=260500](http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_urb_rur.php?codigo=260500)>. Acesso em: 07 jul. 2014.

NADER *et al.* Protocolo de hipertensão arterial sistêmica para a atenção primária. **Mom. & Perspec.** Saúde - Porto Alegre - V. 13 - nº 1/2 -jan/dez. 2000.

SOIREFMANN *et al.* Implantando um protocolo de atenção ao usuário com hipertensão em atenção primária: Indicadores de qualidade para avaliação. **Mom. & Perspec.** Saúde - Porto Alegre - V. 17 - nº 2 - jul/dez. 2004.

SOUZA, R. A; CARVALHO, A. M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Estudos de Psicologia.** v. 8. n.3. p. 515-523. 2003.

## **Anexos**



## Anexo B – Planilha de coleta de dados

2013\_08\_15 Coleta de dados HAS e DM (1) [Modo de Compatibilidade] - Excel (Produto Não Licenciado)

ARQUIVO PÁGINA INICIAL INSERIR LAYOUT DA PÁGINA FÓRMULAS DADOS REVISÃO EXIBIÇÃO

Calibri 11

Fonte Alinhamento Número

Formatação Condicional Formatar como Tabela Estilos de Célula Inserir Excluir Formatar Células Classificar e Filtrar Localizar e Selecionar Edição

Indicadores HAS e DM - Mês 1																	
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está cadastrado no Programa HÍPERDIA?	O paciente está faltoso no controle de acordo com o protocolo?	Foi realizado pelo enfermeiro para o paciente com consulta em outro?	O paciente está com o estresse diário em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com o estresse complementar em dia de acordo com o protocolo?	O paciente acredita tomar medicamento?	Todos os medicamentos são do lista de Medicamentos Populares?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cadastrado por algum clínico está em dia?	O paciente recebeu avaliação odontológica?	O paciente recebeu orientação sobre alimentação?	O paciente recebeu orientação sobre atividade física?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total do paciente cadastrado	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1	1																
2	2																
3	3																
4	4																
5	5																
6	6																
7	7																
8	8																
9	9																
10	10																
11	11																
12	12																
13	13																
14	14																
15	15																
16	16																
17	17																
18	18																
19	19																
20	20																
21	21																
22	22																
23	23																
24	24																
25	25																
26	26																
27	27																
28	28																
29	29																
30	30																

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

PRONTO 00:13 02/10/2014 55%

## Apêndice

## Apêndice A – Convite das reuniões para a comunidade



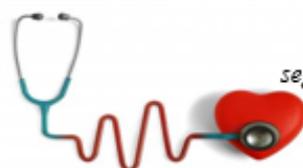
**CONVITE ESPECIAL**  
*Convidamos os Senhores para participarem da Reunião no dia 11/04/14, próxima sexta-feira, às 9:00h no Centro Pastoral da Igreja Nossa Senhora de Fátima (Novo Horizonte) para uma atividade educativa sobre Diabetes e Hipertensão.  
Favor levar Cartão do SUS e Cartão das medicações que toma.  
Contamos com sua presença!!!*



**CONVITE ESPECIAL**  
*Convidamos os Senhores para participarem da Reunião no dia 13/05/14, próxima terça-feira, às 9:00h no Centro Pastoral da Igreja Nossa Senhora de Fátima (Novo Horizonte) para uma atividade educativa sobre Diabetes e Hipertensão.  
Favor levar Cartão do SUS e Cartão das medicações que toma.  
Contamos com sua presença!!!*



**CONVITE ESPECIAL**  
*Convidamos os Senhores para participarem da Reunião no dia 17/06/14, próxima terça-feira, às 9:00h no Centro Pastoral da Igreja Nossa Senhora de Fátima (Novo Horizonte) para uma atividade educativa sobre Diabetes e Hipertensão.  
Favor levar Cartão do SUS e Cartão das medicações que toma.  
Contamos com sua presença!!!*



**CONVITE ESPECIAL**  
*Convidamos os Senhores para participarem da Reunião no dia 21/07/14, próxima segunda-feira, às 9:00h no Centro Pastoral da Igreja Nossa Senhora de Fátima (Novo Horizonte) para uma atividade educativa sobre Diabetes e Hipertensão.  
Favor levar Cartão do SUS e Cartão das medicações que toma.  
Contamos com sua presença!!!*

### Apêndice B – Fotos das reuniões com a comunidade

