

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



**Trabalho de Conclusão de Curso**

Melhoria da atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS FUNDEC, Prata do Piauí/PI

**HECTOR PASCUAL LABRADA REYES**

**Pelotas, 2015**

## **HECTOR PASCUAL LABRADA REYES**

Melhoria da atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS FUNDEC, Prata do Piauí/PI

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

Orientador: Clodoaldo Penha Antoniassi

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

R457m Reyes, Hector Pascual Labraba

Melhoria da Atenção aos Adultos Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Fundec, Prata do Piauí/PI / Hector Pascual Labraba Reyes; Clodoaldo Penha Antoniassi, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

75 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Antoniassi, Clodoaldo Penha, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

## Dedicatória

Primeiramente a Deus por ser essencial em nossa vida. A todos meus colegas de trabalho que oferecerem sua ajuda incondicional para a realização do nosso projeto de intervenção. Especialmente aos integrantes da nossa equipe de saúde FUNDEC e especialmente a meus pais e filhos .

## **Agradecimentos**

Agradeço especialmente à Deus e meus orientadores do curso de Especialização em Saúde da Família Sabinly Pedreira Ribeiro e Clodoaldo Penha Antoniassi, pela sua dedicação e entrega.

Aos trabalhadores da Secretaria de Saúde do município que gentilmente nos proporcionaram todos os recursos materiais para a realização do nosso projeto de intervenção.

A todos os que nos apoiaram de uma forma ou outra, muito obrigada pela sua participação.

## Resumo

Reyes Labrada P Hector. **Melhoria da atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS FUNDEC, Prata do Piauí/PI.** 2015. 76f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) são apontados como os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, que por sua vez constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira (BRASIL, 2013). Este trabalho teve como objetivo melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde 2 FUNDEC, Prata do Piauí/PI. A intervenção foi realizada durante doze semanas e teve ações contempladas em quatro eixos pedagógicos: organização e gestão dos serviços, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação. Os dados foram coletados com ajuda da planilha de coleta de dados e ficha espelho fornecidos pelo curso, além disso, utilizamos o protocolo dos Cadernos número 36 e 37 do Departamento de Atenção Básica para o cuidado de pessoas com doenças crônicas: Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, respectivamente. Ao iniciar a intervenção, a meta era atingir cobertura de 100% para HAS e 100% para DM cadastrados na unidade durante a intervenção. Em relação aos hipertensos, cadastramos 200 (100%) usuários. Em relação ao DM cadastramos 50 (100%) usuários. Outro indicador avaliado foi Proporção de hipertensos e diabéticos com exame laboratoriais em dia de acordo com o protocolo, onde também obtivemos 100% nas duas patologias. Os demais indicadores de qualidade atingiram 100% em todos os meses. Com a intervenção, a avaliação dos usuários em cada consulta se tornou mais detalhada, exames complementares que antes não faziam parte da lista de exames solicitados foram acrescentados. A conscientização da equipe e do coordenador da unidade sobre as reuniões e oficinas realizadas foram ganhos importantes ao fim da intervenção. O atendimento aos usuários com HAS e DM, atendeu às diretrizes recomendadas pelo protocolo do MS, seguindo o fluxo de atendimento, solicitação de exames, prescrição de medicações da farmácia popular, orientações sobre alimentação saudável, cuidados pessoais e outras orientações sobre o tratamento não farmacológico. Dessa maneira podemos dizer que as ações viraram rotina dos

serviços da UBS e que pretendemos ampliar estes serviços para as outras ações prioritárias.

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

### Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico de cobertura do programa de atenção ao usuário com HAS na UBS FUNDED Prata do Piauí, Piauí.	48
Figura 2	Gráfico de cobertura do programa de atenção ao usuário com Diabetes Mellitus na UBS FUNDEC, Prata do Piauí, Piauí.	49
Figura 3	Gráfico de proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS FUNDEC Prata do Piauí, Piauí.	51
Figura 4	Gráfico de proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo Diabetes Mellitus na UBS FUNDEC .Prata do Piauí, Piauí.	52
Figura 5	Gráfico de Proporção de diabéticos faltosos às consulta com busca ativas na UBS 2 FUNDEC, Prata do Piauí, Piauí	54

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

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CMS	Conselho Municipal de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
HÁS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HPP	Hospital de Pequeno Porte
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PMM	Programa Mais Médico
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VD	Visita Domiciliar

## Sumário

Apresentação .....	9
1 Análise Situacional .....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional. ....	16
2 Análise Estratégica .....	18
2.1 Justificativa .....	18
2.2 Objetivos e metas .....	20
2.2.1 Objetivo geral .....	20
2.3 Metodologia .....	22
2.3.1 Detalhamento das ações .....	22
2.3.3 Logística .....	40
2.3.4 Cronograma .....	42
3 Relatório da Intervenção .....	44
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	44
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	46
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	46
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	47
4 Avaliação da intervenção .....	48
4.1 Resultados .....	48
4.2 Discussão .....	58
5 Relatório da intervenção para gestores .....	61
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	63
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	66
Referências .....	68
Anexos .....	69

## **Apresentação**

O presente volume trata do trabalho de conclusão de curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, realizado com Universidade Federal de Pelotas – UFPEI. O trabalho objetivou melhorar a atenção da Saúde dos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus na UBS 2 FUNDEC Prata do Piauí . O mesmo está organizado, em capítulos: Análise Situacional, a qual construiu um relatório com dados da realidade da referida Unidade de Saúde, por meio de indicadores de saúde; a Análise Estratégica (projeto de intervenção) em que foram planejadas as ações da intervenção, a partir dos objetivos, metas e indicadores; o Relatório da Intervenção e a Avaliação da Intervenção. Por fim os Relatórios da intervenção para gestores e comunidade e a Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. As atividades iniciaram em junho de 2014, iniciando-se assim a construção do Trabalho de Conclusão de Curso, que ao uni-las, resultou neste trabalho que aqui está apresentado.

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS(07/07/2014)**

Trabalho no município de Prata do Piauí, no estado do Piauí. A Unidade Básica de Saúde (UBS) que atuo tem uma Equipe de Saúde, prestamos atendimento na zona urbana e uma parte rural da cidade. Esta equipe está composta por um médico, um odontólogo, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, uma técnica de saúde bucal, uma técnica em farmácia, uma secretária, cinco agentes comunitários de saúde e uma faxineira.

A Unidade Básica de Saúde é pequena, mas conta com vários departamentos como um consultório médico, um consultório odontológico, uma sala de enfermagem, uma sala de vacinação que presta serviço diário e conta com vacinas disponíveis para a população, uma farmácia com medicação variada, uma sala para realização de colpocitologia, tem dois banheiros e uma recepção. Todos os departamentos estão prestando atendimento diário. Nossa equipe de saúde tem dois dias a tarde para fazer visitas domiciliares aos usuários acamados e idosos que tem dificuldade para ir ao consultório, também em usuários com doenças crônicas, puérperas e recém nascidos, e gestantes de risco.

Nas manhas realizo atendimento na UBS e temos um dia pela manhã que vamos a um clube de idosos com doenças crônicas dentro da comunidade, lá são controlados os hipertensos e diabéticos oferecendo nosso serviço e palestras para conhecer melhor o manejo de suas doenças e assim prevenir complicações das mesmas. Nas manhãs oferecemos consultas agendadas ou espontâneas, também chegam urgências que são encaminhadas para hospital da cidade, se não pode ser resolvidas na UBS. Também fazemos consulta pré-natal a gestantes, onde a primeira consulta é feita pelo medico, assim como as gestantes com risco e

puericultura a lactantes, que primeiro são avaliados pela enfermeira e quando tem complicações são encaminhadas para minha consulta.

A UBS tem uma população adstrita de 1326 habitantes com 403 famílias e as doenças crônicas mais frequentes são Hipertensão arterial e diabetes mellitus assim como, as dislipidemias. Temos altos níveis de verminoses e algumas gravidez na adolescência. Isto ocorre pelo fato da população ter baixo nível educacional, já que muitos moram em extrema pobreza, com má situação econômica. Nossa equipe é muito unida e trabalhamos juntos na promoção e prevenção da saúde para melhorar a qualidade de vida da população. A UBS conta com NASF composto pela psicóloga, fisioterapeuta e assistente social que oferecem atenção a população, a bolsa família e usuários que são encaminhados pelo médico.

Nosso município tem uma população de 3018 habitantes entre área urbana e rural. Na área urbana, tem 2 equipes de saúde e bem como na rural. São feitos atendimentos diariamente em dois turnos de trabalho, com as visitas domiciliares. A cobertura de trabalho é boa, as duas equipes tem horários de visita domiciliar diferente por isso sempre temos um médico na cidade para fazer atendimentos agendados e espontâneos, assim como as urgências que chegaram de uma ou outra equipe.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional **(29/09/2014)**

Trabalho no município de Prata do Piauí localizado no Estado do Piauí. O município tem uma população de 3018 habitantes, e conta com duas equipes de saúde, as quais atendem a zona urbana e a zona rural. Na UBS temos disponibilidade de NASF, não temos CEO, tampouco atenção especializada, existe um hospital de urgências/emergências com salas para internamento. Na UBS não temos um laboratório para coleta de exames complementares, o mesmo se encontra no hospital e os resultados chegam depois de 15 dias, provocando inquietude na população.

A UBS onde eu atuo refere-se à equipe de número dois, localiza-se na zona urbana e tem um total de 1326 habitantes. Além disso, está vinculada ao SUS onde são conveniadas as consultas especializadas e a realização de exames de tecnologias avançadas, raios x. Todas as ações da UBS são coordenada pelo SUS. O modelo de atenção é ESF. Minha equipe tem um médico geral, uma enfermeira, um odontólogo, uma técnica de enfermagem, uma técnica de odontologia e cinco

agentes comunitários de saúde.

Nossa UBS é pequena, estruturalmente esta constituída por uma sala de recepção com capacidade para trinta cadeiras, um consultório médico, um consultório odontológico, uma sala de enfermagem, a sala de colpocitologias, uma farmácia, a sala de vacinação, uma cozinha, dois banheiros para usuários com estrutura adequada para aqueles que fazem uso de cadeiras de rodas, e dois banheiros para os profissionais da saúde. Também temos um laboratório de prótese dental que está em funcionamento. Não temos sala para reunião de agentes comunitários, não temos abrigo para resíduos sólidos, nem almoxarifado. Existem poucas janelas, por isso a ventilação não é adequada. Neste mês serão minimizadas as deficiências desta UBS, já que minha equipe vai atuar em uma nova UBS com um novo modelo estruturalmente melhor.

Minha equipe tem um total de 1326 usuários, deles 701 são mulheres e 625 homens. Temos 22 menores de um ano, 42 menores de 5 anos, de 5 a 14 anos são 251, grupo de 15 a 59 são 822, grupo de 60 anos e mais são 152. Temos 713 mulheres de 20-59 anos e 554 mulheres de 10-49 anos. As pessoas com mais de 20 anos e hipertensos são 266 e diabéticos com mais de 20 anos são 76.

Em relação às atribuições da equipe, na UBS onde atuo é realizado o acolhimento dos usuários na recepção por todos os profissionais da saúde. Minutos antes de iniciar as atividades, são realizadas palestras com diversos temas de educação em saúde. A recepcionista e a técnica de enfermagem são quem organizam os prontuários e escutam as necessidades e avaliam os riscos e vulnerabilidades sociais dos usuários estabelecendo prioridades. As consultas são agendadas, mas também são atendidas as demandas espontâneas, nos horários estabelecidos nos dois turnos de trabalho. As urgências também são priorizadas dependendo da gravidade delas e quando é preciso são encaminhados ao hospital. Os exames de laboratório são feitos duas vezes por semana pela manhã. As dificuldades principais são a falta de privacidade do usuário, pois eles expõem as suas demandas na recepção. Ainda considero importante uma sala de reuniões para os agentes comunitários de saúde, acredito que isso vai melhorar com a inauguração da nova UBS onde minha equipe vai trabalhar.

Em minha UBS são agendadas as consultas, mas são atendidas as demandas espontâneas estabelecendo prioridades dependendo do tipo de doença. Não temos excesso de demanda. As urgências são atendidas e medicadas e caso

seja necessário são encaminhadas ao hospital. Duas equipes atuam na mesma UBS. Sendo um período de consultas e outro de visita domiciliar. Durante as visitas domiciliares, a equipe atuante na UBS atende as urgências e demanda espontânea da outra equipe, por isso sempre existe um profissional para atendimento dos usuários, minimizando assim as demandas. Também nas visitas domiciliares são feitas as consultas a usuários acamados que precisam de atendimento, além das consultas agendadas para eles que são mensais.

Em relação à saúde da criança de 0 a 72 meses, temos um total de 60 crianças. Menores de um ano têm 20, dando 100 % de cobertura. De um ano a quatro temos 40 com 100% de cobertura. Não temos arquivo específico, só um livro onde é feito o controle das puericulturas. Também existem os prontuários, as fichas nutricionais, odontológicas, formulário especial de puericultura ,espelho de vacinas. Temos protocolo de atendimento e é feito monitoramento regular destas ações. A qualidade da atenção à puericultura é boa, sendo feita baseada nos protocolos estabelecidos. São feitas atividades educativas na comunidade e na UBS através de palestras onde é orientada a importância das puericulturas, da vacinação e do aleitamento materno e outras. Toda a equipe participa nestas atividades. Antes a primeira puericultura era feita quando a criança completasse um mês, agora estamos trabalhando para conseguir fazer-la até os 7 dias de nascidos .

Em relação ao pré-natal, na área de abrangência da minha equipe temos atualmente 14 gestantes sendo acompanhadas. Temos um protocolo do ano do 2010 de gestantes e puerpério para o atendimento. As consultas são agendadas e feitas uma vez por semana pelo enfermeiro nos dois turnos. A primeira consulta é feita pelo médico, que avalia os riscos, e as de alto risco são encaminhadas à especialista ginecologista no hospital. As gestantes de baixo risco já saem da consulta na UBS com a próxima consulta programada. Não temos arquivo específico, mas todas têm prontuários e cartão de gestantes, realizando-se monitoramento regular das ações. Segundo estimativa do CAP teríamos 19 gestantes, mas temos 14 gestantes cadastradas (70%). Existe um grupo de gestantes. São feitas atividades educativas na UBS e na comunidade, com a participação de todos os profissionais da saúde, onde abordamos os temas de aleitamento materno, atenção adequada ao recém-nascido, vacinação, infecções de transmissão sexual nelas. A qualidade da atenção em nossa UBS é boa, mas ainda temos que melhorar e incrementar as atividades educativas na população. Os

indicadores de qualidades estão muito bom porque temos um controle das gestantes, através dos agentes comunitários, que controlam as consultas e as vacinas.

As puérperas são visitadas em seu domicílio pela equipe antes de 7 dias e a secretaria de saúde fornece o transporte para levar a puérpera e o bebê para realizar o teste de pezinho a crianças antes dos 7 dias.

As dificuldades que temos com o atendimento às gestantes são principalmente com os exames complementares, pois não temos testes rápidos na UBS e os de rotina são coletados e encaminhados à Teresina para serem analisados, o que às vezes demora. A realização da ultrassonografia também é realizada em Teresina, pois em nosso município não temos esse serviço. O SUS agenda as consultas especializadas e a realização dos estudos radiológicos necessários. Não temos laboratório de microbiologia, assim muitas gestantes realizam os exames em laboratórios particulares. Ainda, não temos especialista ginecologista na área e temos uma alta incidência de gravidez na adolescência.

Quanto à Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama, na UBS que atuo o profissional encontra-se envolvido nas ações para prevenção dos cânceres de colo de útero e mama, para isso são feitas atividades educativas onde são tratados os temas sobre infecções de transmissão sexual, tabagismo, sedentarismo, alcoolismo, obesidade, importância da realização de exercícios físicos e o mais importante a colpocitologias para detecção precoce do câncer de colo feito anualmente. Ainda são realizadas orientações sobre autoexame das mamas para detectar alterações precocemente, realização de pesquisa nas consultas através do exame nas mulheres com alto risco e a realização da mamografia nas idades de 45 e mais anos. Também foi feita uma vacinação nas meninas de 11 a 13 anos de idade para a prevenção do papiloma vírus humano. Não temos protocolo para o controle adequado, não temos arquivo específico. As informações são registradas nos prontuários e em uma ficha, mas os resultados não estão registrados, o que não permite obter os dados dificultando a avaliação e monitorização do programa. Em três anos não apareceram mulheres registradas com alterações do colo de útero por falta de controle adequado. Em minha área temos uma usuária com câncer de mama operada, agora com tratamento citostático.

A coleta das mostras para colpocitologia é feita uma vez por semana, somente no turno da tarde. O resultado demora até um mês para chegar já que são

avaliadas em outro município. Temos que incrementar as atividades educativas para a promoção e prevenção destas doenças na comunidade e todos os profissionais da saúde devem participar delas. Além de fazer arquivos específicos para o controle adequado dos casos, controlar os resultados das colpocitologias e assim monitorar adequadamente às mulheres com alterações no colo de útero e mama.

Sobre a atenção aos hipertensos e diabéticos, na minha UBS não temos protocolo ou manual técnico, mas a atenção é organizada. Não existe arquivo específico, mas todos eles têm prontuários onde são controladas as consultas feitas mensalmente e, ainda, o enfermeiro tem um livro para seu controle, assim como os agentes comunitários de saúde. Todas as terças-feiras são feitas as consultas de hipertensos e diabéticos na própria comunidade, num local específico para essa atividade. Cada agente comunitário agenda as consultas de seus usuários uma vez ao mês. Todos usuários tem cadernetas para um melhor controle da pressão arterial, da glicemia, do controle do peso e cintura, assim como os medicamentos que tomam. Temos um total de 200 hipertensos com mais de 20 anos, o que significa 75% de cobertura (segundo CAP seriam 266), e um total de 47 diabéticos, o que significa 62% de cobertura (segundo CAP seriam 76), fato que demonstra que na UBS há um subregistro destas doenças. Isso se deve ao fato que o curso destas doenças é assintomático e seu diagnóstico tardio.

Considero a atenção à HAS e DM de boa qualidade, porém nenhum deles tem estratificação de risco cardiovascular, alguns têm atrasos das consultas agendadas e outros têm pendente a realização de exames periódicos. Todos os profissionais da saúde (médico, enfermeiro, técnica de enfermagem, agentes comunitários de saúde) participam das atividades educativas na comunidade através de palestras com orientações sobre os fatores de risco de desenvolver essas doenças e como preveni-las, sobre obesidade, sedentarismo, tabagismo, importância da realização de exercícios físicos periodicamente, alimentação saudável e também como evitar as complicações nas pessoas já doentes.

Os idosos da área de abrangência não têm dia específico para atenção. Ainda que muitos deles sejam hipertensos e diabéticos e tem programação das consultas neste quadro com uma frequência de atendimento mensal. Os idosos são atendidos todos os dias que precisarem de atenção médica na UBS, nos dois turnos de atendimento, também são visitados na sua casa quando não podem se dirigir à UBS por alguma deficiência própria da sua idade ou de sua condição. Não temos arquivo

específico para o controle, existem os prontuários, todos têm caderneta de idosos, não temos protocolo de atendimento. Temos 273 idosos cadastrados (81%), para uma estimativa de 335. Existe boa cobertura para o atendimento. A qualidade da atenção é boa, pois são feitas muitas atividades para a saúde dos idosos como vacinação contra gripe, caminhadas, atividades recreativas, exercícios na academia da comunidade, atenção pela nutricionista, dentista, e temos a fisioterapeuta do NASF que participa na reabilitação dos idosos. Assim como atividades de promoção e prevenção feita pela equipe na comunidade e UBS, onde tem uma importante participação os agentes comunitários de saúde.

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

A análise da situação da minha ESF/APS realizada no início do curso é igual à deste momento, com a diferença que minha equipe vai atuar já neste mês na UBS nova, com uma estrutura de acordo com o novo modelo. Nesse novo espaço a nossa equipe buscará ampliar a cobertura de atendimento e as condições estruturais para o melhor desempenho da equipe em geral e atendimento com maior qualidade e privacidade dentro da própria comunidade.

As diferenças entre as respostas das tarefas na segunda semana de ambientação e este relatório estão aprimoradas. Quando fiz as primeiras atividades estava com pouco tempo de atuação na comunidade e por isso tinha menos conhecimentos que agora. Para fazer esse relatório obtive esclarecimentos da realidade de nossa comunidade e naquele momento não existia outra UBS. Minha cidade com uma população de 3018 foi dividida e fiquei em uma UBS com uma boa estrutura, menos usuários. As ações de atenção e atividades educativas à saúde da população continuam sendo feitas, só que de forma mais organizada, planejada e de acordo com os protocolos para cada tipo de programa e atividade.

As diferenças entre o texto inicial e o final foi que o início tinha problemas como comunicação com nossa equipe, não conhecia como era o trabalho da equipe, também existiam problemas organizativos, já no final do RAS, ficamos com conhecimentos, organizamos o trabalho, aumentando assim meus conhecimentos sobre o funcionamento da UBS, o que permitiu o maior desenvolvimento de nosso trabalho. Os questionários e o CAP foram importantes, pois me ajudaram a ficar com

mais conhecimentos da problemática a resolver, conhecer os indicadores, assim como ter uma visão das patologias e distribuição da população em geral.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são apontados como os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, que por sua vez constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira, motivo pelo qual representam agravos à Saúde Pública. A maior parte das complicações que a pressão arterial e a Diabetes Mellitus acarreta é pelo não diagnóstico destas patologias ou falta de acompanhamento da Atenção Básica (BRASIL, 2013). Deste modo torna-se necessária a adoção de estratégias de redução das consequências da pressão arterial elevada e a hiperglicemia e reduzir a necessidade de terapias à base de fármacos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes. Antes de se iniciar qualquer tratamento recomendam-se alterações do estilo de vida, de modo a reduzir a pressão arterial e a hiperglicemia.

É por isso que consideramos de vital importância fazer nosso foco de intervenção nestas doenças que se podem prevenir em grande parte apenas com a mudança de hábitos e estilo de vida na população e conseguir um controle e seguimento de 100% dos usuários cadastrados em nossa área de abrangência.

Nossa UBS é a numero 2 de nossa cidade, é pequena e estruturalmente está constituída por uma sala de recepção com capacidade para trinta cadeiras, um consultório médico, um consultório odontológico, uma sala de enfermagem, a sala de colpocitologias, uma farmácia, uma pequena sala de curativos, a sala de vacinações, dois banheiros para usuários com estrutura adequada para aqueles que fazem uso de cadeiras de rodas e dois banheiros para os profissionais da saúde. Também temos um laboratório de prótese dental que está em funcionamento. Existem poucas janelas por isso a ventilação não é adequada e são feitas de madeira, o que torna muito difícil se manterem limpas por não poder lavar

diariamente, e não há na unidade sala de reunião. A coleta de amostras de exames complementares não se realiza na UBS e sim no hospital, as quais são avaliadas em outro município. Trabalha nessa UBS apenas uma equipe, composta por médico, enfermeira, técnica de enfermagem, cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e um odontólogo e uma técnica odontológica. Nossa equipe tem uma população cadastrada de 1.326 usuários, destes 701 são mulheres e 625 homens.

Em nossa equipe as consultas para os usuários diabéticos e hipertensos são realizadas com regularidade, com dia agendado semanalmente, além de realizarmos acolhida da demanda espontânea. Porém, o número de hipertensos e diabéticos cadastrados para tratamento na Unidade Básica de Saúde (UBS) é inferior ao esperado para uma população com idade superior a 20 anos. Temos um indicador de cobertura para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) de 75% (200 usuários cadastrados de um total de 266 estimados). O indicador para a DM é de 62% (50 cadastrados para um total de 76 estimados). Acredita-se que possa existir um número significativo de pessoas que apresentam estas patologias e desconhecem o diagnóstico ou não realizam tratamento e acompanhamento adequado.

Nossa equipe desenvolve um numero importante de ações de promoção da saúde para aumentar a pesquisa destas doenças. Entre elas, estamos verificando a pressão arterial de todos os usuários maiores de 15 anos que assistem a consulta, bem como indicando a glicemia de jejum a todos os usuários que tem algum dos fatores de riscos para esta doença. Fazemos palestras para educar à população sobre a importância de modificar os hábitos e estilos de vida, assim como uso adequado da medicação para evitar complicações em longo prazo, que são muito frequentes nestas doenças. Toda a nossa equipe está envolvida na participação desta intervenção.

Tendo em conta que existem dificuldades no cadastramento dos 100% dos usuárioss hipertensos e diabéticos em nossa área de abrangência e, além disso, existem limitações para fazer o exame de laboratório para diagnosticar aos usuários diabéticos, justifica-se aí a necessidade de desenvolver este projeto, devido à alta prevalência destas patologias na população brasileira, ao reduzido número de usuários cadastrados nas UBS e ao baixo grau de instrução dos mesmos acerca dos benefícios em realizar o tratamento. Levando em consideração o que foi descrito acima, ações como educação em saúde, avaliação dos riscos cardiovasculares e

efetiva realização do tratamento devem melhorar a procura pelo serviço e consequente aumento do acompanhamento desta população.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde de usuários hipertensos e diabéticos na unidade básica de saúde FUNDEC, Prata do Piauí/PI.

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

Objetivo1. Ampliar a Cobertura de hipertensos e diabéticos.

**METAS.**

1.1 Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

1.2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

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

**METAS.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**METAS**

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

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

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

**METAS.**

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

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

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

**METAS:**

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de doze semanas na Unidade Básica de Saúde FUNDEC, no município de Prata do Piauí/PI. Participarão da intervenção 200 hipertensos e 50 diabéticos. Pretendemos cadastrar todos os usuários hipertensos e diabéticos da área adstrita e fazer consultas multiprofissional, com objetivo geral melhorar a atenção à saúde de hipertensos e diabéticos da UBS.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

Objetivo1. Ampliar a Cobertura de hipertensos e diabéticos.

**METAS.**

1.1. Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

1.2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Eixo: Monitoramento e Avaliação:

**Ações:**

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

**Detalhamento:** Monitorar a cobertura de todos os usuários maiores de 18 anos que consultam na UBS e nas visitas domiciliares para fazer o cadastramento e

o rastreamento de HAS e DM. Com o apoio dos ACS estaremos realizando um levantamento de dados dos Hipertensos e /ou Diabéticos que ainda não esteja cadastrado na UBS. Também para realizar esse levantamento pretendemos revisar o prontuário clínico de todos os diabéticos e hipertensos cadastrados, revisar ficha familiar e arquivo específico.

Para efeito de monitoramento, a enfermeira e o médico revisarão livros de registro e prontuários dos pacientes que buscaram o serviço para tratamento e avaliação clínica, diagnosticados ou com suspeita de diabetes e hipertensão nos últimos três meses. As informações serão repassadas para a ficha de acompanhamento ao tempo em que será anotada a data da última consulta, os resultados dos últimos exames e há quanto tempo não procuram o serviço. Através de busca espontânea ou agendada do serviço,

#### **Eixo: Organização e Gestão dos Serviços:**

##### **Ações:**

- Garantir os registros dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no programa.
- Melhorar o acolhimento para os paciente hipertensos e/ou diabéticos .
- Garantir material adequado para a aferição de medida da pressão arterial e do hemoglicoteste para os diabéticos (esfigmomanômetro, manguito, fita métrica, glicômetro).

**Detalhamentos:** Atualizar o registro semanalmente e monitorar. Acolher todos os usuários maiores de 18 anos que procurem a UBS, garantindo a aferição da PA de todos, que será monitorado pela técnica de enfermagem e/ou médico e/ou enfermeira. Está atividade será realizada diariamente no horário de funcionamento da UBS. Garantir material adequado para a tomada de medida de pressão arterial, para isto tem segurança de que a calibragem do esfigmomanômetro esteja certa e que tenhamos o uso adequado do manguito de acordo com o tamanho do usuário (esfigmomanômetro para o individuo adulto e para o obeso).Garantir material adequado para realização de hemoglicoteste na unidade de saúde

#### **Eixo: Engajamento Público**

##### **Ações:**

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à HA e DM da unidade de saúde.

- Informar a comunidades sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos de idades 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:** Orientar a comunidade da importância da verificação PA e do rastreamento da DM, através de ações educativas mediante atividades de grupos, palestras, mural informativo na própria UBS e na comunidade, isso é responsabilidade de todos os integrantes da equipe e buscaremos também os líderes da comunidade para nos auxiliar nas atividades de educação em saúde

### **Eixo: Qualificação Da Prática Clínica**

#### **Ações:**

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

Detalhamentos: Capacitar a equipe sobre cadastramento e acolhimento de todos os usuários maiores de 18 anos para o rastreio de casos de HAS e DM, nas reuniões semanais durante as duas primeiras semanas e se necessário, se estender a mais semanas, esta atividade será realizada pela médico e enfermeiro da equipe.

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

#### **METAS.**

- 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
- 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.
- 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

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

#### **Ações:**

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.

- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e com a periodicidade recomendada.

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico

**Detalhamento :** O monitoramento e avaliação serão realizadas pelo médico e enfermeiro em cada consulta dos usuários, e em cada consulta se indicaram os exames. Faremos revisão das fichas de atendimento odontológica dos usuários para identificar os hipertensos e diabéticos sem tratamento odontológico inicial ou sem finalizar. Será analisado nas reuniões da equipe como programar com a dentista um cronograma de atendimento aos hipertensos e diabéticos e os resultados do cadastro, além do atendimento oferecido que serão informados mensalmente para retroalimentar o SIAB.

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

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

- Garantir a solicitação dos exames complementares.

- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo para os pacientes com HAS e DM.

- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.
- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.
- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Detalhamento:** A capacitação será realizada na primeira semana da intervenção, assim, tem-se a garantia de que a equipe estará instrumentalizada para o atendimento aos Hipertensos e Diabéticos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, será responsabilidade do médico. Faremos revisão de estoques de medicamentos quinzenalmente para que não falem os medicamentos e verificar a validade dos medicamentos que estão na farmácia da UBS. Encaminhamento dos usuários a dentista de nossa equipe. Ter cadastrado os medicamentos que os usuários tomam, e o gestor deve fazer acordo com o laboratório do hospital para os exames dos usuários.

### **Eixo: Engajamento Público**

#### **Ação:**

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

**Detalhamento:** será através de ações educativas pela a equipe mediante atividades de grupos, palestras, mural educativo na própria UBS. E também buscaremos os líderes das comunidades para nos auxiliar nas atividades de educação de saúde.

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

#### **Ação:**

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

**Detalhamento:** a capacitação da equipe será feita por o medico e enfermeiro em todas as reuniões mensais, quando são feita a produção, para qual dedicaremos duas horas para a atividade.

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

#### **METAS.**

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

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

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

#### **Ação:**

#### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

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

Detalhamento: A técnica de enfermagem e secretaria irão monitorar os arquivos e ficha-espelho semanalmente para ver os faltosos as consultas.

**Eixo: Organização e Gestão do Serviço**

**Ação:**

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

**Detalhamento:** A técnica de enfermagem e secretaria orientarão nas reuniões da equipe o dia das visitas domiciliares para buscar a usuários faltosos, assim como seu atendimento.

**Eixo: Engajamento Público**

**Ação:**

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

Detalhamento: Orientar nas visitas a cada comunidades e ao usuário, através de todos da equipe, a importância de realização das consultas mediante ações educativas.

**Eixo: Qualificação da Prática Clínica**

**Ação:**

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

Detalhamento: se realizara a capacitação dos ACS nas reuniões mensais segundo o protocolo dessas doenças, sendo a responsável a enfermeira e o médico.

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

**METAS**

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

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

**Eixo: Monitoramento e avaliação**

**Ação:**

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

**Detalhamento:** Médico e enfermeiro revisarão os arquivos e as fichas mensalmente de cada usuário hipertenso e/ou diabético, nas reuniões da equipe .

**Eixo: Organização e Gestão do Serviço**

**Ação:**

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar a ficha de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

**Detalhamento:** Nossa equipe tem implantado as fichas de acompanhamento, sendo que o responsável pelo monitoramento dos registros é o médico. E o arquivo está organizado para viabilizar qualquer situação de alerta.

**Eixo: Engajamento Público**

- 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:** Médico, enfermeiro e ACS realizarão as orientações nas atividades que são feitas nas comunidades mediante as palestra e atividades dos grupos.

**Eixo: Qualificação da Prática Clínica**

**Ação:**

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

**Detalhamento:** Nas reuniões de equipe, o médico e a enfermeira, capacitarão como deve realizar o registro nas fichas do atendimento.

**Objetivo5.** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

### **METAS.**

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

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

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

#### **Ação:**

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

**Detalhamento:** O medico realizará avaliação dos riscos de cada usuário em cada consulta com exame clínico , assim como nas futuras complicações para o usuário.

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

#### **Ação:**

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

**Detalhamento:** Em nossa UBS são atendidos os usuários com alto riscos todas as semanas pelo médico.

### **Eixo: Engajamento Público**

#### **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 :**O medico e enfermeiro em cada consulta falarão da importância da alimentação saudável, fazer exercícios, assim como a periodicidade das consulta para a avaliação do risco.

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

#### **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:** O médico oferecerá capacitação aos integrantes da equipe para esclarecer e informar como estabeleceremos a classificação de risco segundo o escore de Framingham, assim como os órgãos alvos nestas doenças. Também orientará sobre a importância do registro adequado desta avaliação no prontuário dos usuários hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência, além de estabelecer os principais fatores de riscos que influem no agravamento destas doenças para tentar modificar os mesmos. A primeira capacitação será na primeira semana do projeto de intervenção.

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

**METAS:**

- 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.
- 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.
- 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.
- 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.
- 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.
- 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.
- 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.
- 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

**Eixo: Monitoramento e Avaliação**

**Ação:**

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

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos

Detalhamento: Faremos um monitoramento mensal revisando os prontuários, que será feito pelo médico, enfermeira e agentes comunitários de saúde. Na parte de saúde bucal, o monitoramento será feito pelo dentista.

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

#### **Ação:**

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e sobre a prática de atividade física.

- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas e educador físico nesta atividade.

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

- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

**Detalhamento:** O médico e enfermeiro capacitarão a todos os integrantes da equipe na primeira semana da intervenção e de quatro em quatro semanas até terminar o projeto sobre a importância das práticas de alimentação saudável nos hipertensos e diabéticos, bem como sobre a promoção da prática de atividade física. Faremos uma reunião com o gestor municipal, para envolver nutricionistas e educador físico nesta atividade e para demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo". Será responsabilidade da enfermeira.

### **Eixo: Engajamento Público**

#### **Ação:**

- Orientar hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

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

**Detalhamento:** A equipe realizaram palestras com os hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, prática de atividade física. Através de ações educativas, mediante atividades de grupos, palestras, mural informativo na própria UBS e na comunidade. Isso é responsabilidade de todos os integrantes da equipe e buscaremos também os líderes da comunidade para nos auxiliar nas atividades de educação em saúde

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

#### **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.
- 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.
- Capacitar a equipe para o tratamento de tabagistas.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

**Detalhamento:** As capacitações serão realizadas pelo médico, enfermeiro e dentista na primeira semana da intervenção, assim começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de hipertensão e diabetes para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos usuários hipertensos e diabéticos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe.

### 2.3.2 Indicadores

Objetivo1. Ampliar a Cobertura de hipertensos e diabéticos.

**Meta 1.1:** Cadastrar 100% dos hipertensos 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.

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.

**Objetivo 1.** Ampliar a Cobertura de hipertensos e diabéticos.

**Meta 1.2:** Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

Indicador 3: Proporção de hipertensos com 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.

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

Indicador 4: Proporção de diabéticos com 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.

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

Indicador 5: Proporção de hipertensos com 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.

**Meta2.4:** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 6: Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

Indicador 7: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

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

Indicador 8: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

Indicador 9: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

Indicador 10: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

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

Indicador 11: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

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

Indicador 12: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

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

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

Indicador 13: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

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

Indicador 14: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

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

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

Indicador 15: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular

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

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

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

Indicador 16: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

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

Indicador 17: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 18: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 19: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 20: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 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.

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

Indicador 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.

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

Indicador 23: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 24: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção na ação programática escolhida será adotado como base os cadernos de Atenção básica nº 36 e 37 do Ministério da Saúde, que tratam da atenção aos usuários com diabetes e hipertensão respectivamente. Será utilizada a ficha de cadastro e acompanhamento disponível no município para avaliação do tipo de hipertensão e do controle da glicemia capilar. Terão destaque durante o monitoramento, sinais significativos como: pé do diabético, cefaleia e picos hipertensivos, nos hipertensos. Sinais clínicos necessários para o monitoramento que não são contemplados pela ficha utilizada pela UBS serão anexados a partir da utilização da ficha espelho, disponibilizada pelo curso.

A enfermeira e o médico revisarão livros de registro, prontuários dos usuários acompanhados na unidade, fazendo o controle da HAS e DM ou usuários com suspeita de DM e HAS nos últimos três meses. As informações serão repassadas para a ficha espelho de acompanhamento, ao tempo em que será anotada a data da última consulta, os resultados dos últimos exames e há quanto tempo não procuram o serviço.

Os dados serão preenchidos em uma planilha eletrônica disponibilizada pelo curso para o acompanhamento mensal da intervenção. Será realizado contato com o gestor municipal para dispor material necessário para realização da atividade em questão.

A análise situacional e a necessidade de intervenção são de conhecimento da equipe, portanto a intervenção iniciará com a capacitação dos profissionais da equipe para conhecimento dos cadernos de atenção básica e das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, além de informar sobre o fluxo do serviço. Esta capacitação será realizada pelo médico e enfermeira da equipe e ocorrerá no espaço físico da UBS, durante a primeira semana de intervenção, na última hora de expediente. Será realizada uma roda de discussão após leitura dos cadernos, com disponibilidade prévia do material, para melhor compreensão e entendimento sobre o assunto.

Através de demanda espontânea ou agendada do serviço, o acolhimento será realizado pela técnica de enfermagem que fará aferição da pressão arterial e glicemia capilar. Usuários com picos hipertensivos, sinais claro de pé diabético ou

referindo sintomas clássicos de diabetes e hipertensão, terão prioridade no atendimento. Todos os usuários sairão com consulta agendada e os mesmos serão atendidos de acordo com a demanda espontânea e a agenda.

A busca dos usuários faltosos será realizada pelos agentes comunitários de saúde (ACS) após capacitação e também através de palestras realizadas pela equipe para a comunidade. Os grupos de hipertensos e diabéticos serão realizados no espaço físico próprio da UBS. Serão feitas palestras, orientações e atividades multiprofissionais com reuniões frequentes para também tirar possíveis dúvidas dos usuários e a inserção de novos membros.

A divulgação da ação programática e informação à comunidade sobre os benefícios da atuação do programa serão realizadas pela equipe e ocorrerá a partir de palestras, distribuições de folders, cartazes, visita dos ACS e durante o atendimento clínico do médico e enfermeiro.

O contato com a prefeitura será realizado em conjunto com a direção da unidade básica de saúde, para providenciar material de apoio, pessoal, transporte e meio de comunicação. Solicitaremos suporte quanto à medicação, exames laboratoriais de rotina e especializados e necessidade de realização de procedimentos específicos.

### 2.3.4 Cronograma

Atividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Capacitação dos profissionais atuantes na UBS quanto fluxo do serviço											
Capacitação dos profissionais da Equipe												
Divulgação do programa de Hipertensão e Diabetes para toda a comunidade												
Atendimento clínico aos hipertensos e diabéticos com solicitação do exame complementar												
Palestra com a comunidade												
Contato com a prefeitura para disponibilizar												



### **3 Relatório da Intervenção**

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

A primeira ação proposta no meu cronograma tratava da reunião com a gestão para viabilizar o apoio para a logística da intervenção, proposta para a primeira semana do projeto, foi cumprida parcialmente pelo fato da secretaria de saúde estar em Brasília, nos reunimos com um representante da Secretaria de Saúde e da prefeitura. Deles recebemos todo o apoio que precisamos para realizar o projeto com qualidade, desde materiais e insumos até o transporte para fazer visitas a usuários faltosos em horários extras.

A segunda atividade proposta foi a Reunião da equipe para apresentação de Projeto de intervenção e definição do papel de todos os profissionais na ação programática. Esta tarefa foi cumprida na primeira semana, onde se explicou em detalhes as funções de cada um dos integrantes da equipe, analisamos os protocolos de atuação pelos quais desenvolveríamos nosso projeto. Foi uma reunião muito positiva, pois a equipe ficou unida e muito confiante para cumprir com os objetivos e metas propostas no projeto.

A terceira atividade foi a organização da agenda compartilhada com profissional médico, enfermeiro e odontóloga. Esta atividade foi cumprida na primeira semana, quando estabeleceu a consulta de hipertensos e diabéticos na quarta feira junto com a consulta da dentista e agendamos a visita domiciliar dos faltosos á consulta de odontologia nas sexta feira de manha. O horário da consulta domiciliar pelo medico e a enfermeiro se manteve nas terças feira pela tarde.

A quarta atividade programada foi a capacitação dos profissionais atuantes na unidade básica de saúde. De início organizaríamos o fluxo de atendimento aos usuários, algo que de certa forma mudaria o modo de atendimento.

Num segundo momento capacitaríamos todos os profissionais da equipe sobre admissão, avaliação e orientações sobre hipertensão e diabetes, dentro do que lhes cabe. Durante a organização desta etapa, eu e a enfermeira, previmos que seria difícil trabalhar com diferentes pessoas e conseqüentemente diferentes níveis de conhecimento, mas a aceitação dos profissionais em participar neste projeto foi muito boa, o que ajudou o desenvolvimento desta atividade sem dificuldade. Temos que reconhecer que a união entre todos foi o fator mais importante para o êxito de nosso projeto de intervenção, a capacidade de todos os participantes aceitar as ideias foi um fato muito gratificante. Usamos o mesmo momento para capacitar os integrantes da equipe no uso dos documentos impressos e registro das ações, assim como a capacitação dos ACS na busca de casos novos e busca ativa de faltosos às consultas clínicas e odontológicas. Esta atividade foi cumprida durante as 12 semanas do projeto.

O passo seguinte, de acordo com o cronograma, foi o cadastramento de diabéticos e hipertensos moradores da área de abrangência. Esta atividade não foi cumprida 100%, pois tivemos problemas com algumas pessoas que não conseguimos cadastrar pela ausência de um dos agentes comunitários de saúde durante a maior parte do projeto. Foi muito difícil para a equipe localizar os usuários que pertencem a essa área de abrangência.

Os atendimentos clínicos dos diabéticos e hipertensos cadastrados foi realizado nas 12 semanas segundo o cronograma, com a atualização dos prontuários. Se realizou a visita domiciliar pela equipe de saúde nas terça feiras pela tarde durante as 12 semanas segundo o cronograma .

O atendimento a comunidade continuou acontecendo da mesma forma, porém, eu e a enfermeira conseguimos materiais bastante interessantes, que complementavam o atendimento e nos permitiam avaliar da melhor forma os usuários, os indicadores durante o exame físico, preenchimento de dados e prescrição de exames complementares. Importante salientar que o número de usuários que procuravam as consultas espontaneamente teve um aumento considerável, fato que permitiu uma avaliação de uma parcela maior dos usuários da área em que atuo e conseqüente diagnóstico de doenças, inclusive de diabetes e hipertensão.

O grupo de hipertensos e diabéticos, que existia antes do início da intervenção, passou a ter uma importância fundamental na divulgação do programa

na comunidade, a cada nova reunião era crescente o número de frequentadores, o conhecimento sobre a hipertensão e diabetes entre os mesmos era notável. Foi interessante saber que a divulgação boca-a-boca surtiu um efeito maior do que esperávamos. Folders e palestras que eram dadas pela enfermeira e por um agente comunitário de saúde que tem muita facilidade de expressão, sobre as doenças, tratamento, sinais e sintomas e muitas outras informações pertinentes, além de desmistificar ou apoiar conhecimentos populares e permitir um ganho para nós da equipe.

As reuniões com a equipe para monitorar e avaliar o desenvolvimento do projeto foram realizadas segundo o cronograma, solucionando situações que foram aparecendo no dia a dia.

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

A disponibilidade de material de educação em saúde para divulgação do programa foi o maior problema encontrado durante toda a minha intervenção; então tivemos que partir para outra alternativa, a única que tínhamos em mão era o grupo de hipertensos e diabético que se reunia semanalmente e a maioria deles são pessoas informadas sobre as doenças que possuem e que sinais e sintomas eles possuem, com isso tentamos qualifica-los, para que pudessem ser multiplicadores do programa.

O contato com as lideranças comunitárias para discutir a importância do acompanhamento dos hipertensos e diabéticos e solicitar apoio para a capacitação de novos casos e controle dos já diagnosticados foi impossível de cumprir, pois existe desorganização dos líderes comunitários e não conseguimos reunir os mesmos para conseguir o apoio esperado, só contatamos com líderes isolados que não cumpriram com as expectativas esperadas por nossa equipe.

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

Não encontramos muitas dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coleta de dados e cálculo dos indicadores, visto que os usuários contribuíram muito para que o nosso trabalho fosse feito de maneira uniforme.

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

Como citado acima, a maioria das ações citadas no cronograma foram incorporadas a rotina da unidade. As capacitações que ocorreram sobre o atendimento ao usuário com hipertensão e diabetes serão estendidas à outros programas que o Ministério da Saúde abrange e são atendidas pelos profissionais da atenção da básica. Essa continuidade nas capacitações se deve a necessidade de atender da melhor forma ao usuário, da avaliação dos profissionais quanto aos conhecimentos acerca de outros programas e do pedido da gerência da unidade, que percebeu a melhora no manejo da equipe com o usuário.

O grupo de hipertensos e diabéticos, que embora existisse, não recebia a atenção adequada da gerência da unidade e da equipe. Em uma reunião com os médicos e enfermeiros de todas as equipes da unidade foi debatido a criação de novos grupos, como os das gestantes, adolescentes e idosos, que representam uma parcela importante dos usuários que são atendidos na unidade. Os grupos passarão por um período de divulgação e avaliação.

A separação semanal de exames laboratoriais que não foram recolhidos pelos usuários, que agora são repassados para os ACS a fim de que sejam distribuídos e não fiquem retidos na sala de coleta, sem que os usuários saibam os resultados e não sejam consultados.

## 4 Avaliação da intervenção

### 4.1 Resultados

A UBS 2 FUNDEC, Município Prata do Piauí tem uma população total de 1326 pessoas.

De acordo com a população vinculada a equipe, segundo o Caderno de Ações Programáticas que utilizamos para registrarmos os levantamentos de dados da população atendida na UBS, para fazermos o Relatório da Análise Situacional, estimava-se que na área teríamos 266 hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área. A estimativa de 76 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área.

De acordo com a Planilha de Coleta de Dados que trabalhamos durante estas 12 Semanas de Intervenção teríamos a estimativa (segundo VIGITEL, 2011) de que 22,7% dos maiores de 20 anos da área seriam hipertensos, ou seja, teríamos 202 hipertensos e 50 diabéticos.

Ao início da intervenção, tínhamos conhecimento de que na área de abrangência havia 200 hipertensos e 50 diabéticos e trabalhamos durante toda a intervenção buscando o cadastramento e acompanhamento deste público alvo.

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

**Meta 1.1** - Cadastrar 100% dos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

De acordo com a Figura 1, pode-se observar que no primeiro mês de intervenção foram atendidos e cadastrados 69 (34,5%) usuários hipertensos, no

segundo mês cadastramos 131(65,5%) hipertensos e no terceiro mês 200 estavam cadastrados, alcançando-se uma cobertura de 100% hipertensos cadastrados dos 200 da área de abrangência da equipe.

Os Agentes Comunitários de Saúde fizeram a parte mais difícil do projeto que foi a busca ativa dos diabéticos e hipertensos na sua área de abrangência, devido ao trabalho deles todos os usuários consultaram e atingimos a meta de 100%.

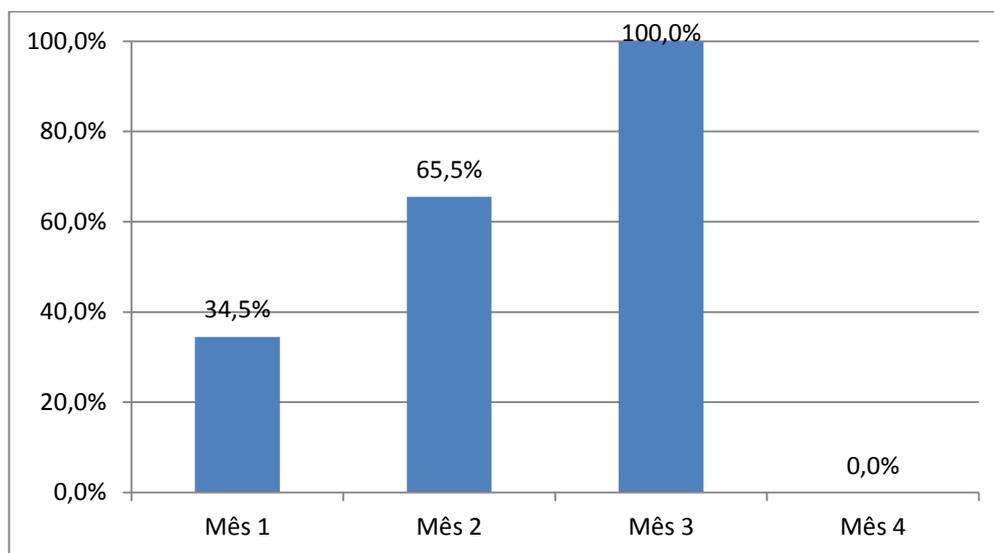


Figura 1 - Cobertura do programa de atenção aos usuários com HAS no FUNDEC, Prata do Piauí, Piauí.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

**Meta 1.2** : Cadastrar 100% dos usuários diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Estimávamos cadastrar 50 usuários diabéticos e, de acordo com a Figura 2, no primeiro mês foram cadastrados 21 (42%) , no segundo mês foram cadastrados 48 (96%) e no terceiro mês 50 diabéticos estavam cadastrados na nossa área de abrangência, correspondendo a uma cobertura de 100%..

No início da intervenção, devido ao não conhecimento e a falta de hábito dos usuários em procurarem o serviço de saúde de atenção primária com assiduidade,

refletiu na baixa frequência de usuários cadastrados com diabetes mellitus, no segundo mês, após campanhas de divulgação e mudanças no atendimento aos usuários, o número cresceu, onde conseguimos chegar à meta de cobertura, 100%. O número de usuários cadastrados foi muito melhor do esperado devido a presença de mecanismos de busca, no início da intervenção, e logo após o principal fator de influência foi a presença de articulação com os gestores municipais.

Para melhorar a cobertura dos usuários DM cadastrados na unidade, esforços conjuntos de toda a equipe da unidade e dos gestores municipais foram intensificados. Durante os três meses foram captados usuários antes e durante a intervenção.

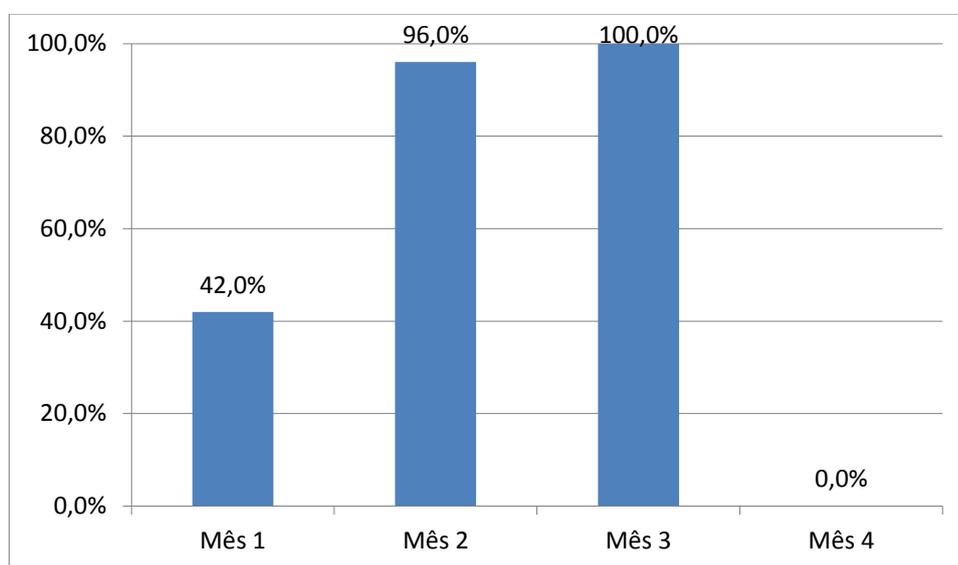


Figura 2 - Cobertura do programa de atenção ao usuário com Diabetes Mellitus no FUNDEC Prata do Piauí, Piauí.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

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

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

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

Em relação ao objetivo, melhorar a qualidade da atenção dos usuários com HAS a meta era realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com HAS. Ao final da intervenção realizaram-se exame clínico nos 200 usuários com HAS, sendo 69(100%) no primeiro mês, 131(100%) no segundo, 200(100%) no terceiro mês. As ações desenvolvidas diretamente com a secretaria de saúde e a realização

de exames na unidade permitiram a cobertura total dos exames clínicos dos usuários com HAS.

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

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

Em relação ao objetivo, melhorar a qualidade da atenção dos usuários com DM a meta era realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com DM; foram 50 usuários com DM atendidos, atingindo 100% da meta durante os três meses, sendo 21(100%) no primeiro mês, 48(100%) no segundo, 50(100%) no terceiro mês. As ações desenvolvidas diretamente com a secretaria de saúde e a realização de exames na unidade permitiram a cobertura total dos exames clínicos dos usuários com DM.

**Meta 2.3:** Garantir 100% dos hipertensos a realização de exame complementares um dia de acordo com protocolo

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

Com o objetivo, melhorar a qualidade da atenção dos usuários com HAS a meta era garantir a 100% dos usuários com realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Ao final da intervenção conseguimos cumprir com 100% dos usuários com exames complementares em dia devido a ajuda dos gestores em providenciar transporte para os usuários realizarem os exames. Conseguimos que no primeiro mês 61 usuários tivessem com exames em dia de acordo com o protocolo para 88,4%, 123 (93,9,9%) no segundo, 200(100%) no terceiro mês.

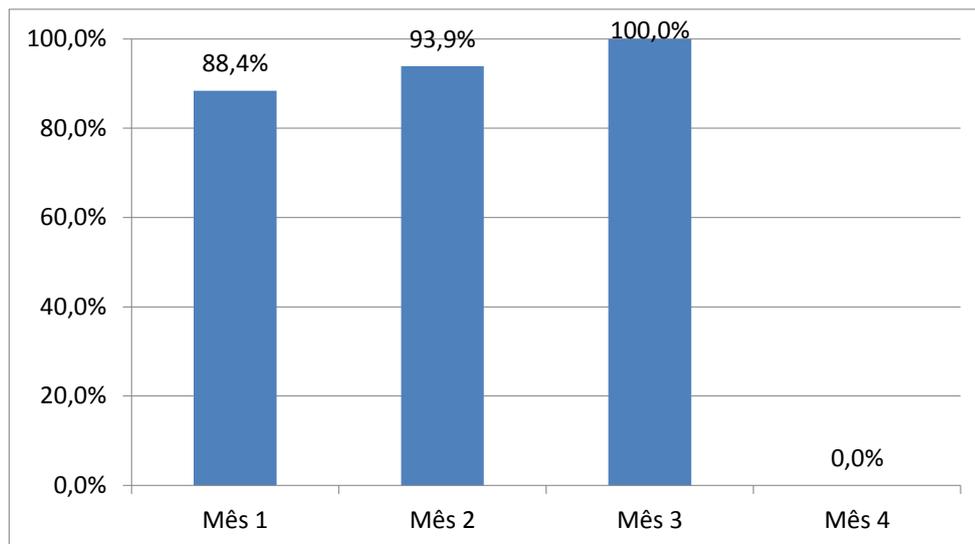


Figura 3 Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

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

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

Com o objetivo, de melhorar a qualidade da atenção dos usuários com DM a meta era garantir a 100% dos usuários com realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Ao final da intervenção conseguimos cumprir com 100% dos usuários com exames complementares em dia devido a ajuda dos gestores em providenciar transporte para os usuários realizarem os exames. Atingimos 19 (90,5%) no primeiro mês, 45 (93,8%) no segundo, 50 (100%) no terceiro mês.

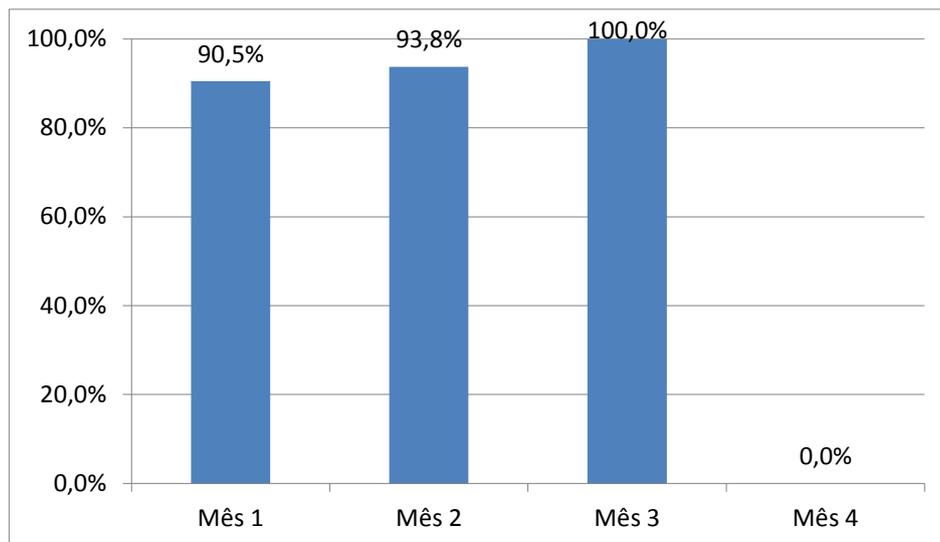


Figura 4 Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

**Meta 2.5 e 2.6.** Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos usuários hipertensos e diabéticos

**Indicador:** Proporção de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia .

Quanto ao objetivo, melhorar a proporção de HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, a meta era atingir 100%. Ao fim da intervenção dos 200 usuários com HAS tinham prescrição destes medicamentos: 69(100%) no primeiro mês, 131(100%) no segundo e 200(100%) no terceiro mês. Para os usuários diabéticos, 21(100%) no primeiro mês, 48(100%) no segundo, 50(100%) no terceiro mês. O protocolo permite que as medicações sejam prescritas e a conscientização dos usuários da necessidade do uso da medicação conforme prescrito. No início, os usuários na sua maioria não consumiam os medicamentos oferecidos pela farmácia Popular, situação que foi mudando no avanço do projeto, pela conscientização e informações repassadas para os usuários.

**Meta 2.7 e 2.8.** Realizar avaliação da necessidades de atendimento odontológico a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

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

Em relação ao objetivo melhorar a proporção de HAS e DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, a meta era atingir 100% dos usuários atendidos. No fim da intervenção os 200 usuários com HAS foram avaliados: 69(100%) no primeiro mês, 128(97,7%) no segundo, 200(100%) no terceiro mês. Em relação aos DM atendidos, atingimos 100% da meta durante os três meses, 21(100%) no primeiro mês, 48(100%) no segundo, e 50(100%) no terceiro mês. Todos os usuários haviam sido avaliados pela equipe e atendidos pelo dentista da unidade. A integração multiprofissional entre a equipe permitiu a avaliação odontológica total dos usuários da unidade. O dentista após o diagnóstico e cadastro, recebe a ficha do usuário para avaliação.

**Objetivo 3** : Melhorar a adesão do programa aos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus

**Meta 3.1.** Fazer busca ativas de 100% dos usuários hipertensos faltosos a consulta

**Indicador:** Proporção de usuários hipertensos faltosos a consultas

Quanto ao objetivo melhorar a adesão dos HAS e DM ao programa, a meta era buscar 100% dos HAS faltosos as consultas, podemos mencionar que nos tres meses da intervenção tivemos apenas 1 usuário faltoso, o qual foi realizado busca ativa (100%). Essa frequência se deve a conscientização dos usuários quanto à presença nas consultas e a avaliação periodicidade da consulta de acordo com a necessidade do usuário e o bom trabalho dos ACS

**Meta 3.2.** Fazer busca ativas de 100% dos pacientes diabeticos faltosos a consulta

**Indicador:** Proporção de usuários diabeticos faltosos a consulta

Em relação aos usuários diabeticos faltosos a consulta tivemos apenas um usuário faltoso, que foi buscado por pesquisa ativa, representando 100%, devido ao bom desenvolvimento de nossos ACS, que tiveram um papel fundamental em nosso projeto.

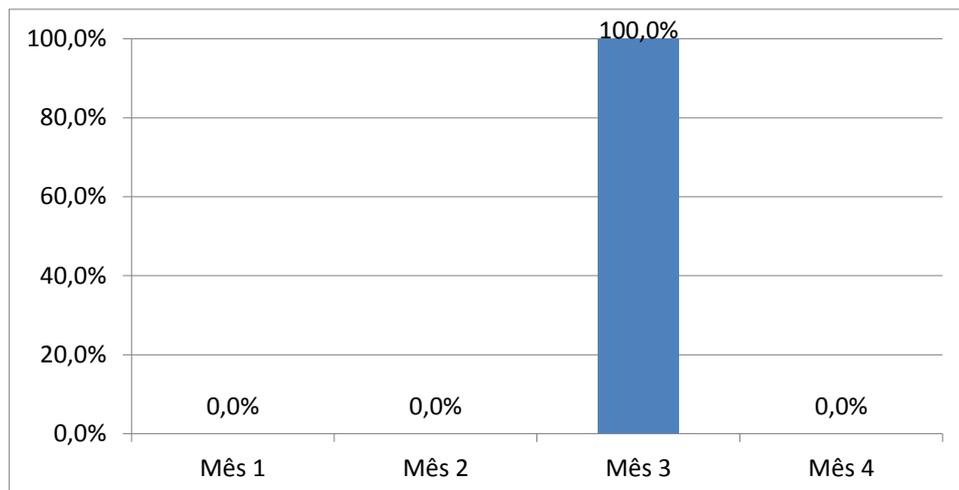


Figura 5: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativas na UBS 2 FUNDEC, Prata do Piauí, Piauí

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

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

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

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

O objetivo proporção de HAS com registro adequado na ficha de acompanhamento a meta a ser atingida era de 100%. No final da intervenção os 200 usuários com HAS tiveram registro adequado, onde: 69 (100%) no primeiro mês, 131(100%) no segundo, e 200 (100%) no terceiro. Isso ocorreu devido a boa conduta dos profissionais, que foram capacitados e registraram adequadamente na ficha de acompanhamento.

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

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

Em relação aos usuários com DM, conseguimos atingir 100% da meta durante os três meses, onde 21 usuários foram acompanhados (100%) no primeiro mês, 48(100%) no segundo, 50(100%) no terceiro. O êxito nessa tarefa se deve principalmente às reuniões e oficinas que ocorriam com a equipe, ensinando o

correto preenchimento da ficha e a forma de abordagem do usuário, além do empenho de todos que participaram diretamente das ações.

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

**Meta 5.1 e 5.2.** Realizar avaliação de risco em 100% dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no programa

**Indicador:** Proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clinica em dia.

Em relação ao objetivo mapear HAS e DM de risco para doença cardiovascular, a meta era realizar estratificação de risco cardiovascular em 100% dos HAS e DM. Ao término da intervenção 200 usuários com HAS foram cadastrados: 69(100%) no primeiro mês, 131(100%) no segundo, 200(100%) no terceiro mês. Em relação aos DM 21(100%) usuários foram cadastrados no primeiro mês, 48(100%) no segundo, 50(100%) no terceiro mês. Nesta ação, os usuários eram avaliados quanto ao risco de doença cardiovascular na primeira consulta e quando os exames eram entregues, utilizou-se o escore de Framingham para pontuar o risco cardiovascular, esse resultado era anexado na ficha de acompanhamento do usuário, além de permitir a tomada de ações com maior eficácia.

**Objetivo 6** . Promover a saúde dos usuários hipertensos e diabeticos

**Meta 6.1 e 6.2:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

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

Quanto ao objetivo promover a saúde dos HAS e DM, a meta era garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável para 100% dos usuários. Ao término da intervenção, 200 usuários com HAS tiveram esta orientação: 69(100%) no primeiro mês, 131(100%) no segundo, 200(100%) no terceiro mês. Em relação aos DM atendidos 21(100%) tiveram orientação no primeiro mês, 48(100%) no segundo, 50(100%) no terceiro mês. O tratamento não farmacológico teve evidência durante toda a intervenção, em cada consulta eram realizadas orientações por mim

e pela enfermeira quanto à alimentação saudável, além do auxílio direto da equipe do NASF, com nutricionistas, educadores físicos, durante os encontros com o grupo de HAS, permitindo uma melhor orientação aos usuários.

**Meta 6.3 e 6.4.** Garantir orientação em relação a prática de atividade física a 100% dos hipertensos e diabéticos.

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

Ainda em relação à promoção da saúde destes usuários, a meta era garantir orientação sobre prática regular de atividade física para 100% dos usuários. Sendo assim, 69(100%) usuários tiveram esta orientação no primeiro mês, 131(100%) no segundo, 200(100%) no terceiro mês. Para os usuários DM 21(100%) foram orientados no primeiro mês, 48(100%) no segundo, 50(100%) no terceiro mês. Para o alcance deste objetivo o NASF também teve uma importância relevante, com informações do educador físico e dos outros profissionais da equipe durante as reuniões do grupo, além de informações do médico e enfermeiro da equipe durante as consultas realizadas.

**Meta 6.5 e 6.6:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

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

Para melhorar a qualidade de vida dos usuários, um dos objetivos era garantir orientação sobre os riscos do tabagismo para 100% dos usuários. Para os hipertensos no primeiro mês de intervenção 69 (100%) usuários foram orientados, 131 (100%) no segundo, 200 (100%) no terceiro mês. Já para os diabéticos 21 (100%) foram orientados no primeiro mês, 48 (100%) no segundo, 50 (100%) no terceiro mês. Durante as consultas, o risco do uso do cigarro era evidenciado para os usuários, além de ser um tema recorrente durante as rodas de conversa do grupo. Os profissionais do NASF, como educador físico, fisioterapeuta e nutricionista sempre que estavam presente faziam suas considerações sobre o tema, além do dentista da equipe promover educação em saúde, sendo este tema também recorrente.

**Meta 6.7 e 6.8:** Garantir orientação sobre a higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

**Indicador:** Proporção de hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Para promover a saúde destes usuários, uma das metas era garantir orientação sobre saúde bucal para 100% dos usuários. Para os hipertensos no primeiro mês de intervenção 69(100%) usuários foram orientados, 130(99,2%) no segundo, 200(100%) no terceiro mês. Já para os diabéticos, 21(100%) foram orientados no primeiro mês, 47(97,9%) no segundo, 50(100%) no terceiro mês. Como supracitado, os usuários eram avaliados pelo médico e enfermeiro e posteriormente encaminhados, para serem avaliados e atendidos de acordo com sua necessidade, evidenciando orientações sobre a melhora da qualidade oral do usuário.

## 4.2 Discussão

Na minha unidade, a intervenção apresentou resultados com saldos positivos, o primeiro deles foi o grupo de hipertensos e diabéticos, a melhor forma de divulgação das doenças e os problemas acarretados pelas mesmas, propiciou a ampliação da cobertura da atenção dos usuários hipertensos e diabéticos, com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos e para classificação de riscos de ambos grupos. Foi uma grata surpresa. As reuniões que acontecem semanalmente permitia um convívio próximo aos usuários e avaliação direta da qualidade de vida permitindo avaliar, além do consultório, as necessidades específicas que cada usuário requeria. A intervenção também melhorou e qualificou os serviços prestados pela equipe.

A avaliação dos usuários em cada consulta se tornou mais detalhada, exames complementares que antes não faziam parte da lista de exames solicitados foram acrescentados, as técnicas da sala de coleta passaram a realizar uma atividade bastante proveitosa, a separação de exames que os usuários não buscavam em tempo hábil. As técnicas faziam uma lista com os nomes dos

usuários que haviam feito os exames e havia sido entregue os resultados e repassavam para os ACS para permitirem uma rápida entrega e consequente avaliação durante a consulta comigo ou com a enfermeira.

Outro ponto importante se refere à conscientização da equipe e do coordenador da unidade sobre as reuniões e oficinas realizadas, pois um dos maiores desafios para os profissionais da Atenção Básica é manterem-se adequadamente atualizados, considerando a quantidade cada vez maior de informações disponíveis, e consequentes mudanças na rotina do atendimento. Nesse sentido, as capacitações seguindo as recomendações do Ministério da Saúde foram fundamentais para o nosso conhecimento.

As reuniões e oficinas permitiram a disseminação e o conhecimento sobre as doenças, os problemas acarretados pelo convívio com os sinais e sintomas sem o tratamento adequado além da importância da mudança da rotina dos profissionais, desde os que trabalham na marcação de consulta até os que realizam assistência direta, baseado em protocolos e publicações do Ministério da Saúde.

O serviço passou a ser mais organizado, o conhecimento de toda a equipe permitiu um adequado atendimento aos usuários com HAS e DM. Todos os usuários passaram a ter a ficha de acompanhamento preenchida da forma correta, com os dados necessários para a avaliação dos profissionais, a realização da estratificação de risco por mim e pela enfermeira permitiu a tomada de decisão em tempo hábil em alguns casos com o auxílio direto do NASF.

Uma grande dificuldade durante toda a intervenção, que foi sanada, foi à resposta dos gestores para situações que apenas os mesmos poderiam contornar. Embora não tenha acarretado perdas para a intervenção, situações como a demora na entrega de material de divulgação sobre HAS e DM e a dificuldade em disponibilizar o transporte dos usuários para o hospital de referência para a realização de exames complementares poderiam ter acarretado uma mudança nos resultados da intervenção.

Durante toda a intervenção, o maior beneficiário de todas as mudanças que ocorreram foi à comunidade, pontos específicos podem ser citados como a melhoria na qualidade do atendimento desde a marcação da consulta; o preenchimento correto da ficha de cadastro e acompanhamento; a divulgação em massa sobre hipertensão e diabetes, através do uso de meio de comunicação e distribuição de panfletos e a o grupo de hipertensos e diabéticos, que permitiu o conhecimento

maior sobre as doenças, informação sobre tratamento correto e a inserção do NASF de forma totalmente atuante na comunidade.

A principal mudança na minha intervenção se fosse realiza-la neste momento, seria uma menor participação dos gestores. Programaria toda a intervenção e as ações para que utilizasse do governo o menor número de recursos possíveis.

O serviço conseguiu absorver à rotina, todas as mudanças propostas durante a intervenção, algumas demoraram um pouco mais para serem integradas, como os exames repassados pelas técnicas aos ACS para que não acumulassem na sala de coleta, embora com o passar do tempo, os profissionais puderam observar na prática no efeito positivo da ação.

Eu não tive dificuldades para o preenchimento das planilhas e sobre a coleta dos dados, porque toda a equipe aprendeu a utilizar as fichas espelhos, as quais ajudaram muito na coleta de dados.

Em reunião com toda a equipe e com o coordenador da unidade, decidimos expandir as ações para os programas que são primordialmente atendidos na atenção básica, como por exemplo, a puericultura e o pré-natal, que terão uma atenção maior após essas mudanças vistas com a intervenção. As consultas serão agendadas com um espaço de tempo adequado, será inserido a ideia dos grupos e o constante auxílio do NASF.

## 5 Relatório da intervenção para gestores

Caros gestores,

Este relatório apresenta aos gestores os resultados da intervenção realizada durante 12 semanas pela equipe 02 da UBS , FUNDEC, guiada pelo médico Hector Pacual Labrada Reyes como parte integrante do Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em Saúde da Família, da Universidade Federal de Pelotas, UNASUS-UFPEL.

Inicialmente queria agradecer o apoio e a estrutura oferecida para a realização da intervenção que se dedicou a aprimorar a atenção de usuários com doenças como são a Hipertensão Arterial e Diabetes .

Com o objetivo de aumentar a cobertura e adesão ao tratamento de usuários HAS de 75% a 100% da área de abrangência da unidade de saúde, conseguimos cadastrar 200 usuários (100%) com HAS e de 62% para 100% de usuários com DM. Assim cadastramos 50 usuários (100%), diagnosticados e residentes na área de abrangência da UBS durante os meses de fevereiro, março e abril de 2015. Felizmente tivemos resultados satisfatórios, onde conseguimos melhorar a cobertura destas ações prioritárias. Com a contribuição direta dos gestores, em vários âmbitos, desde a direção da unidade, a coordenação da Atenção Básica e o Secretária Municipal de Saúde, as metas estipuladas puderam ser atingidas quase que em sua totalidade, facilitando a entrada do usuário e o seu diagnóstico, parceria que se continuada pode render frutos proveitosos para inúmeros programas do Ministério da Saúde.

Para melhorar a qualidade da atenção dos usuários com HAS e DM a meta era realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários. Ao final da intervenção realizaram-se exame clínico nos 200 usuários com HAS, sendo 69(100%) no primeiro mês, 131 (100%) no segundo, 200(100%) no terceiro. Foram 50 usuários com DM atendidos, atingindo 100% das metas, sendo 21 (100%) no primeiro mês, 48 (100%) no segundo, 50 (100%). As ações foram desenvolvidas diretamente com a secretaria de saúde e os exames foram realizados na unidade, o que permitiu cobertura total dos exames clínicos dos usuários com HAS e DM.

Tínhamos também como objetivo melhorar a qualidade da atenção dos usuários com HAS e/ou DM, a meta era garantir a 100% dos usuários a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Ao final da intervenção realizaram-se exames complementares em 200 usuários com HAS (100%) no terceiro mês. Foram 50 usuários com DM atendidos, atingindo 100% da meta durante os tres meses. A realização em sua totalidade dos exames complementares foi possível através de ações conjuntas com a secretaria de saúde do município, que autorizou transporte aos usuários para o hospital de referência do município, embora com dificuldades, os exames não atrasaram a entrega.

O atendimento aos usuários com HAS e DM, atendeu às diretrizes recomendadas pelo protocolo do MS, seguindo o fluxo de atendimento, solicitação de exames, prescrição de medicações da farmácia popular, orientações sobre alimentação saudável, cuidados pessoais e outras orientações sobre o tratamento não farmacológico. O apoio do NASF municipal teve essencial importância, com palestras proferidas pela nutricionista e educador físico.

A intervenção permitiu conhecer um número maior de usuários com estas patologias, iniciar o tratamento precocemente, além de ajudar a iniciar discussões que auxiliam na atenção de outras doenças e programas que o MS oferta. A saúde da comunidade teve um ganho com a implementação destas ações, com isso os indicadores de qualidade podem ser avaliados de melhor forma e com ganho substancial para o município, e conseqüentemente para a gestão.

Pelo saldo positivo e pela melhora perceptível no serviço, ações que foram listadas pela intervenção serão incorporadas à rotina dos serviços. Todos os usuários continuarão com a marcação de consulta agendada, retorno logo após a consulta avaliada de acordo com a necessidade e todas as outras mudanças inseridas, que trouxeram benefício para os usuários.

Dar continuidade das ações e melhorar as metas de cobertura e qualidade, além de responsabilidade da equipe da UBS, é também responsabilidade da gestão local. Com o auxílio direto de recursos materiais, capacitação constante dos profissionais da UBS e permitir o uso de transportes do município para o traslado de usuários para o hospital de referência, possibilitarão a melhoria da qualidade da assistência prestada e melhor avaliação da gestão.

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

Caros usuários da UBS Este documento apresenta à comunidade os resultados da intervenção realizada pela equipe 02 da UBS FUNDEC, guiada pelo médico Hector P Labrada Reyes como parte integrante do Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em Saúde da Família, da Universidade Federal de Pelotas, UNASUS-UFPEL.

Primeramente queria agradecer a todos os líderes das comunidades pela ajuda prestada, durante o desenvolvimento da intervenção, pois sem vocês não seria possível alcançar os bons resultados. Agradecemos pela contribuição com a assistência dos usuários as consultas, pela divulgação de nossa intervenção aos usuários de suas comunidades.

Com o objetivo de aumentar a cobertura e adesão ao tratamento de usuários HAS de um 75% para 100% e de usuários diabéticos de 62% para 100% da área de abrangência da unidade de saúde, esta intervenção foi realizada durante três meses, fevereiro, março e abril, onde 200 (100%) HAS e 50(100%) DM diagnosticados e residentes na área em que a equipe atua foram cadastrados e acompanhados quanto a inúmeros itens, para avaliar a qualidade do atendimento e assistência prestados.

Felizmente tivemos resultados satisfatórios, onde conseguimos melhorar a cobertura destas ações prioritárias. Com a contribuição direta dos gestores, as metas estipuladas puderam ser atingidas quase que em sua totalidade, facilitando a entrada do usuário e o seu diagnóstico, parceria que se continuada pode render frutos proveitosos para inúmeros programas do Ministério da Saúde.

Em relação ao objetivo, melhorar a qualidade da atenção dos usuários com HAS e DM a meta era realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com HAS e diabetes. Ao final da intervenção realizaram-se exame clínico nos 200 usuários com HAS. Foram 50 usuários com DM atendidos, atingindo 100% da meta

durante os 3 meses. As ações desenvolvidas diretamente com a secretaria de saúde e a realização de exames na unidade permitiram a cobertura total dos exames clínicos dos usuários com HAS e DM.

Com o objetivo, melhorar a qualidade da atenção dos usuários com HAS e/ou DM a meta era garantir a 100% dos usuários com hipertensão e diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Ao final da intervenção realizaram-se exames complementares em 200 usuários com HAS e 50 usuários com DM atendidos, atingindo 100% da meta durante os 3 meses. A realização em sua totalidade dos exames complementares foi possível através de ações conjuntas com a secretaria de saúde do município, que autorizou transporte aos usuários para o hospital de referência do município, embora com dificuldades, os exames não atrasaram a entrega.

Todas as pessoas com HAS e DM passaram por consultas com o médico e enfermeira da equipe, tiveram exames solicitados, medicação prescrita, orientações sobre alimentação, cuidados pessoais, prática de exercícios físicos, com a equipe e apoio do NASF, como fisioterapeuta, nutricionista e psicóloga.

Essa avaliação permitiu conhecer um número maior de usuários com estas patologias, iniciar o tratamento, orientações e cuidados específicos, além de ajudar a iniciar discussões que auxiliam na atenção de outras doenças e programas que o Ministério da Saúde oferta. À comunidade, o principal ganho foi a organização do serviço que os atende, passando a ter maior controle dos usuários em tratamento, quais medicações estão sendo usadas, além da inserção dos profissionais do NASF, de forma bastante atuante.

O grupo de HAS e DM foi um dos grandes ganhos da intervenção, a presença de uma parte importante dos usuários, a participação constante e avaliação positiva dos mesmos sobre o grupo permitiu a continuidade dos grupos, com apoio do diretor da unidade e a criação de outros grupos, como os de gestantes.

Pelo saldo positivo e pela melhora perceptível no serviço, ações que foram listadas pela intervenção serão incorporadas ao serviço. Todos os usuários continuarão com a marcação de consulta agendada, a retorno logo após a consulta, avaliada de acordo com a necessidade, e todas as outras mudanças inseridas, que trouxeram benefício para os usuários.

A organização e continuidade da qualidade do serviço também é de responsabilidade da comunidade, portanto, buscar compreender a situação em que o serviço se encontra, buscar atualizar cartões de acompanhamento, buscar realizar exames prescritos e conseqüentemente os resultados dos mesmos.

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

Com a realização do Projeto de Intervenção em nossa área de abrangência, descobrimos em primeiro lugar a capacidade e responsabilidade que tem todos os integrantes da equipe para oferecer uma melhor atenção à população. Conseguimos cadastrar 100 % dos usuários hipertensos e 100 % dos usuários diabéticos, além disso, conseguimos ter domínio dos protocolos de atuação de ambas as doenças que são muito comuns na nossa comunidade e que de não ser atendida adequadamente provoca complicações que podem levar à morte num breve período de tempo. É de vital importância o relacionamento das Equipes de Saúde com os Gestores Municipais, pois dependemos de recursos e meios que são disponibilizados pelos gestores, e que podem ajudar a enriquecer a realização de nosso trabalho em dependência da atitude tomada pela gestão, também foi satisfatório o fato da equipe superar todas as limitações e continuar com a busca ativa de casos novos tanto de hipertensos quanto de diabéticos. Ficamos motivados para aplicar nossa experiência na atenção pré-natal e puericultura. A maior experiência para nossa equipe foi que a qualidade da atenção que se oferece à população depende do acolhimento ao usuário e do planejamento das mesmas nas reuniões da equipe.

Minhas expectativas no início foi muito difícil sobretudo pelo idioma que com o tempo foi melhorando, além da preocupação, já que nunca havia feito um curso a distância. Dentro de minhas expectativas estava obter a qualificação profissional e a obtenção do título de especialista de saúde de a família.

A concepção do curso de especialização a distância avalio que foi de muita utilidade, constituiu uma experiência para conhecer novos colegas, interagir com eles, esclarecer dúvidas, facilidade na troca de ideais, experiência e métodos de trabalhos no contexto de saúde de família diferente a nosso. A disponibilidade de um

Projeto Pedagógico e guia de especializando foi ótima porque nos permitiu conhecer cronologicamente o curso, além de facilitar a guia para elaborar nosso TCC. Proporcionou com estudos de pratica uma melhora em conhecimentos das diferentes doenças assim como seu tratamento elevando nosso nível científico.

### **Referências**

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

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

## **Anexos**

## Anexo A - Documento do comitê de ética



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

---

OF. 15/12  
Pelotas, 08 de março 2012.

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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





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

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

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

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

---

Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador: