

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma nº8**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção à Pessoa com Hipertensão e/ou Diabetes na UBS  
Vila Kolping, Batalha/PI**

**Orlando Perez Rodriguez**

**Pelotas, 2015**

**Orlando Perez Rodriguez**

**Melhoria da Atenção à Pessoa com Hipertensão e/ou Diabetes na UBS  
Vila Kolping, Batalha/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: Ivone Andreatta Menegolla  
Andressa de Andrade

Pelotas, 2015

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

R696m Rodriguez, Orlando Perez

Melhoria da Atenção à Pessoa com Hipertensão e/ou Diabetes na UBS Vila Kolping, Batalha/PI / Orlando Perez Rodriguez; Ivone Andreatta Menegolla, orientador(a); Andressa de Andrade, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

80 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. Menegolla, Ivone Andreatta, orient. II. Andrade, Andressa de, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

## Dedicatória

Dedico este trabalho a minha filha que tanto amo e é por ela que estou fazendo todo esse trabalho para que sinta muito orgulho de seu pai, meu pai pela ajuda para eu ter me formado e me incentivado a estudar e a me formar como médico, a meu país por seu sistema que deu para mim todas as condições para que eu estudasse e me formar em medicina e poder ajudar a outros povos, a minha equipe de saúde que colaborou neste projeto de intervenção, sem sua ajuda não seria possível a realização do mesmo. Dedico também ao gestor municipal e sua equipe pela colaboração, assim como a comunidade Vila Kolping por sua participação.

## **Agradecimentos**

Agradeço a Deus por ter me dado o dom da vida e por me proporcionar as oportunidades de conhecer outros países e culturas;

Aos meus orientadores principalmente a Ivone Andreatta Menegolla por ter me ajudado;

A prefeitura de Batalha/PI;

A secretaria Municipal de saúde pela contribuição;

A minha equipe de saúde por ajudar na construção desse trabalho;

Ao convênio de saúde Cuba-Brasil através do programa Mais Médicos, pela oportunidade de conhecer novas culturas, costumes desse belo país e poder ajudar as pessoas mais necessitadas e melhorar seu estado de saúde.

Agradeço também a todos meus amigos que me apoiam diariamente para que eu me sinta melhor neste período que estou longe da minha família e de meu país.

## Resumo

RODRIGUEZ, ORLANDO PEREZ. **Melhoria da Atenção à Pessoa com Hipertensão e/ou Diabetes na UBS Vila Kolping, Batalha/PI.** 2015. 80f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano 2015.

A hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares e quando é acompanhada pela Diabetes Mellitus (DM), tende a trazer complicações aos indivíduos nestas condições. A carga de doença representada pela morbimortalidade devido à essa enfermidade é muito alta e por isso a HAS é considerada um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. A DM configura-se como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. Com o objetivo de melhorar a atenção a saúde dos usuários hipertensos e diabéticos, realizou-se uma intervenção na Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Kolping, no município Batalha PI, durante 16 semanas. Para isso foram coordenadas ações nos quatro eixos temáticos do curso sendo eles, monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Foram utilizados prontuários, fichas espelhos e planilha eletrônica de coleta de dados, além do Manual de Hipertensão e Diabetes do Ministério da Saúde. Os resultados evidenciaram que 379 usuários hipertensos foram cadastrados, o que representa 58,1% e 100 usuários diabéticos. O que corresponde a 62,1%; realizamos exame clínico apropriado em 99,7% dos hipertensos e em 99% dos diabéticos; além disso 99,5% dos hipertensos e o 99% dos diabéticos tiveram ficha de acompanhamento atualizada e foi realizada busca ativa a 100% dos hipertensos e diabéticos. Evidenciamos ainda que 96,8% dos hipertensos e 94% dos diabéticos estão com estratificação do risco cardiovascular em dia, e 100% dos hipertensos e diabéticos receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre a importância de prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e sobre a importância de uma correta higiene bucal. A intervenção demonstrou resultados satisfatórios em relação à melhoria na qualidade do atendimento dos hipertensos e diabéticos e organizou-se melhor o trabalho. Foi possível uma atualização constante dos registros, melhorou-se o acolhimento dos usuários alvo e as atividades foram implementadas na rotina de trabalho do serviço.

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

## Lista de Figuras

Figura 1 Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade básica de saúde Vila Kolping. Batalha. Piauí, 2014 - 2015.	48
Figura 2 Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade básica de saúde Vila Kolping. Batalha. Piauí, 2014 - 2015.	49
Figura 3 Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade básica de saúde Vila Kolping. Batalha. Piauí, 2014 - 2015.	52
Figura 4 Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade básica de saúde Vila Kolping. Batalha. Piauí, 2014 - 2015.	53
Figura 5 Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada na unidade básica de saúde Vila Kolping. Batalha. Piauí, 2014 - 2015.	54
Figura 6 Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada na unidade básica de saúde Vila Kolping. Batalha. Piauí, 2014 - 2015.	54
Figura 7 Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na unidade básica de saúde Vila Kolping. Batalha. Piauí, 2014 - 2015.	56
Figura 8 Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na unidade básica de saúde Vila Kolping. Batalha. Piauí, 2014 - 2015.	57
Figura 9 Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na unidade básica de saúde Vila Kolping. Batalha. Piauí, 2014 - 2015.	58
Figura 10 Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na unidade básica de saúde Vila Kolping. Batalha. Piauí, 2014 - 2015.	59

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

ACS	Agentes Comunitárias de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DM	Diabetes Mellitus
EAD	Educação a Distância
ESF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão artéria sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e acompanhamento de Diabéticos e Hipertensos
IBGE	Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PI	Piauí
SIAB	Sistema de Atenção Básica
SISREG	Sistema de Regulação
SISVAN	Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEl	Universidade Federal de Pelotas
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso



## Sumário

Apresentação .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
1 Análise Situacional .....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	23
2 Análise Estratégica .....	25
2.1 Justificativa .....	25
2.2 Objetivos e metas .....	26
2.2.1 Objetivo geral .....	26
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	26
2.3 Metodologia .....	28
2.3.1 Detalhamento das ações.....	29
2.3.2 Indicadores .....	32
2.3.3 Logística .....	32
2.3.4 Cronograma.....	41
3 Relatório da Intervenção.....	42
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	44
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	44
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
4 Avaliação da intervenção.....	46
4.1 Resultados.....	46
4.2 Discussão .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
5 Relatório da intervenção para gestores .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
Referências .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>

Apêndices.....**Erro! Indicador não definido.**

Anexos **Erro! Indicador não definido.**

## Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de Especialização em Saúde da Família, Ensino à Distância (EaD), da Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas.

O trabalho foi constituído por uma intervenção em campo. O volume está organizado em sete unidades de trabalho, construídas de maneira independente entre si, mas sequenciais e interligadas. Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso com o reflexo da situação de saúde da atenção primária e estratégia de saúde da família no município, das principais dificuldades que apresenta o serviço e a relação entre eles.

Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2.

A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 16 semanas (durante a unidade 3 do curso) que oferece os principais aspectos que implantados para as ações propostas.

Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção que descreve a análise qualitativa e quantitativa dos resultados obtidos com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4, bem como a discussão dos mesmos.

Na quinta e sexta parte encontram-se os relatórios da intervenção para gestores e comunidade, respectivamente.

E, na última parte, a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso. Finalizando o volume, estão os anexos utilizados durante a realização deste trabalho.

O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês julho de 2014, quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de setembro de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

## **1 Análise Situacional**

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

A Unidade Básica de Saúde onde atuo chama-se Vila Kolping localizada em um bairro da cidade de mesmo nome, pertencente ao município de Batalha/PI. O município de Batalha tem uma população de 29800 habitantes segundo dados do Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (IBGE, 2010).

Atendemos 4285 pessoas cadastradas em nossa área, as quais estão distribuídas em 843 famílias, com a seguinte descrição: 38 famílias, o que representa 179 habitantes, residem na zona rural e 805 famílias o que corresponde a 4106 habitantes vivem na zona urbana. Na cidade contamos com uma igreja, pousadas e quadra de jogos.

A unidade de saúde está em reforma há 4 meses, (90% da obra já foi executada, porém agora a construção está parada por falta de orçamento), antes da reforma a UBS possuía uma marquise de espera, uma sala que funcionava como recepção, uma farmácia, sala de vacina, (SAME), uma mesma sala consultório de médico e de enfermagem muito pequena, com uma mesa, duas cadeiras, uma maca, um armário, uma pia, ventilador e ar condicionado. Contamos com um sanitário geral, nem sempre com água para manter a higiene. Segundo os planos do arquiteto após a reforma a estrutura física contará com recepção, sala de curativos, sala de vacina, almoxarifado, consultório médico, consultório de enfermagem, consultório odontológico, três sanitários (um para funcionários e dois destinados aos usuários) e também uma cantina. Por esta razão atualmente a UBS está funcionando em um clube da terceira idade, um galpão que funciona com recepção, farmácia, sala de vacina e SAME, com pouca ventilação e precária iluminação; uma pequena sala de consultório médico sem ventilação, sem água,

com pouca iluminação e sem privacidade para os pacientes, já que não possui porta e somente uma cortina mantém o isolamento das outras áreas.

A equipe multiprofissional é constituída por um médico, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, seis agentes comunitários de saúde (ACS) e uma auxiliar de serviços gerais. Contamos com o apoio das seguintes instituições e/ou serviços, recursos materiais: Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF); Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); um hospital municipal; laboratórios clínicos; uma farmácia localizada na secretaria de saúde e também nas UBS e que são abastecidas pela Secretaria Municipal de Saúde, com um estoque básico de medicamentos e de distribuição gratuita. No município contamos também com a presença dos serviços da farmácia popular que possui medicamentos de baixo custo; há transporte disponível para a realização de visitas domiciliares.

No município existe um Conselho de Saúde, porém em nossa área não havia conselho de saúde quando iniciei meu trabalho. Atualmente graças ao trabalho da equipe de saúde, já temos formado um conselho e também contamos com a prestação de serviços de uma central de regulação para consultas e exames complementares. Trabalhamos fisicamente no posto de saúde de segunda a quinta-feira, fazendo controles de puericultura, gestantes, HIPERDIA, citologias, atendimentos gerais, urgências e emergências, demanda espontânea, além da realização das visitas domiciliares e reuniões da equipe de saúde.

Apresentamos dificuldades com a demora de atendimento da referência de algumas especialidades (marcação de mais de um ano), com demora de entrega dos resultados de exames complementares. Pela falta de condições físicas no local onde atualmente a equipe está atendendo, não existe possibilidade de realização de curativos, administração de medicamentos parenterais, suturas, e primeiros socorros quando ocorre algum acidente; não possuímos nebulizador, oxigênio, carrinho de parada e nem medicação de urgência e nem básica (caso venha a ocorrer alguma reação anafilática a medicamentos ou a vacinas).

Podemos observar que não é cumprido outro aspecto da portaria numero 4.217 de 28 de Dezembro de 2010, que dizem respeito as condições de trabalho para que seja realizado um atendimento de qualidade e com profissionalismo. Desde que iniciamos o trabalho na referida unidade até o presente momento, a equipe de saúde tem participado de conferências e capacitações realizadas pelo Ministério de Saúde

juntamente com as Secretarias Municipal e Regional de Saúde e, com o apoio da prefeitura.

Trabalhamos em conjunto para oferecer um serviço especializado com qualidade à população, melhorando a saúde e organizando ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, diminuindo os índices de mortalidade infantil, morbimortalidade produzida por doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), assim como os fatores de riscos, além de promovermos eventos como palestras e atividades educativas.

Desenvolvemos projetos onde o público alvo são os idosos, adolescentes, gestantes, lactantes, no qual incentivamos ao aleitamento materno até os seis meses de idade, a realização de um pré-natal adequado, alimentação saudável, práticas de exercícios físicos e esportes, orientações quanto ao uso de contraceptivo oral e uso de preservativos evitando a gravidez não planejada e doenças sexualmente transmissíveis (DST) e também alerta sobre a realidade dos riscos oferecidos pelo uso indevido de drogas, desempenhando assim uma boa qualidade de vida e também um bom desempenho escolar nas crianças e jovens.

Temos a certeza que estamos trabalhando com dedicação e êxito para que possamos adquirir brevemente resultados ainda melhores. A equipe realiza um trabalho direcionado para a humanização do atendimento com um contato mais direto caso a caso no atendimento individual e familiar dos pacientes, priorizando o ser humano e possibilitando a integração da equipe e do paciente no cuidado e no monitoramento dos agravos. Até o momento, observo como aspecto positivo ter sido bem aceito enquanto membro da equipe e percebo que a mesma está aceitando com entusiasmo as mudanças no método de trabalho.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O Município Batalha, segundo os dados do IBGE, possuía no ano de 2000 uma população de 25.800 habitantes. A população recenseada nos domicílios particulares permanentes, no Censo de 2010 realizado pelo IBGE, apontou um aumento de 4000 pessoas, o que representa um crescimento de 7,45% em número de habitantes nesta última década. A divisão por gênero mostra que 42% são do sexo masculino com 12.516 homens e 58% do sexo feminino com 17.284 mulheres.

Quando estratificamos por zona, a minoria 32,7% reside no meio urbano e 67,3% na área rural. A taxa de crescimento anual da população na década foi de 0,52% ao ano, ficando abaixo da média estadual de 0,93% ao ano. Verifica-se nesta década um êxodo da população do campo para a sede do município e com isso um aumento da população residente na área urbana. O município possui uma extensão territorial de 1588,905 km<sup>2</sup>.

A densidade demográfica do município é de 17,3 habitantes/km<sup>2</sup>, acima da média do Estado que é 12 habitantes/km<sup>2</sup>. As condições climáticas (com altitude da sede a 55m acima do nível do mar) apresentam temperaturas mínimas de 25°C e máximas de 35°C, com clima quente tropical. A precipitação pluviométrica média anual é definida no Regime Equatorial Marítimo, com isoietas anuais entre 800 a 1.600 mm, cerca de 5 a 6 meses como os mais chuvosos e período restante do ano de estação seca. O trimestre mais úmido é formado pelos meses de fevereiro, março e abril (JACOMINE et al., 1986).

De acordo com os critérios metodológicos de divisão territorial do IBGE, o município de Batalha está situado na Microrregião Litoral Piauiense, que é composta por um total de 14 (quatorze) municípios. Tem como limite ao noroeste o município de Esperantina, ao norte o município de Joaquin Pires, ao nordeste São Jose do Divino, a oeste Barras, a leste Piracuruca e Brasileira, ao sul Barras, e a sudeste Piri-piri. Fica a 143 km de Teresina, capital do estado.

De acordo com pesquisas realizadas com relação aos aspectos socioeconômicos, o número de pessoas de 10 anos ou mais de idade no município de Batalha é de 29.800 e destes 17.000 são alfabetizadas, o que corresponde a 71,6%, abaixo da média estadual de 76,3%. Quando se estratifica por gênero, a taxa de alfabetização dos homens é de 62,1% e das mulheres 70,8%. O sistema de abastecimento de água da zona urbana do município é realizado pela AGESPISA, tendo como mananciais Poços Tubulares. Quanto à forma de abastecimento nos domicílios, segundo dados do Censo/2010, 61,2% estão ligados à rede geral, 12,4% usam poço ou nascente na propriedade e demais 26,4% outras formas. Os principais cursos de água que drenam o município são os rios Longá e Piracuruca.

As principais culturas agrícolas segundo dados levantados pelo IBGE referente ao ano de 2011 mostram: Milho, Feijão, mandioca. No tocante aos criatórios de animais, com base na produção da pecuária Municipal, realizada em 2011, os principais efetivos são: Caprino, Ovino, avicultura e Suínos.

A cultura do município tem eventos principais o festejo de batalha, além de festas tradicionais como o Carnaval (Fevereiro), Festival Junino (Junho), festejos aos padroeiros nossa Senhora de Lourdes (Agosto), São Gonçalo (Dezembro) e Festa do Bode (Setembro). A estrutura física do setor de saúde do município, segundo os dados do Ministério da Saúde (MS) é composta de 13 Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde cada uma delas composta pelas Equipes de Saúde da Família (ESF). Destas, oito estão localizados na zona rural e cinco na área Urbana. Na cidade contamos com um NASF, um CRAS, um Ortopedista, treze Clínicos Gerais, dois Psicólogos, uma Fonoaudióloga, dois Fisioterapeutas, quatro Equipes de Saúde Bucal e, quanto aos exames complementares, são realizados através de pactuação com os municípios de referência Teresina, Piri-piri, Piracuruca, Esperantina. O município só realiza exames laboratoriais.

A Unidade Básica de Saúde em que trabalho está localizada na zona urbana, a 2 km do centro da cidade e apresenta modelo de atenção de ESF, sendo a equipe composta por um médico da família, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, seis ACS e uma auxiliar de serviço geral. A unidade apresenta vínculo com instituição de ensino.

Esta UBS encontra-se em funcionamento em um clube da terceira idade, um galpão que funciona como recepção, farmácia, sala de vacina e SAME, com pouca ventilação e precária iluminação e uma pequena sala de consultório médico sem ventilação, sem água, com pouca iluminação e sem privacidade para os pacientes, já que não possui porta e somente uma cortina a separa das outras áreas.

Os aspectos negativos da estrutura física da unidade é que, como se encontra em funcionamento em um clube da terceira idade, há barreiras arquitetônicas, o que dificulta o acesso ao serviço para os usuários com deficiências. Não existem espaços adaptados para pacientes com deficiência. A recepção não garante a privacidade e comunicação privada com os usuários durante o acolhimento na UBS, não possui instalações adequadas, portanto não há presença de rampas nos corredores que auxiliem os idosos e pessoas com dificuldade de locomoção.

Não dispomos de cadeira de rodas, as paredes acumulam muita umidade e, em muitas ocasiões, a privacidade dos usuários é prejudicada. O número de cadeiras disponíveis para os pacientes aguardarem o atendimento é insuficiente, os quais acabam por aguardarem em pé na fila e não dispomos de recursos



audiovisuais. Apesar de estar uma área urbana, não há serviço de internet, telefone, e nem a sala de reuniões tem computador. Por enquanto, as atividades educacionais em grupo são difíceis, realizadas em galpão, e igualmente as reuniões de equipe também ocorrem neste espaço. Finalizando, a estrutura física da unidade é precária e insuficiente para oferecer um bom atendimento, ou seja, não tem semelhança com a estrutura física preconizada pelo Ministério da Saúde. As estratégias que se está executando são a reforma da UBS com o padrão que exige o Sistema de Saúde.

Continuando na reflexão das deficiências que atrapalham o desenvolvimento do trabalho na UBS, também temos problemas com recursos materiais, pois só existe um esfigmomanômetro, não temos negatoscópio, nem otoscópio e oftalmoscópio, apenas uma lâmpada de pé. Há ausência de meios de comunicação de informática, os materiais de consumo e insumo geralmente são insuficientes, como por exemplo, o número de medicamentos planejados para as unidades básicas de saúde pelo Ministério da Saúde não chega à nossa unidade e, outras que recebemos, não são suficientes. Em relação aos protocolos de trabalho, a maioria existente é de enfermagem e não de uso médico e, portanto, necessitamos nos deslocarmos à secretaria de saúde para revisar os protocolos. Os exames complementares apresentam demora na obtenção dos resultados de mais de quinze dias, igualmente no que se refere ao referenciamento de diferentes encaminhamentos dos pacientes; a contra referência é inexistente no serviço.

Desta maneira, mesmo com todas as dificuldades encontradas, temos melhorado o trabalho na saúde obtendo resultados positivos, pois realizamos ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde; implantamos um ponto de vacina na UBS que oferece todos os serviços de imunização preconizados pelo MS; é incrementada a oferta e variedade de medicamentos; já houve redução no tempo de espera dos resultados dos exames complementares; adquirimos uma balança infantil que a unidade não possuía; realizamos mais visitas domiciliares para avaliação e tratamento à pacientes acamados e para isso contamos com fisioterapeuta e fonoaudióloga; há certo controle aos grupos risco. Temos um grupo de idosos fazendo atividade física (caminhada) todas às tarde onde participo dando o exemplo. Essas mudanças são resultado da interação entre gestores e coordenadores municipais.

Apesar das dificuldades da estrutura física, procuramos oferecer um atendimento de qualidade. A equipe conhece suas atribuições e realiza seu trabalho com muita motivação e compromisso. Com o início do Programa Mais Médicos a equipe pôde intensificar ainda mais as ações de saúde dirigidas ao indivíduo, a família e a comunidade, desenvolvendo ações de promoção e prevenção à saúde, modificando o modelo antigo de atendimento, focando mais no indivíduo.

O ponto crítico de nossa unidade é que não temos programa de saúde bucal. Outro aspecto que provoca insatisfações pela população é a demora na marcação de consultas de especialidades médicas e exames complementares.

A população adstrita na área de abrangência da nossa UBS é de 4285 habitantes cadastrados, os quais estão distribuídos em 843 famílias da seguinte maneira: 38 famílias com 179 integrantes pertencem a área da zona rural e 805 famílias com 4106 integrantes pertencentes a zona urbana. Do total de habitantes cadastrados, 1927 são do sexo masculino (44,9%) e 2358 são do sexo feminino (55,1%).

Esta população encontra-se distribuída de acordo com os seguintes grupos etários: menores de um ano 53, sendo 24 do sexo masculino e 29 do sexo feminino; de 1 a 4 anos, 170 divididos em 89 do sexo masculino e 81 do sexo feminino; de 5 a 6 anos 116, masculino 58 e feminino 58; de 7 a 9 anos há 191, masculino 88 e feminino 103; de 10 a 14 anos 516, masculino 221 e feminino 295; de 15 a 19 anos há 569, masculino 238 e feminino 331; de 20 a 39 anos há 1587, masculinos 719 e femininos 868; 40 a 49 anos há 425, masculino 194 e feminino 231; de 50 a 59 anos há 288, 105 masculinos e 183 femininos, e com 60 anos ou mais 370, masculinos 191 e femininos 179 (conforme o sistema de informação de atenção básica do município).

A população é maior que o limite preconizado pelo programa saúde da família, no entanto não temos área descoberta, sem ACS. Há alguma previsão de divisão da população da área em duas equipes ESF. Nosso principal problema é o excesso de demanda espontânea, devido ao número elevado de pessoas dentro de nossa área de abrangência, dificultando o planejamento desta demanda. Além disso, as possibilidades reais de atendimento são muito menores que a demanda, devido a que só temos um local de consultas médicas em precárias condições, assim como a enfermagem não tem consultório e por isso não faz atendimento em consultas.

Como estratégia, planejamos a demanda por dia da semana, de acordo com o calendário: segunda-feira (pré-natal), pela manhã e visita domiciliar pela tarde; terça-feira HIPERDIA de manhã e demanda espontânea em à tarde; quarta-feira crianças de manhã e demanda espontânea à tarde; quinta-feira demanda espontânea manha e tarde e, aqueles que não podem vir a consulta nos dias programados, remarcam a consulta com o ACS para o dia desejado, como forma de solucionar o problema.

Com relação à saúde da criança, realizamos todas as quartas-feiras consultas de puericultura. Temos cadastrados 53 para 83% de crianças menores de 12 meses e 286(98,6%) entre 12 e 72 meses, que não cumprido com a cobertura estimada pelo Ministério da Saúde que è de 64 e 290 respectivamente. Fazemos uma avaliação integral da criança. Durante as consultas orientamos através do protocolo de atendimento que consta no caderno da atenção básica emitido pelo Ministério da Saúde. Os atendimentos são registrados no prontuário médico e no cartão de saúde da criança. Nas reuniões da equipe realizamos controle do programa avaliando as mães que faltam à consulta e as vacinas que ficam atrasadas. Orientamos as mães sobre a alimentação, aleitamento materno exclusivo ate seis meses de idades, prevenção de acidentes domiciliares, higiene e cuidados gerais com a criança.

Os agentes comunitários de saúde garantem assistência no controle/monitoramento, incentivam a educação e supervisionam as condições das crianças em seu domicílio. Em nossa UBS são desenvolvidas ações ao cuidado das crianças, na puericultura, tanto o diagnóstico e tratamento de problemas clínicos de forma geral, como imunização, prevenção de anemia, prevenção de violência, promoção de aleitamento materno, de hábitos alimentares saudáveis, de saúde bucal, de saúde mental, teste do pezinho, teste da orelha, prevenção de acidentes, promoção de estímulo ao desenvolvimento psicomotor.

Existe uma parceria do programa Bolsa Família (que é um auxílio financeiro que o governo federal oferece aquelas pessoas que possuem baixo nível socioeconômico) juntamente com o Ministério da Saúde, que garante a participação de muitas mães e de suas crianças em nossas ações; SISVAN criança, o qual é o sistema de informação de vigilância alimentar e nutricional das crianças; saúde de ferro que consiste em administrar ferros às crianças para evitar a anemia desde os 6 meses de idade até os quinto ano de vida; vitamina A, onde se administra vitamina

A em todas as crianças de 6 meses até os 5 anos de idade, Sistema de Atenção Básica (SIAB) e monitoramento das diarreias.

Por caderno de ações programáticas devo ter 42,85 gestantes, em realidade tenho cadastradas 31 gestantes que representa 72% de este total, acredito que isto guarde relação a que minha população tem mais mulheres que homens e muitas delas são solteiras, existe uma porcentagem de gays e o 20% das mulheres em idades fértil fazem planejamento familiar com anticonceptivos orais ou injetável, pois a maioria da população não usa e nem gosta de preservativos, só se previne com anticonceptivos, eu acho que essa porcentagem de probabilidades que usa o ministério da saúde não se manifesta igual em toda a população. As consultas são realizadas de forma integral. O programa mais médicos possibilita o atendimento as gestantes cobrindo 100% das que vem a unidade de saúde para realizar o pré-natal, o médico e a enfermeira realizam um atendimento de qualidade seguindo o protocolo do Ministério da Saúde para o atendimento à gestante, fazendo classificações de risco e encaminhamentos quando necessário.

Registramos os atendimentos no prontuário médico e no cartão da gestante, fazemos atividades com o grupo de gestantes todas as segundas-feiras antes de começar a consulta onde fazemos palestras de cuidados gerais, alimentação saudável, aleitamento materno e os riscos mais frequentes em cada trimestre da gestação. Essas atividades são planejadas e contam com a participação de toda a equipe. Nas atividades de educação em saúde prepara-se a gestante para o parto, orientando-a sobre o puerpério e sobre cuidados com o recém-nascido.

Em quantos as puérpera que segundo o estimado pelo SUS deviam ser 64 e tenho 49 para o 77%, acredito que a causa de não coincidir com o estimado são as mesmas que fale em pré-natal. Infelizmente nem sempre as recorrem à consulta antes do 7º dia após o parto, como o preconizado pelo protocolo, pois ao receberem alta hospitalar, muitas puérperas se deslocam para áreas de seus familiares para receber apoio dos mesmos. A fim de evitar essa situação tomamos como estratégia que, após a 37ª semana de gestação, os agentes comunitários de saúde realizem visitas a essas gestantes semanalmente para estarem em alerta quando ocorrerá o parto e orientá-las que, ao receberem alta hospitalar, antes de se deslocarem a outras áreas, que elas retornem à unidade para a realização da primeira consulta antes de 7 dias após o parto.

Para 100% das puérperas e recém-nascidos, realizamos as visitas domiciliares antes dos sete dias após o parto. Entretanto, muitas vezes, os suplementos completos nutricionais não chegam a tempo na unidade e, com isso, não atingimos gestantes no primeiro trimestre de gravidez; nem todas as gestantes são avaliadas por ginecologista em função de que o município não conta com este serviço, embora seguissem lutando e trabalhando para diminuir essas incidências.

Na UBS também realizamos atividades de controle do câncer de colo de útero e câncer de mama já que esses são os tipos mais frequentes nas mulheres. Para que haja um diagnóstico precoce devemos fazer exames preventivos do câncer de colo uterino nas mulheres de 25 a 64 anos, idade esta compreendida de risco e, mamografia nas pacientes de 50 a 69 anos. Segundo o CAP, o número estimado de mulheres entre 25 – 64 anos residentes na área é de 1038 e em nossa área temos um total de 1033 mulheres entre 25 – 64 anos residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero, o que representa 99,5% de cobertura. Destas temos 638 mulheres com exame citológico (CP) para câncer de colo de útero em dia, representando 61,8%. Entre estas usuárias 96 realizou a coleta de CP por setor privado, já que as mulheres referem que o SUS demora muito para retornar com os resultados (mais de um mês); existem ainda 39 mulheres com CP com mais de seis meses de atraso, o que representa 3,8%. Penso que ainda não estamos satisfeitos com os resultados, porém o protocolo de saúde no Brasil diz que com mais de 50% já é aceitável.

Só tivemos uma usuária com CP alterado para câncer de colo de útero. Isto ocorreu há aproximadamente um ano, e a mesma realiza tratamento com radioterapia e quimioterapia, além do que continua com acompanhamento no hospital São Marcos (Hospital Oncológico do Estado). Ademais nossa equipe faz visita domiciliar a ela a cada quatro meses. Para os poucos indicadores da qualidade da prevenção do câncer de colo de útero avaliados em nossa UBS, fazemos 100% de avaliação de risco e 100% de orientação sobre prevenção de câncer de colo de útero. Cem por cento do total de amostras coletadas são satisfatórias e até agora não temos exames coletados com células representativas da junção escamocelular.

Como já relatado em reflexões anteriores minha equipe de saúde trabalha em condições muito precárias no momento, e não se pode fazer exames citológicos sendo os mesmos realizados na secretaria de saúde do município. Orientamos às mulheres que devem ir à secretaria de saúde nas quartas-feiras à tarde e isto se

consegue graças ao trabalho da equipe de saúde que realiza palestra nas comunidades e aos ACS que desenvolvem um trabalho casa a casa e mulher a mulher. Apesar do trabalho realizado não se consegue o resultados esperados devido a alguns empecilhos como: distancia entre o bairro e a secretaria de saúde, falta de boa vontade por parte das mulheres e demora no retorno dos resultados dos exames.

Realizamos ainda ações de prevenção e promoção da saúde por meio de orientação a todas as mulheres da área de cobertura para o uso de preservativo, os malefícios do tabagismo, do alcoolismo, importância da prática de exercício físico, de ter uma alimentação saudável, realização de exames citopatológicos de colo de útero, realização da mamografia com periodicidade estabelecida pelo MS e autoexame das mamas.

Em nossa unidade também se realizam rastreamento do câncer de mama, segundo a estimativa pelo SUS deveria ter 321 mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área e tenho 318 para 99% acompanhadas na UBS, de elas com mamografia em dia em o registro da UBS são 53 para o 17% e com mamografia com mais de 3 meses em atraso 139(44%), o rastreamento se realizam de forma oportunística já que entre as pacientes muito poucas recorrem ao procedimento. Este é realizado dois dias por semana nos dois turnos, aproveitando quando as usuárias vêm para a consulta por outro motivo para fazermos exame clínico de mamas e indicamos mamografia aos grupos de riscos segundo orientações do Ministério da Saúde. Não existe em nossa área casos de câncer de mama. Somos da opinião de que nosso trabalho com respeito a essas duas doenças tem que ser intensivo e envolver a todos os setores já que a metade das mulheres desta faixa etária não procura a UBS e mais da metade não tem mamografia em dia. Muitas vezes quando as mamografias são indicadas a central de regulação não tem vagas disponíveis no momento preciso e isso dificulta o desenvolvimento do programa.

Temos proposto a tarefa de levar a diante esses programas, estão aumentando a exigência com as mulheres para a realização desses procedimentos tem aumentado as palestras sobre a importância desses programas sobre os fatores de riscos, exemplo: toda paciente que entre para a consulta se mede o índice de massa corporal incentivando a população a evitar obesidade, incrementar os exercícios físicos, ter uma alimentação saudável, utilização do preservativo nas relações sexuais, ter um parceiro estável, prevenir a relação sexual precoce,

melhorar os hábitos de higiene, incentivar o autoexame de mamas, fazemos reuniões e palestras educativas e informativas com mulheres em qualquer cenário e idade. Enfim pouco a pouco vamos alcançando a meta proposta que é diminuir a morbimortalidade de câncer de colo de útero e mama.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) são dois importantes fatores de risco para as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares e as principais causas da mortalidade e morbimortalidade no mundo, inclusive no Brasil. Em muitas ocasiões se pode prevenir em outras se pode mantê-las controladas dependendo do esforço e trabalho dos profissionais da saúde e outras entidades e da população. Visualizando que a porta de entrada dos usuários ao SUS é a Unidade Básica de Saúde que tem como objetivo promover, prevenir, curar e reabilitar a maior quantidade de usuários, sabemos da grande responsabilidade que tem os profissionais da atenção básica na prevenção e controle dessas duas patologias.

Em nossa área, segundo o CAP a população estimada com 20 anos ou mais com HAS é de 652 pessoas, sendo que a realidade é de 276, o que representa 42% de cobertura; em relação a DM a estimativa do CAP é de 161 pessoas e a realidade é de 72 pacientes, representando 44,7% do valor estimado. Acredito que existe uma grande diferença entre o valor estimado e o encontrado nos registros da UBS devido à subnotificação de pacientes, muitos são hipertensos e diabéticos e não apresentam sintomas por isso desconhecem o fato de serem hipertensos e diabéticos e alguns não querem demonstrar a doença por vergonha, fazem consultas em consultórios particulares e compram os medicamentos.

Dentro das atividades a equipe deve realizar uma busca ativa de pacientes dentro das comunidades, buscando esses casos ocultos, para que os valores se aproximem mais da realidade. Do total de pacientes hipertensos que temos registrado em nossa área para 100% foi realizada estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, 100% está com exames complementares em dia, 100% tem orientação de prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável, 36% estão com avaliação de saúde bucal em dia. Quanto aos diabéticos, 100% realizaram estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, somente dois pacientes estão com atraso de consulta agendada por estar fora da área, 70 pacientes estão com exames complementares em dia, 100% tem exame físico dos pés, com palpação do pulso tibial posterior e pedioso e medida

da sensibilidade nos pés nos últimos três meses, 100% têm orientação de prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável, e 57% está com avaliação de saúde bucal em dia.

Na UBS são realizadas uma série de atividades com o objetivo de diminuir fatores de riscos para estas duas doenças como orientação de hábitos saudáveis, ações para o controle de peso corporal, estímulo à prática regular de atividades físicas, ações que orientam sobre os malefícios do tabagismo e o malefício de consumo excessivo de álcool, participação nas atividades culturais e recreativas com o objetivo de diminuir o estresse.

Realizamos atendimento aos portadores destas duas doenças um dia por semana nos dois turnos. De forma excepcional participam às vezes alguns usuários de fora da área de cobertura, ocasiões em que estão passando temporadas em nossa área de abrangência.

Antes o envelhecimento não era frequente, as pessoas morriam muito jovens devido à má saúde pública existente, más condições de trabalho e precário sistema social. Atualmente o envelhecimento constitui característica em diversas populações; estes números estão em constante crescimento, sendo que este grupo etário se incrementa devido as mudanças dos indicadores de saúde, melhoria das condições de vida e desenvolvimento dos sistemas de saúde, aumentando a esperança de vida ao nascer. Uma das funções das políticas públicas de saúde atualmente é contribuir para que um maior número de pessoas alcancem as idades com melhor estado de saúde possível e para isto precisamos de transformações positivas em modos e estilos de vida.

Em nossa UBS segundo o CAP a população estimada com 60 anos ou mais é de 455 pacientes e a realidade é de 370, o que representa 81%. A grande maioria destes pacientes não tem as condições de vida estabelecidas para um envelhecimento de qualidade, poucos moram sozinhos, outros não são bem atendidos pelas famílias, outros têm condições socioeconômicas desfavoráveis. Acredito que existe uma grande diferença entre o valor estimado e o encontrado nos registros da UBS em função de que boa parte da comunidade é formada por jovens que formaram novas famílias.

Do total de pacientes que temos registrado em nossa área somente 225 tem caderneta de saúde de pessoa idosa, representando 61%; foi realizada avaliação multidimensional rápida a 100% dos pacientes idosos; com acompanhamento em



dia temos 298, o que representa 81%; com HAS contabilizamos 188 e com DM 37 usuários, o que representa 51% e 10% respectivamente; 100% tem avaliação de risco para morbimortalidade realizada, a investigação de indicadores de fragilização na velhice também foi realizada para 100% e as orientações para atividade física regular e nutricional para hábitos alimentares saudáveis foram realizadas para 100% dos usuários e familiares. Até agora só tem avaliação de saúde bucal em dia 185 idosos (50%), isso se deve em grande parte porque em nossa UBS não contamos com consultório odontológico no momento.

Classificam-se os riscos cardiovasculares dos idosos, se registram todos os atendimentos nos prontuários clínicos e é registrada a avaliação nutricional. Ainda há muito por fazer, pesquisar e estudar aos pacientes que possuem risco de desenvolver algumas enfermidades e seguir na promoção, prevenção e controle das patologias com único fim que é diminuir a morbimortalidade produzida nesta faixa etária.

O maior desafio de nosso trabalho é conseguir manter a participação ativa da comunidade nas atividades desenvolvidas pela equipe. É para nós por tanto um caminho a ser seguido, pois nossa maior fortaleza é a união da equipe, que é motivada pelo compromisso que temos com a saúde da população, que demonstra aceitação deste trabalho.

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

No texto inicial descrevemos os dados gerais, o estado estrutural da UBS com todas as dificuldades iniciais e, neste texto que contempla o relatório final da unidade, observa-se que algumas destas dificuldades já foram obtendo soluções, às vezes parciais, outras vezes totais. Evidentemente a resposta da segunda semana do curso foi muito superficial já que não contava com elementos necessários para fazer uma avaliação detalhada com todos os aspectos da situação da UBS.

Com os conhecimentos adquiridos durante estes Questionários e Cadernos de Ações Programáticas, devemos trabalhar para alcançar mudanças positivas na atenção básica. Temos identificado nossas dificuldades e nossa fortaleza. A população tem aceitado nosso trabalho, estamos motivados para melhorar juntamente com a equipe, o estado de saúde da população. As condições estruturais

da UBS não apresentam mudanças já que continuam em reforma, por isso não podemos falar sobre melhoria neste sentido, porém existem muitas melhorias e mudanças na forma organizacional do trabalho, com melhorias evidentes nos indicadores de saúde da população bem como se observa mudança nos estilos de vida. Continuaremos trabalhando com muito amor e dedicação.

## 2 Análise Estratégica

### 2.1 Justificativa

Nossa equipe escolheu como foco da intervenção a HAS e o DM, doenças que representam um importante problema de saúde pública no Brasil e que consideramos como o principal problema de saúde da nossa área de abrangência. A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e alterações metabólicas com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. A doença tem alta prevalência e baixa taxa de controle. É considerado um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. No Brasil as doenças cardiovasculares tem sido a principal causa de morte, em 2007 ocorreram 308,466 óbitos por doenças do aparelho circulatório (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

O DM representa um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. A Prevalência de DM nos países da América central e do sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões em 2030, nos países europeus e Estados Unidos. No Brasil a prevalência de diabetes autorreferida na população acima 18 anos aumentou de 5,3 para 5,6 entre 2006 e 2011 e ocorreram em 2009, 51.828 mortes por diabetes. A doença apresenta alta morbimortalidade com perda importante na qualidade de vida. Ambas as doenças são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2013).

A Unidade Básica de Saúde em que trabalho está localizado na zona urbana a 2 km do centro da cidade de Batalha/PI, e apresenta como modelo de atenção, de ESF, sendo a equipe composta por um médico da família, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, seis ACS e uma auxiliar de serviços gerais. Atualmente encontra-se em funcionamento em um clube da terceira idade, um galpão que funciona com recepção, farmácia, sala de vacina, um consultório médico e SAME, com pouca ventilação e precária iluminação. A população adstrita na área de

abrangência é de 4285 habitantes cadastrados, os quais estão distribuídos em 843 famílias.

Segundo o CAP, a população estimada com 20 anos ou mais portadora de HAS em nossa área de abrangência é de 652 e temos registros de 276, o que representa 42% do valor estimado. Em relação a DM a estimativa do CAP é de 161 pessoas e temos registros de 72, representando 44,7% de cobertura. Os indicadores de qualidade mostram-se próximos a 100% para estes pacientes, porém em função das obras na UBS não contamos no momento com o serviço de odontologia. Neste sentido, estamos procurando com a intervenção cadastrar e atender a mais ou menos 25 pacientes semanalmente e alcançar 100% de cobertura em breve.

A intervenção nos permitirá melhorar a qualidade de vida dos pacientes com HAS e DM e fazer um diagnóstico precoce de ambas as doenças, prevenindo suas complicações. Serão realizadas atividades de promoção e prevenção da saúde com o propósito de melhorar a qualidade de vida dos usuários e diminuir a demanda espontânea na UBS. As principais dificuldades para realizar o projeto serão a ausência do serviço de saúde bucal e o tamanho de nossa área de abrangência (micro áreas distantes da unidade e população maior de quatro mil habitantes). As fortalezas que viabilizam a execução do projeto são equipe completa, comprometida e acompanhamento do NASF (Nutricionista, Fisioterapeuta, Assistente social, Terapeuta Ocupacional).

## 2.2 Objetivos e metas

### 2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde de hipertensos e diabéticos na Estratégia de Saúde da Família Vila Kolping, município de Batalha/Piauí.

### 2.2.2 Objetivos específicos e metas

A intervenção será monitorada por meio de 06 objetivos específicos e 22 metas, descritas a seguir.

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura da população diabética e hipertensa na ESF.

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

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.

Objetivo 2 - Melhorar a qualidade de atenção a diabéticos e hipertensos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações dos diabéticos e hipertensos.

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

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

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

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

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

Objetivo 6 - Promover a saúde dos hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Meta 6.4: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

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

Meta 6.6: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

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

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

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Vila Kolping, no Município de Batalha/ Piauí. Participarão da intervenção 652 hipertensos e 161 diabéticos na faixa etária acima de 20 anos de idade. Serão utilizados como protocolos de acompanhamento os Cadernos de Atenção Básica nº 36 e 37, sobre Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, do Ministério da Saúde, publicados em 2013. Para coleta de

dados e construção de indicadores serão utilizadas as fichas espelho e a Planilha de Coleta de Dados, respectivamente, disponibilizadas pelo curso de especialização em saúde da família da UFPel.

### 2.3.1 Detalhamento das ações

A equipe desenvolverá o projeto no período de quatro meses com a população alvo de nossa intervenção. Para alcançar os objetivos propostos pelo projeto de intervenção serão realizadas diversas ações.

Com objetivo de ampliar a cobertura de usuários diabéticos e hipertensos, no eixo de organização e gestão dos serviços será garantido com registro adequado de hipertensos e diabéticos, o acolhimento será realizado por toda a equipe para os usuários alvos e demais população com qualidade e ouvindo suas preocupações, facilitando o início da triagem, garantindo material adequado para as aferições de pressão arterial e medição da glicemia (Aparelho da pressão, manguito, fita métrica, aparelho de glicemia). No eixo de monitoramento e avaliação a equipe monitorará o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa de hipertensão e diabetes mellitus da unidade saúde.

No eixo de engajamento público será informado à comunidade, através de atividades de sala de espera sobre a existência do programa de hipertensão e diabetes mellitus da unidade de saúde, serão repassadas informações sobre a importância de aferir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pela equipe de saúde na UBS, visitas domiciliares e por meio de busca ativa. Faremos orientações sobre a importância do rastreamento do diabetes mellitus em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135x80mmhg e também será orientada a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Já no eixo da qualificação prática clínica serão realizadas capacitações para os agentes comunitários de saúde sobre o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade, a equipe de saúde será capacitada pelo médico para avaliar a pressão arterial de forma eficaz, incluindo o uso adequado do manguito e também para a realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135x80mmhg.

Para melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e diabéticos, no eixo de organização e gestão dos serviços se definirá atribuições para cada membro da equipe. A capacitação dos profissionais será organizada de acordo com os

protocolos adotados pela unidade de saúde, será estabelecida periodicidade para a atuação dos profissionais e providenciaremos versão atualizada do protocolo impresso na unidade de saúde. Será solicitado a todos os usuários exames complementar, além de garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, vão estabelecer sistemas de alerta para aos exames complementares preconizados seja realizado e entregue em menor tempo para fazer melhor avaliação e realizará controle de estoque, incluindo validade de medicamentos e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

No eixo de monitoramento e avaliação será monitorada a realização dos exames clínicos apropriados aos pacientes hipertensos e diabéticos, também como vai a intervenção, o numero de usuários atendidos, a necessidade de realizar busca ativa, monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada e também será monitorado o acesso de medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA.

No eixo de engajamento público será orientado aos pacientes 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 das extremidades avaliadas periodicamente. Orientaremos os pacientes e comunidade quanto à realização dos exames complementares solicitados e quanto à periodicidade com que devem ser realizados esses exames. No eixo de qualificação da prática clínica será realizada capacitação de exames clínicos apropriados e também da utilização do protocolo do Ministério da Saúde.

Para melhorar a adesão dos usuários hipertensos e ou diabéticos ao programa, no eixo de organização e gestão dos serviços a enfermeira organizará visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizará a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares. No eixo de monitoramento e avaliação acompanharemos o cumprimento da periodicidade da consulta prevista no protocolo (consulta em dia). No eixo de engajamento público será informada a comunidade sobre a importância da realização da consulta e estratégias serão planejadas para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos), esclarecer aos usuários e comunidade para a importância da periodicidade preconizada pelo protocolo para a realização da consulta. No eixo de qualificação da prática clínica será planejado treinamento para



os ACS quanto à realização das consultas, periodicidade e utilização das medicações corretamente.

Em relação ao melhoramento do registro das informações será realizado no eixo de organização e gestão do serviço, manutenção das informações do SIAB atualizadas, implantação da planilha específica de acompanhamento, pactuaremos com a equipe o registro das informações, definiremos o responsável pelo monitoramento do registro, organizaremos um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consultas de acompanhamento, atraso na realização de exames complementares, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

No monitoramento e avaliação será monitorada a qualidade do registro de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde por meio de ficha espelho e prontuários semanalmente. No eixo de engajamento público será orientado o usuário e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção dos registros de saúde. No eixo da qualificação da prática clínica treinaremos a equipe na primeira semana de intervenção quanto ao preenchimento de todos os registros necessários para acompanhamento dos usuários e capacitações para o registro adequado dos procedimentos clínicos de todas as consultas.

Para o objetivo mapear Hipertensos e Diabéticos de risco para doença Cardiovascular, no eixo organização e gestão do serviço será priorizado o atendimento do paciente avaliado como de alto risco e será organizada a agenda para o atendimento dessa demanda. Para o monitoramento e avaliação o número de usuários hipertensos e diabéticos será monitorado quanto à realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. No eixo de engajamento público será orientado aos usuários quanto a seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, esclareceremos ao paciente e a comunidade quanto à importância do adequado controle de riscos modificáveis (alimentação). No eixo qualificação da prática clínica será realizada também na primeira semana de intervenção uma capacitação da equipe para realizar essa estratificação de risco segundo o escore de fragmingham ou de lesões em órgãos e sobre a importância do registro dessa avaliação e capacitá-los quanto à estratégia para o controle de fatores de riscos modificáveis.

O último objetivo se refere a promover a saúde de hipertensos e diabéticos, no qual o eixo de organização e gestão do serviço traz como ações a organização da agenda da atenção à saúde bucal, estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação de risco odontológico e demandar junto aos gestores a oferta de consultas com o dentista para esses pacientes. Pretende-se também organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nessas atividades, organizar práticas coletivas para a orientação de atividades físicas e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nessas atividades e sobre a compra de medicamentos para o tratamento e do abandono ao tabagismo.

No eixo de monitoramento da avaliação será monitorada a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista, monitorar a realização de avaliação nutricional de hipertensos e diabéticos e orientações de atividades físicas regulares. No engajamento público será realizada a busca de parcerias na comunidade reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde, mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com o dentista, orientar hipertensos e diabéticos, assim como, suas famílias sobre a importância da alimentação saudável e prática de atividade física regular. Já para o eixo de qualificação da prática clínica será com base na capacitação da equipe para avaliação e tratamento bucal dos usuários hipertensos e diabéticos, sobre prática de alimentação saudável, metodologia de educação em saúde, prática de atividade física regular e sobre o tratamento de pacientes tabagistas.

### 2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura da atenção a hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na USF.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial.

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

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 1. 2: Cobertura do programa de atenção ao diabéticos na USF.

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 diabéticos.

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

Indicador 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos Hipertensos.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área acompanhados.

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

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

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

Numerador: Número de diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

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

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

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações dos hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6 Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de 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 hipertensos

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

Numerador: Número de 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 diabéticos.

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

Numerador: Número de 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 hipertensos.

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

Numerador: Número de 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 diabéticos.

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

Numerador: Número de 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 hipertensos.

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

Numerador: Número de 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 diabéticos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção com foco na ação programática de HAS e DM nossa equipe vai adotar o manual técnico de HAS e DM (Caderno de atenção Básica # 36 e 37) do Ministério da Saúde, 2013. Utilizaremos a ficha espelho de HAS e DM disponibilizada pelo curso. Estimamos alcançar durante as 16 semanas de intervenção 92 diabéticos e 336 hipertensos. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das 92 fichas espelho de diabetes e as 336 fichas espelho de hipertensão necessárias. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada pelo curso.



Para organizar o registro do programa a enfermeira revisara o livro de registro identificando todos os diabéticos e/ou hipertensos que vieram ao serviço de HIPERDIA nos últimos três meses, localizara os prontuários destes pacientes e transcrevera todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizara o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas, exames clínicos e laboratoriais em atraso e há quanto tempo não procuram o serviço.

A análise situacional e a definição do foco da intervenção são de conhecimento da equipe, assim começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de HAS e DM para que toda a equipe utilize esta referencia na atenção aos hipertensos e diabéticos. Esta capacitação será realizada pelo medico e a enfermeira, ocorrerá na própria UBS, durante a primeira semana de intervenção, para isto serão reservada 2 horas ao final do expediente, no horário da reunião da equipe. Cada membro da equipe estudara uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

O acolhimento dos hipertensos e diabéticos que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem que fará avaliações antropométricas dos pacientes (altura, peso, circunferência abdominal), aferição da pressão arterial e glicemia capilar. Usuários com pressão arterial elevada e sinais de descompensação da diabetes mellitus terão prioridade no atendimento. A demanda espontânea de intercorrências agudas serão atendidas no mesmo turno e serão reservadas quatro consultas por semana. Todos os pacientes que vierem à consulta de HIPERDIA sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

O médico e a enfermeira farão palestras em todas as micro áreas, nas igrejas, para apresentar o projeto de intervenção e sensibilizar a comunidade sobre a importância do desenvolvimento do projeto para o controle destas doenças, isto ocorrerá durante as três primeiras semanas da intervenção. As atividades de promoção de saúde serão feitas para os grupos de hipertensos e diabéticos todos os meses, no espaço físico próprio da UBS, sendo de responsabilidade do medico e da enfermeira e participarão todos os membros da equipe, falando sobre alimentação saudável, controle do peso corporal, pratica de atividades físicas e prevenção das complicações. Além disso, faremos a distribuição de folders, cartazes, e ações de promoção de saúde nas visitas domiciliares feitas pela equipe (medico, enfermeira, ACS) e durante o atendimento do medico e a enfermeira.

Semanalmente a enfermeira examinara as fichas espelho, identificando aquelas que estão com consultas, exames clínico e laboratoriais em atraso para organizar a busca ativa de pacientes faltosos a consulta que será feita pelos ACS, estima-se 6 por semana totalizando 24 por mês. Ao fazer a busca já agendara o paciente para um horário de sua conveniência. Ao final de cada semana, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.



### **3 Relatório da Intervenção**

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

O projeto de intervenção teve uma duração de 16 semanas, das 12 foram presenciais e quatro foram feitas pela equipe de saúde já que eu estava em período de férias em Cuba. Inicialmente apresentei o projeto a toda equipe, e logo depois fizemos uma capacitação com todos, que se desenvolveu três primeiras semanas. Também nesse primeiro momento foi estabelecido o papel de cada profissional da equipe dentro do projeto, como o acolhimento, avaliação e orientações sobre hipertensão e diabetes, para que todos estivessem aptos a desenvolver com segurança todas as etapas do projeto. No entanto toda segunda-feira ocorria durante reunião da equipe uma avaliação da semana trabalhada, ou seja, analisávamos os pontos positivos e negativos das ações desenvolvidas, com o objetivo de solucioná-las na semana seguinte.

Nas três semanas iniciais, fizemos a divulgação do projeto na comunidade através de palestras promovidas dentro de micro áreas, com o objetivo de sensibilizar os usuários que seriam nosso público-alvo, ou seja, HAS e/ou DM, assim como seus familiares, pois só com a participação de todos seria possível alcançar mais êxito. Nessas palestras também foram convidados alguns líderes comunitários, como pastores, que prontamente se ofereceram como facilitadores do projeto.

Os outros atendimentos clínicos desenvolvidos dentro da unidade de saúde continuaram ocorrendo normalmente, ou seja, permanecemos seguindo o cronograma estabelecido mensalmente pela equipe, os atendimentos a pacientes hipertensos e diabéticos eram realizados todas as terças-feiras manha e tarde, eram consultas agendadas com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde, tratando de realizar 25 atendimentos por semana. Portanto o que devemos enfatizar é a melhoria significativa no atendimento dos HAS e DM depois da implantação do

projeto, pois houve um monitoramento intenso dos usuários, assim como também na questão do acolhimento e avaliação nutricional. Conforme programado os atendimentos clínicos aos usuários foram feitos em todas as semanas do projeto, sendo que houve um aumento considerável na quantidade de usuários consultados por dia, depois da implantação do projeto.

Com relação às reuniões com os grupos de HAS e DM, não ficou restrito apenas ao início do projeto, ou seja, continuaram sendo feitas na unidade no decorrer do projeto, sempre com o objetivo de motivar os usuários participantes, e também sensibilizar os usuários que ainda não haviam aderido ao programa, e fazer com que esse usuário venha à unidade e participe do mesmo. Entretanto quando a equipe identificava a ausência constante de algum HAS e/ou DM que não vinha até a unidade, o ACS responsável por aquele usuário era informado, para que pudesse ser feita uma busca ativa no intuito de resgatar este usuário.

Entretanto a busca ativa não servia apenas para reconquistar os usuários faltosos, ou seja, aqueles que já haviam aderido ao projeto, mas por causa de algum motivo ou circunstâncias deixavam de continuar com o acompanhamento, mas também servia como uma importante estratégia de conquista de novos usuários que ainda não estavam cadastrados no projeto de intervenção. No entanto para que essa busca ativa fosse realizada com sucesso, era preciso que a equipe tivesse consciência da real importância dessa estratégia dentro do projeto intervenção. Sendo assim, foi feita a capacitação dos ACS na primeira semana, tornando assim, possível a busca ativa durante todas as semanas do projeto.

Porém se não tivesse havido a participação efetiva do gestor nessa empreitada, não teríamos conseguido resultados satisfatórios. Pois, logo no início fizemos uma reunião com os gestores, solicitando apoio material, como panfletos, data show e etc. Portanto devemos ressaltar a participação da equipe, gestores, líderes comunitários e principalmente, os usuários HAS e DM que abraçaram o projeto com carinho e comprometimento.

Um dos maiores desafios do projeto de intervenção foi primeiramente sensibilizar a própria equipe, quanto à importância do projeto, já que cada um ficaria responsável por uma etapa do desenvolvimento deste. Entretanto vale ressaltar o comprometimento demonstrado desde o início por todos, fazendo assim, acreditarmos que o trabalho seria realizado com satisfação. Notamos no dia a dia a mudança na rotina dos atendimentos aos usuários, pois cada profissional procurava

exercer com segurança a função a qual foi destacada dentro do projeto de intervenção.

### 3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Praticamente tudo que havíamos planejado no início da implantação do projeto de intervenção foi realizado, ou seja, conseguimos fazer todas as palestras programadas, e também todas as semanas foram realizadas os atendimentos clínicos agendados pela equipe. Todavia o que nos causou um pouco de transtorno foi o período de férias, porém eram necessárias para visitar a família, isso atrapalhou um pouco o desenvolvimento da intervenção, mas minha equipe trabalhou com coração. Outra coisa que dificultou a intervenção foi referente aos resultados dos exames complementares que demoravam muito para retornar. No hospital só se fazia 20 atendimentos de coleta de exames diários e também houve a saída da atendente de regulação, ou seja, ficava muito difícil solicitar exames aos usuários que eram consultados, pois não conseguiam os exames no prazo determinado. Em quanto a odontologia como minha UBS não tenha serviços funcionando, falamos com o gestor municipal e logramos 10 vagas diárias em a secretaria de saúdes e com o apoio dos ACS logramos avaliar a todos os pacientes que podiam deambular ate logramos resolver alguns prótese a quem necessitavam.

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

Ao término de cada semana do projeto, todos os dados coletados eram preenchidos na planilha. Entretanto nas primeiras semanas tivemos um erro na interpretação da ação relativa aos usuários faltosos as consultas, que foi identificado prontamente pelo orientador, ou seja, solucionou-se o problema, e depois desse empecilho a planilha eletrônica funcionou corretamente.

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

Com os resultados obtidos através da implantação do projeto de intervenção, vemos que haverá uma continuidade, pois percebemos que todos os procedimentos utilizados durante o projeto, como as orientações que são feitas no

início do atendimento aos HAS e DM, assim como, o acolhimento e também a avaliação nutricional, estão sendo incorporadas pela equipe automaticamente, e serão também direcionadas aos outros programas atendidos pelo Ministério da Saúde (Programa de saúde do idoso, Programa de saúde da mulher, Programa de saúde da criança).

Também deverá ser assimilado pela equipe, à busca ativa realizada pelos ACS, que antes faziam essa busca, apenas esporadicamente, pois não se tinha aquela preocupação imediata de saber o motivo da ausência daquele usuário. No entanto, o que fica realmente de legado desse projeto foi conseguir a união e comprometimento de todos os participantes em benefício do projeto, pois através desse trabalho desenvolvido com os HAS e DM, compreendemos a importância de cada membro dentro da equipe, ou seja, só conseguiremos êxito, se houver participação de todos.

## 4 Avaliação da intervenção

### 4.1 Resultados

Os resultados são apresentados por meio da avaliação de todos os indicadores utilizados durante a intervenção. Para o cumprimento ou não de cada meta, foram de muita utilidade as ações de monitoramento e avaliação, pois foi por meio delas que conseguimos identificar o alcance das metas da intervenção. Independentemente delas, outras ações foram importantes, como explicarei neste relatório.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura da atenção a 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 1.2: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

O número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde, calculado por meio da estimativa da planilha de coleta de dados foi de 652 e o número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde, cadastrados no Programa de Atenção à HAS durante a intervenção foi de 379. Ressaltamos que, em função da deficiência de alguns registros dos pacientes que já tínhamos cadastrados na UBS, iniciamos o cadastramento do zero, tanto para hipertensos quanto para diabéticos, procurando contemplar todos os indicadores.

Tivemos 94 usuários hipertensos cadastrados no primeiro mês (14.4%), 184 hipertensos no segundo mês (28.2%), no terceiro mês tivemos 277 hipertensos (42.5%) e no quarto mês da intervenção concluímos o cadastro de 379 hipertensos (58.1%). Isto nos permite dizer que não alcançamos a meta de cobertura de ampliação do cadastro dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e DM da unidade de saúde (Figura 1) segundo a estimativa, mas nossa equipe conseguiu ampliar o cadastro dos pacientes hipertensos, uma vez que quando começamos a intervenção em nossa área só existiam 276 hipertensos cadastrados e chegamos a 379, ou seja, 103 usuários a mais.

As ações que mais contribuíram foram do eixo de organização e gestão do serviço. Melhoramos o acolhimento para os portadores de HAS e todo usuário hipertenso que chegou a nossa unidade de saúde foi acolhido corretamente; após o acolhimento, garantimos o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.



Foram registrados os casos novos, diagnosticados pelo próprio médico em consulta, os detectados pelos ACS e até os diagnosticados por outro médico em consultas particulares.

Para viabilizar esta ação, cada vez que o usuário chegou a nossa UBS, a enfermeira fez uma revisão para ver se eles estavam cadastrados no livro. Durante o atendimento clínico, o médico preenchia sua ficha-espelho. Todos os dias, reservamos cinco vagas na agenda destinada aos hipertensos captados pelos ACS, em visitas domiciliares e para os usuários com alto risco. Estas ações permitiram a ampliação da cobertura da atenção os hipertensos que era de 42% ao início da intervenção, para 58.1% ao final da intervenção como mostra a figura 1:

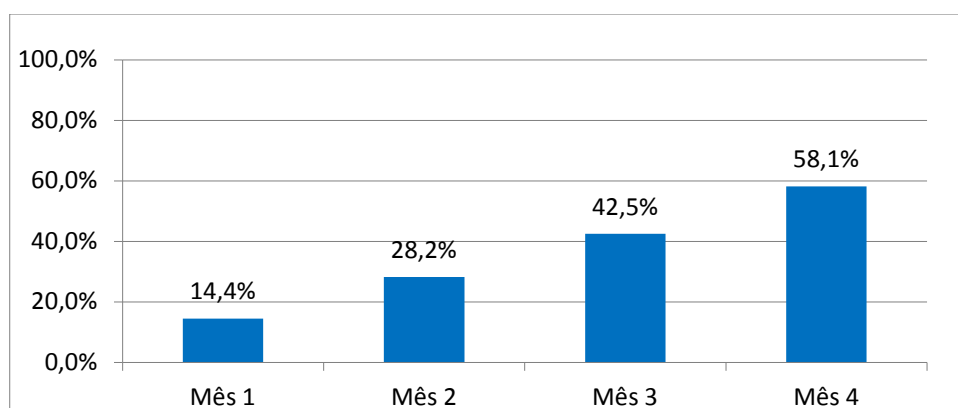


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

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

O número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde foi de 161, calculado pela estimativa da planilha de coleta de dados e o número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à DM durante a intervenção foi de 100. No primeiro mês, realizamos 35 cadastros (21.7%), no segundo tínhamos 69 (42.9%) cadastrados, no terceiro alcançamos 93 usuários (57.8%) e no quarto mês, tínhamos 100 diabéticos cadastrados no programa (62.1%). Isso nos permite dizer que a meta de cobertura dos diabéticos não foi cumprida em função de que reiniciamos o

cadastro dos pacientes do zero em função da ausência de registro de alguns indicadores.

As ações que mais colaboraram foram as referentes ao eixo de organização e gestão do serviço como a melhoria do acolhimento para os portadores de DM, pois todo usuário diabético que chegou a nossa UBS, foi acolhido corretamente. Após o acolhimento, garantimos o registro no Programa: os que foram diagnosticados pelo médico da unidade, os detectados pelos ACS e até para os diagnosticados por outro médico em consultas particulares. Além disso, todos os dias, reservamos cinco vagas na agenda destinadas aos diabéticos captados pelos ACS, em visitas domiciliares e para os usuários com alto risco. Estas ações nos permitiram ampliar a cobertura da atenção a diabéticos que no início do projeto era de 72 (44,7%) e ao final da intervenção finalizamos com 100 pacientes, o que corresponde a 62,1%, como mostra a figura 2:

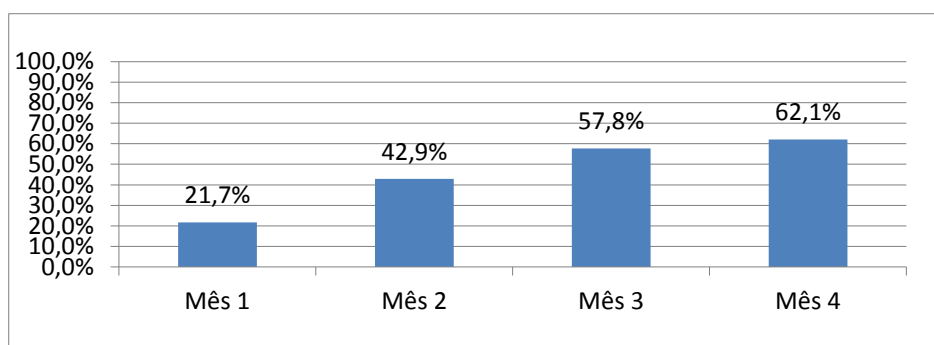


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

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

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

Indicador 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos Hipertensos.

O número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS foi de 379 pacientes e de eles 378 (99.7%), receberam exame clínico apropriado; sucessivamente nos quatro meses tivemos 94, 184, 277 e 378 hipertensos com o exame clínico apropriado, de acordo com o protocolo. Para dar cumprimento a este objetivo foram realizados pelo médico exames clínicos com muita qualidade e foram considerados aspectos relevantes avaliados no exame físico segundo o estabelecido

no protocolo do MS como: medidas antropométricas obtenção de peso e altura para cálculo do índice de massa corporal (IMC).

Isto nos permitiu diagnosticar um alto número de hipertensos com obesidade; Realizamos a inspeção de fâcies e aspectos sugestivos de hipertensão secundária; medida da pressão arterial (PA) e frequência cardíaca; no pescoço realizamos: palpação e ausculta das artérias carótidas, verificação de turgência jugular e palpação de tireoide. Realizamos exame precordial e ausculta cardíaca; no exame do pulmão observamos: ausculta de estertores, roncos e sibilos. Realizamos ainda exame do abdome, extremidades com palpação de pulsos braquiais, radiais, femorais, tibiais posteriores e pediosos, e exame neurológico.

Ainda no eixo de organização e gestão do serviço, definimos as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos, para facilitar o andamento do serviço. Também foram desenvolvidas ações no eixo do engajamento público para dar cumprimento a este objetivo, pois fizemos orientação aos hipertensos e à comunidade, quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Para os hipertensos diagnosticados com obesidade, quando estavam descompensados, foram avaliados pela nutricionista do NASF e os que tinham uma doença mental associada, foram avaliados pela Psicóloga do NASF. Todas estas ações fizeram que nosso objetivo fosse cumprido em quase 100 %. O paciente que faltou por avaliar foi devido que depois que fizemos a primeira consulta e votado em a ficha espelho um filho levou a ele para outra áreas a morar com ele longo de nossa UBS.

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

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

No decorrer da intervenção 99 diabéticos receberam exame clínico apropriado de acordo com o protocolo; atingimos a meta de 100% nos 3 primeiros meses, sendo que sucessivamente nos quatro meses tivemos 35(100%), 69(100%), 93(100%) e 99(99%) diabéticos avaliados. As ações que colaboraram para o cumprimento desta meta foram a realização do exame clínico apropriado realizado por mim, respeitando os itens do protocolo do MS com medidas antropométricas

obtenção de peso e altura para cálculo do índice de massa corporal (IMC). Esse cálculo nos permitiu diagnosticar um alto número de diabéticos com obesidade; realizamos ainda medida da PA e frequência cardíaca, palpação de tireoide, ausculta cardíaca e pulmonar.

Realizamos também: exame dos pés (lesões cutâneas (infecções bacterianas ou fúngicas), estado das unhas, calos e deformidades); avaliação dos pulsos arteriais periféricos e edema de membros inferiores. Também no eixo de organização e gestão do serviço, definimos, durante a capacitação, as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos, para facilitar o andamento do serviço.

Foram desenvolvidas ações no eixo do engajamento público para dar cumprimento a este objetivo, pois fizemos orientação aos diabéticos e a comunidade, quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Os diabéticos em que se diagnosticou obesidade, os que estavam descompensados de sua diabetes foram avaliados pela nutricionista do NASF e os que tinham uma doença mental associada foram avaliados pela Psicóloga do NASF. Todas estas ações fizeram que nosso objetivo fosse cumprido em 99%.

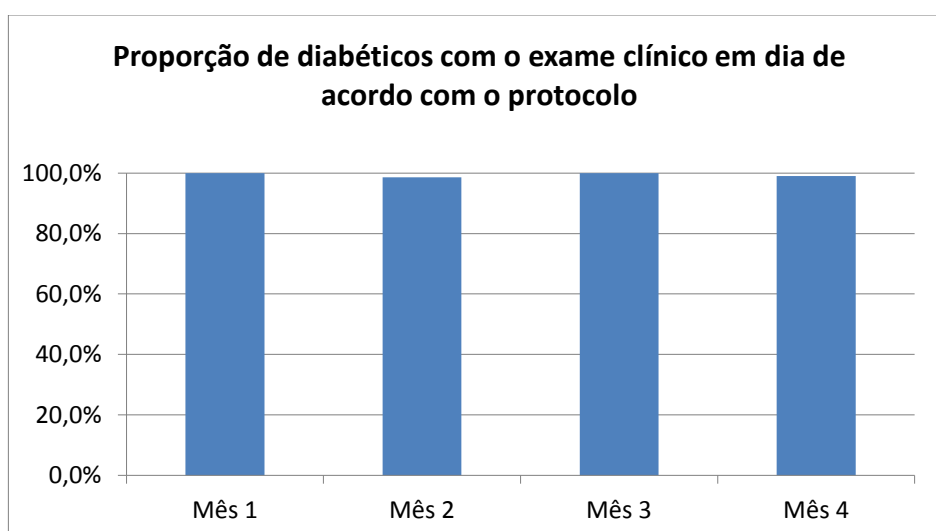


Figura 3: Proporção de diabéticos com exame clínica em dia na unidade de saúde.

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

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

Esta meta também não pode ser totalmente cumprida devido ao fato de que nossa equipe não poder garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos segundo protocolo, pois em nosso município temos muitas dificuldades para fazer os exames; o número de quotas para serem realizados no hospital foi insuficiente. Alguns dos hipertensos fizeram os exames em laboratórios particulares mas muitos não tinham condições econômicas, porém os exames foram solicitados pelo médico para 100% dos hipertensos que apresentavam atraso em relação a esses exames. Também posso dizer que alguns hipertensos estavam acamados e com complicações próprias da idade, as quais impossibilitavam a realização dos exames, tendo em conta que o hospital fica a 2,5 km da área onde estes residem e para muitos não era possível o deslocamento até o hospital. Além disso, mesmo que o usuário conseguisse realizar os exames, os resultados demoravam muito tempo para retornar, por vezes até mais de três semanas.

Durante o período da intervenção fizemos um controle rigoroso dos exames que estavam pendentes. Fizemos a conferência, semanalmente. Durante os quatro meses tiveram 379 hipertensos que receberam solicitação de exames e obtivemos os resultados em 349 pacientes (92,1%), sendo que no decorrer dos meses tivemos, 88(93,6%), 172(93,5%), 254(91,7%) e 349(92,1%) hipertensos com exames complementares em dia, segundo o protocolo, conforme demonstrado na Figura 3.

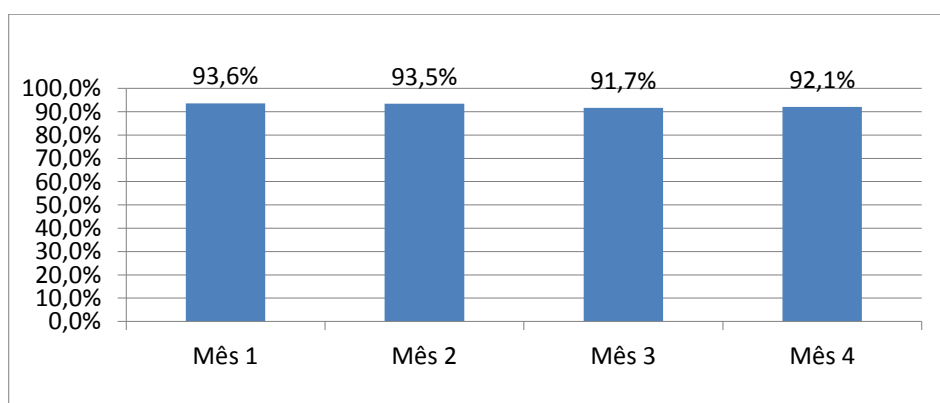


Figura 4- Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

Esta meta não pode ser cumprida integralmente pela mesma questão levantada na meta anterior. Não conseguimos sensibilizar os gestores para apoiar a realização dos exames complementares de diabéticos. O agendamento para os exames é difícil, porque há um limite de fichas disponibilizadas ao mês, portanto, nem todos conseguem o acesso. Além disso, o hospital onde são realizados é distante da área e isto também dificulta o acesso aos exames, especialmente aos portadores de alguma limitação física ou mental. A demora do retorno dos usuários com os resultados dos exames foi outro fator que contribuiu para o não cumprimento integral dessas metas.

Alguns usuários conseguiram realizar os exames na rede privada, mas nesse caso o fator limitante para a realização foi a condição econômica do usuário. Assim sendo, os exames foram solicitados por mim para os 100 usuários, segundo protocolo, entretanto, durante os quatro meses 92 diabéticos realizaram os exames e retornaram com os resultados. Sucessivamente durante os meses tivemos: 34(97,1%), 66(95,7%), 89(95,7%) e 92(92%) diabéticos, com exames complementares em dia, segundo o protocolo, como mostra a figura 4.

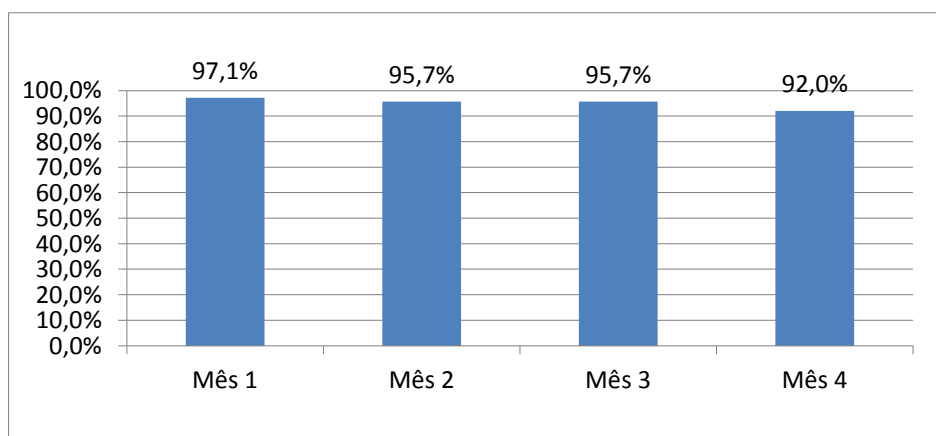


Figura 5- Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

Nos quatro meses tivemos 371 hipertensos do total de 379 (97,8%) com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada, sendo que no decorrer desses meses tivemos sucessivamente 91(96,8%), 177(96,2%), 269(97,1%) e 371(97,9%) hipertensos com prescrição e uso desses medicamentos (Figura 5), que puderam ser adquiridos sem custos. Esta meta não foi cumprida aos 100% e acho que a causa fundamental se justifica porque alguns pacientes são avaliados por cardiologista, tendo sido prescritos outros medicamentos. Os resultados estão expressos na figura abaixo:

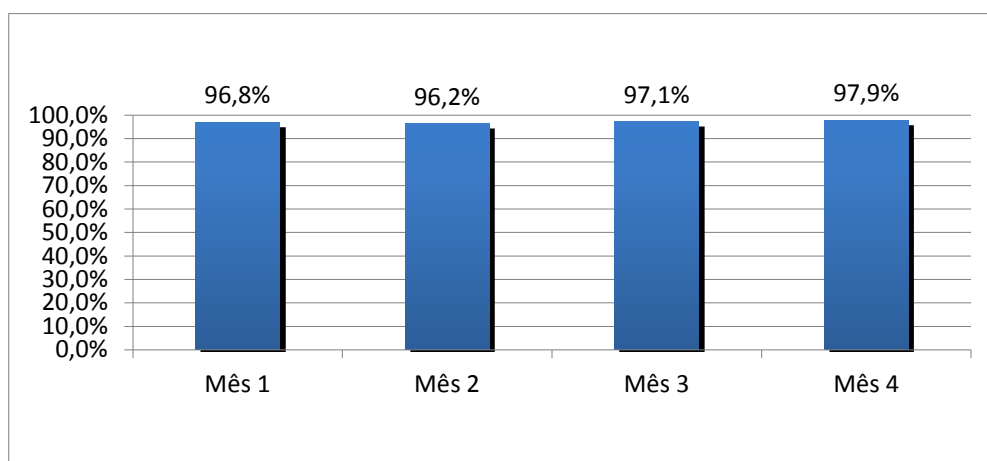


Figura 6: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

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

Tivemos 98 diabéticos do total de 100 em nossa área de abrangência, que durante as consultas, receberam prescrição dos medicamentos da farmácia popular, representando 98%, e puderam adquiri-los sem custos. Durante os quatro meses tivemos sucessivamente 34(97,1%), 67(98,5%), 91(97,8%) e 98(98%) diabéticos com prescrição e uso de medicamentos da farmácia popular (Figura 6).

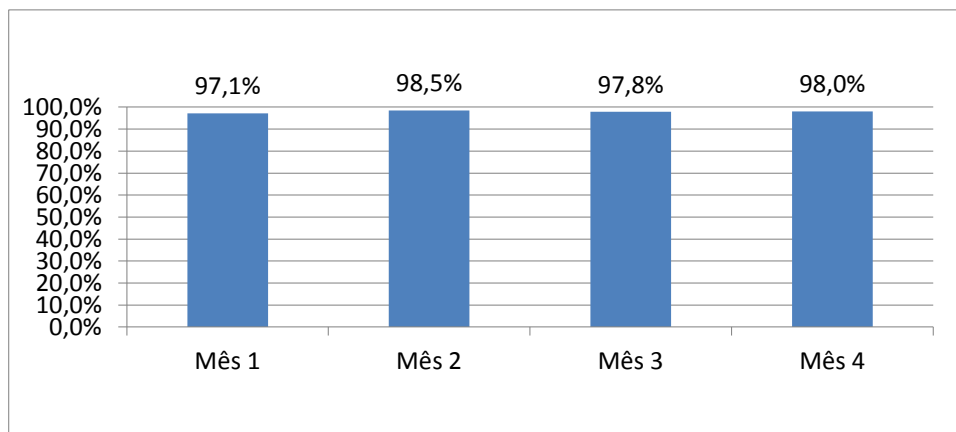


Figura 7: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

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

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

Nos quatro meses tivemos 379 hipertensos do total de 379 (100%) com avaliação da necessidade de atendimento odontológico que foi feita a recuperação durante o decorrer dos quatro meses sucessivamente 93(98,9%), 184(100%), 277(100%) e 379(100%) dos hipertensos avaliados sobre as necessidades de atendimento odontológico.

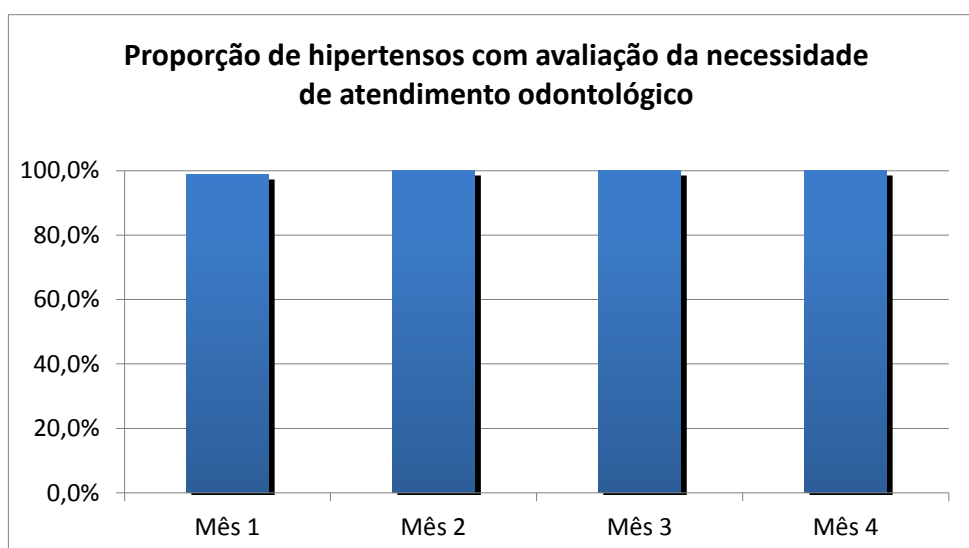


Figura 8: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.



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

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

Tivemos 100 diabéticos do total de 100(100%) em nossa área de abrangência, que durante as consultas avaliamos as necessidades de atendimento odontológico.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos

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

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

Durante a intervenção, realizamos busca a 66 usuários hipertensos faltosos que estavam com atraso na consulta e sucessivamente durante os meses buscamos 16, 38, 53 e 66 usuários, atingindo 100% em todos os meses de intervenção. As ações que mais contribuíram para as buscas foram o trabalho feito pelos ACS, por meio da realização das visitas domiciliares, nas quais também participaram o médico e a enfermeira.

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

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

Durante a intervenção fizemos buscas ativas para 21 diabéticos faltosos e no decorrer dos meses buscamos 4, 10, 16 e 21 usuários, atingindo o percentual de 100% em todos os meses de intervenção. Estas buscas foram realizadas pelos ACS, mas as vistas domiciliares realizadas pela médica, enfermeira e ACS.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações dos hipertensos e diabéticos

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

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

Os hipertensos já possuíam cadastro de acompanhamento, mas não com a qualidade de dados exigida pela ficha-espelho, sendo que faltavam alguns indicadores. Também não havia monitoramento dos dados coletados, ou seja, na ficha estavam presentes o nome do usuário e o medicamento em uso.

Com a intervenção, 379 (100%) hipertensos cadastrados pela equipe foram registrados em suas fichas-espelho, mas dois de eles não foram colocados todos os dados, com todas as ações e procedimentos a que tiveram acesso, isto passou porque quando estava fechando as fichas os pacientes estavam fora do área de abrangência e não tenha os dados deles.

Também monitoramos, durante a intervenção, a manutenção dos registros atualizados, por meio da planilha eletrônica de coleta de dados. Durante os quatro meses sucessivamente, tivemos 94, 184, 276 e 377 hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento (Figura 7).

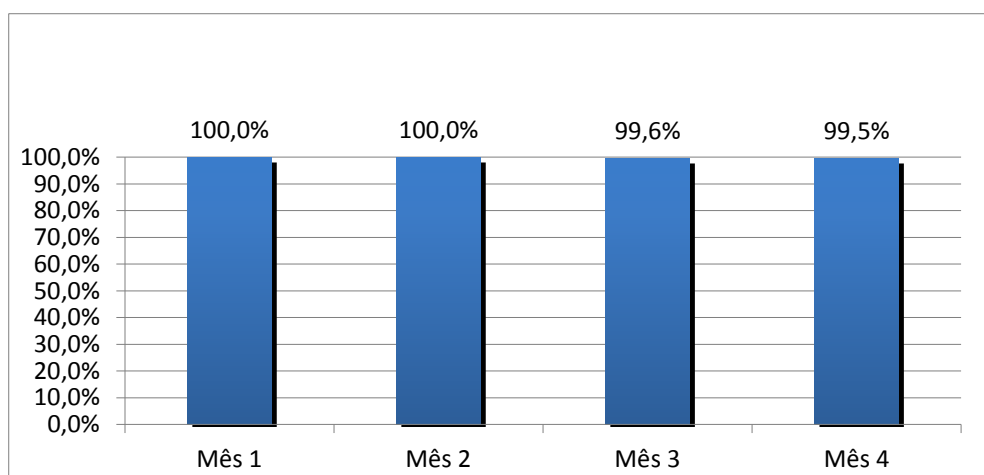


Figura 9: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

Como foi comentado anteriormente, todos os usuários tinham ficha de acompanhamento, porém considero que eram incompletas, uma vez que só se tinha registro do nome do usuário e dos medicamentos que faziam uso.

Durante a intervenção 100 diabéticos cadastrados na unidade de saúde (100%) foram registrados em suas fichas-espelho, mas faltou um paciente que não

foi feita todas as ações e procedimentos a que foram submetidos, o paciente que não tenha todos os dados foi um que já falamos em hipertenso porque também é diabético. Monitoramos, durante a intervenção, a manutenção dos registros atualizados, por meio da planilha eletrônica de coleta de dados. Durante os quatro meses, tivemos sucessivamente 35, 68, 93 e 99 diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento (Figura 8).

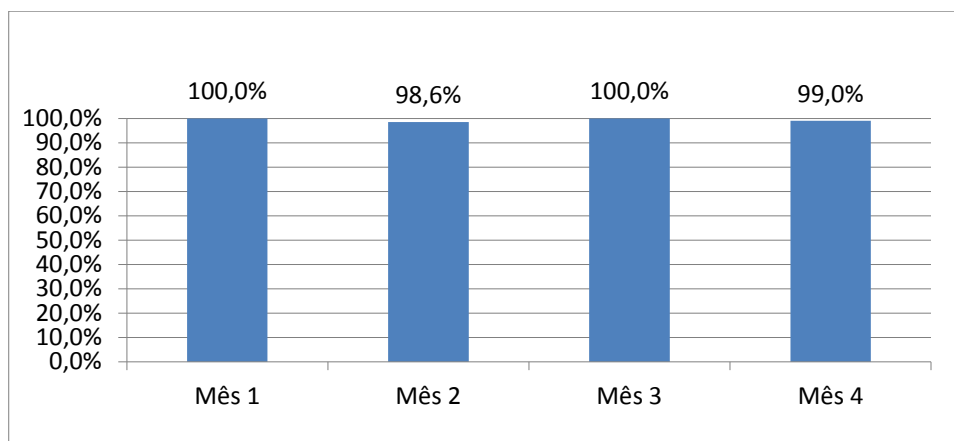


Figura 10: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

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

Durante a intervenção do total de 379 (100%) usuários hipertensos realizamos avaliação do risco cardiovascular a 367 (96,8%); no entanto faltaram 12 pacientes para os quais não foi avaliado integralmente o risco cardiovascular, porque faltavam os resultados de ECG e dependendo do risco encontrado foi determinado o acompanhamento, de acordo com os protocolos. Para os usuários que apresentaram uma doença cardiovascular associada, houve encaminhamento para o cardiologista. Durante os quatro meses tiveram 94(100%), 183(99,5%), 272(98,2%) e 367(96,8%) hipertensos com estratificação de risco cardiovascular em dia (Figura 9).

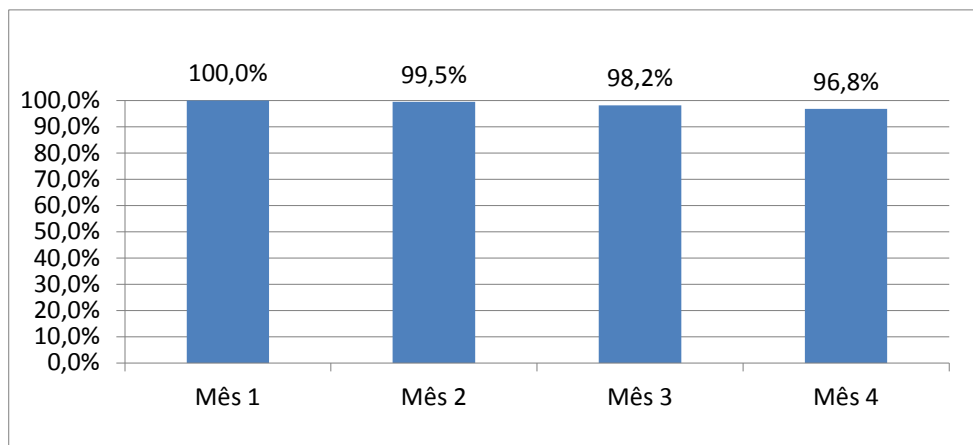


Figura 11: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

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

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

Durante a intervenção, do total de 100 usuários diabéticos, foram avaliados em seu risco cardiovascular 94 (94%); faltaram 6 pacientes que não foram avaliados integralmente em função de que faltavam os resultados de ECG e foram identificados para que fosse feito o acompanhamento, segundo os critérios disponibilizados nos protocolos, de acordo com o risco apresentado. Nos casos em que os diabéticos apresentavam alguma doença cardiovascular associada, foram encaminhados para o cardiologista. Durante os quatro meses tivemos 35(100%), 68(98,6%), 93(100%) e 94(94%) com estratificação de risco cardiovascular, em dia. Por quanto esta meta não foi cumprida (Figura 10).

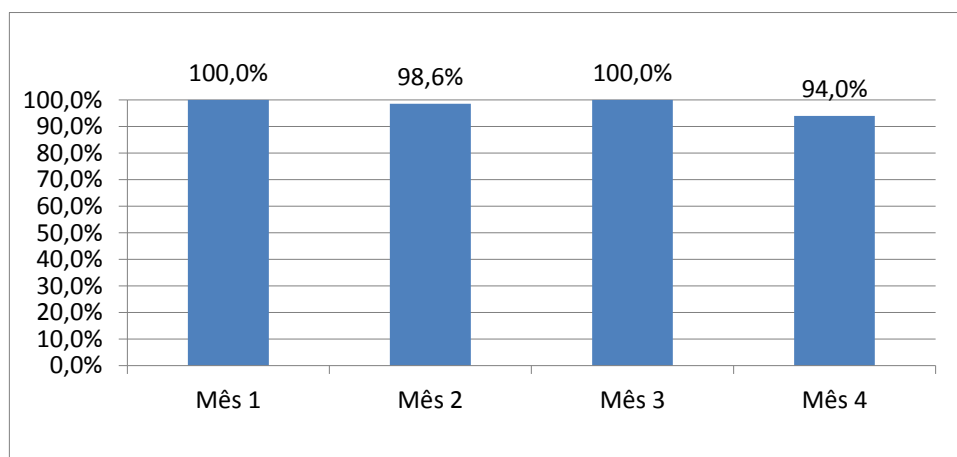


Figura 12: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

Durante a intervenção, realizamos orientação nutricional para 379 (100%) hipertensos, nas consultas médicas e nas palestras educativas promovidas pela equipe na sala de espera da unidade de saúde, nos dias das consultas planejadas para os hipertensos. Durante os quatro meses, tivemos sucessivamente, 94, 184, 277 e 379 hipertensos que receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, contemplando 100% em todos os meses de intervenção.

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

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

Durante a intervenção foi realizou-se orientação nutricional para 100 (100%) diabéticos cadastrados. Essas orientações ocorreram em todas as consultas médicas e nas palestras educativas realizadas pela equipe na sala de espera da unidade de saúde, nos dias das consultas planejadas para os diabéticos. Durante os quatro meses tiveram 35, 69, 93 e 100 diabéticos que receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, atingindo 100% em todos os meses.

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

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

Durante a intervenção, realizamos as orientações nas consultas e nas palestras educativas realizadas pela equipe nos dias das consultas, destinada aos hipertensos, sobre a importância da prática de atividade física. Durante os quatro meses, tivemos 379 hipertensos que receberam essas orientações, sendo que sucessivamente, durante os meses, tivemos 94, 184, 277 e 379 hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

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

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

Para os diabéticos, assim como para os hipertensos, realizamos orientações para a prática regular de exercício físico durante as consultas e nas palestras educativas. Durante os quatro meses tiveram 100 usuários que receberam as orientações e a evolução no decorrer desses meses foi de 35, 69, 93 e 100 diabéticos que receberam orientação sobre a prática regular de atividade física.

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

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

Durante a intervenção 379 usuários hipertensos foram orientados nas consultas e nas palestras educativas sobre o risco de tabagismo. Durante os quatro meses, sucessivamente, tivemos 94, 184, 277 e 379 hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

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

Durante a intervenção 100 usuários diabéticos foram orientados nas consultas sobre o risco de tabagismo, além de receberem palestras na sala de espera da unidade da saúde, sobre o tema, antes das consultas planejadas para diabéticos, realizadas pela equipe da unidade de saúde. Durante os quatro meses, sucessivamente, tivemos 35, 69, 93 e 100 diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Neste sentido, todos os pacientes hipertensos e diabéticos foram atingidos por esta ação nos quatro meses de intervenção.

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

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

Durante a intervenção, 379 (100%) usuários hipertensos foram orientados em todas as consultas sobre a importância da higiene bucal e participaram das

palestras sobre os temas que aconteceram na sala de espera da unidade de saúde, antes das consultas planejadas para hipertensos.

Nos quatro meses tivemos 94, 184, 277 e 379 hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

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

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

Durante a intervenção, 100 diabéticos, assim como os hipertensos, foram orientados sobre a importância da higiene bucal nas consultas e nas palestras da sala de espera da unidade de saúde. Nos quatro meses tivemos sucessivamente 35, 69, 93 e 100 diabéticos que receberam estas orientações. As palestras foram realizadas por a equipe de saúde da família e pela equipe de saúde bucal que apoia o projeto.

Ocorreram várias palestras durante todo este processo de aplicação do projeto de intervenção. Onde o que se buscou principalmente nessas palestras aos HAS e DM foi mostrar a importância da alimentação saudável, higiene bucal e enfatizar a valorização da atividade física, assim como, também foram abordados nessas palestras os males que são causados o tabagismo, e doenças que são desenvolvidas através deste vício. Os ACS realizaram dramatizações envolvendo situações típicas do dia a dia da comunidade, mostrando a importância de cada alimento usado diariamente por todos, e também como mudanças em pequenas atitudes, como deixar de fumar e fazer pequenas caminhadas podem ser benéficas à saúde.

#### 4.2 Discussão

A intervenção em nossa unidade básica de saúde permitiu a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos de 276 (42%) antes da intervenção para 379 pacientes representando 58.1%; para os diabéticos a ampliação foi de 72 (44,7%) no começo da intervenção para 100 (62.1%). Propiciou-nos também, melhorar a qualidade da atenção ofertada a hipertensos e diabéticos, com destaque para a ampliação do exame clínico apropriado a 99,5% dos hipertensos, o que ao começo da intervenção estava a menos dos 20%, assim como aos diabéticos alcançou-se 99%, quando no começo da intervenção era de menos dos 15%.

Conseguimos aumentar a proporção de hipertensos e diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo de 0% no começo da intervenção para 92,1% e 92% respectivamente para hipertensos e diabéticos ao final da intervenção. Além disso, com a intervenção, tivemos maior facilidade para fazer a classificação de risco cardiovascular de ambos os grupos: de 379 hipertensos se realizou a classificação de risco a 367 (96,8%) e de 100 diabéticos se classificou o risco a 94 (94%); a melhoria dos registros adequados na ficha de acompanhamento foi de 99,5% para os hipertensos e de 99% para os diabéticos. A melhoria na adesão de hipertensos e diabéticos foi alcançada por meio da busca ativa de 66 pacientes hipertensos e 21 usuários diabéticos (100%).

A proporção de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular /Hiperdia priorizada aumentou de menos de 60% a 97,9% para os hipertensos e a 98% para os diabéticos, assim como a promoção à saúde dessa população foi feita a 100% dos usuários, com orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo, e sobre higiene bucal.

A intervenção não alcançou a meta proposta de cobertura de atenção aos hipertensos e diabéticos, mas propiciou uma melhoria na qualidade do atendimento médico e melhoria dos registros de informação nos prontuários. Pode-se destacar a avaliação integral realizada para os usuários HAS e DM, avaliação do risco cardiovascular, identificação de complicações oculares, renais e circulatórias.

Acredito que a cobertura que não foi alcançada esta relacionada com a estimativa para a UBS e para o município que não é a mesma estimativa nacional, já que se trata de um município do interior do estado onde não existem muitos fatores de risco que provocam estas doenças; observa-se em geral uma alimentação saudável, não há muito uso de tabagismo e álcool, não existe alta violência como em as grandes cidades, não estão expostos a estresse e como é um povo que trabalha na agricultura fazem caminhadas naturais para chegar ao trabalho ou vão de bicicleta fazendo assim atividades físicas, além do que, o ambiente natural é mais puro.

A proporção de hipertensos e diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo não foi cumprida em função da distancia do hospital da área de abrangência, das poucas vagas para exame/dia, demora na entrega dos resultados (mais de 20 dias para a entrega, aparelhos quebrados).



A maior importância que teve a intervenção para a equipe foi à capacitação sobre o manejo dos HAS e DM, segundo os protocolos preconizados pelo Ministério de Saúde (caderno de atenção básico número 34 e 35), reforçou também a interação entre os membros da equipe, valorizando o trabalho de cada profissional e definindo as atribuições dos mesmos. A equipe avaliou como a principal fortaleza da intervenção o trabalho de busca ativa feito pelos ACS, aprofundando a relação ACS, família e indivíduo, além das ações de acolhimento realizadas desde a chegada dos usuários com a atendente de marcação que recepciona os usuários, procurando suas fichas de atendimento e assim encaminhando para a triagem com a técnica de enfermagem; esta profissional foi orientada para realizar avaliação nutricional, medição da pressão arterial e glicemia de jejum capilar.

Após isso o usuário era encaminhando ao atendimento médico. A enfermeira e os ACS, entre suas atribuições, realizaram busca ativa dos usuários faltosos as consultas e aqueles que não estão sendo acompanhados pela equipe.

A rotina de trabalho apontada pela intervenção apresentou bons resultados, além da incorporação dos serviços à rotina da unidade. A equipe começou a aplicar os demais programas preconizados pelo Ministério da Saúde, como o programa de atenção ao pré-natal, puericultura e idosos. E de suma importância foi o grupo de HAS e DM que além dos benefícios para o usuário também foi uma ferramenta utilizada pela equipe no relacionamento com a comunidade. O grande objetivo dos grupos foi levar as informações para os usuários e os mesmos atuarem como promotores de saúde, adquirindo conhecimentos e levando à sua família e comunidade em geral.

Antes da intervenção as atividades para os usuários HAS e DM eram realizadas em consultas espontâneas exigindo aos usuários chegar a UBS de madrugada para a marcação de consultas e a consulta só era realizada pelo médico. Com a intervenção, iniciou-se o planejamento das consultas aos usuários e exigiu a cada membro da equipe cumprir suas atribuições. O acolhimento iniciava desde a recepção, passando pela técnica de enfermagem (classificando o risco do usuário e priorizando-os), enfermeira e médico, então o usuário voltava à recepção com o planejamento da próxima consulta.

A média dos usuários atendidos por dia aumentou consideravelmente. Com a intervenção, conseguimos organizar melhor nosso trabalho, pois foi necessária uma atualização constante e quantitativa dos registros, facilitou-se a melhoria no

acolhimento, a priorização do atendimento e busca ativa dos faltosos, propiciou a otimização do processo de trabalho, pois com as consultas previamente agendadas diminuiu-se o problema da falta de fichas de atendimento (redução da demanda espontânea), além disso, a classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido crucial para apoiar a priorização de atendimento dos mesmos.

A intervenção estreitou a relação da equipe com a comunidade, esta percebeu que as atividades foram voltadas para o benefício da saúde, onde a equipe escutou suas queixas e preocupações, dando resolutividade na própria unidade de saúde ou encaminhando a outros níveis de atenção quando necessário. Os usuários HAS e DM e seus familiares demonstram satisfação pelas atividades realizadas para melhorar seus resultados de saúde. E como ganho fundamental ficou o grupo de HAS e DM.

Para a comunidade a intervenção foi de muita importância, pois nos permitiu a melhoria no acolhimento e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, facilitou a realização de atividades em grupos, como as palestras educativas, nas quais foram desenvolvidas atividades de promoção, prevenção de saúde. Com a intervenção melhoramos os atendimentos a hipertensos e diabéticos, assim como a busca ativa dos faltosos; o maior contato com o paciente foi facilitado com as consultas previamente agendadas, diminuiu-se o problema da falta de fichas de atendimento (redução da demanda espontânea).

Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos hipertensos e diabéticos sem cobertura segundo a estimativa. Se fosse realizar a intervenção neste momento daria uma maior importância às atividades para informar o programa de HAS e DM para toda a comunidade e lideranças comunitárias. Permitiria uma maior divulgação das atividades que seriam feitas, garantindo uma maior participação da comunidade, mobilizando a família e o indivíduo. Também reforçaríamos a capacitação aos membros da equipe, aprofundando suas atribuições, discutiria com o gestor a possibilidade de garantir atendimento médico no horário da tarde para facilitar alcançar as metas propostas.

Nossa intervenção vai ser incorporada na rotina do serviço; para isto vamos a ampliar o processo de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos em especial os de alto risco. Pretendemos ampliar o cadastro de hipertensos e diabéticos até alcançar a meta de 100% dos pacientes que temos que ter cadastrados segundo o Vigitel; vamos

melhorar o processo de realização de exames aos hipertensos e diabéticos e para isso pretendemos lutar para ampliar as vagas que oferta a secretaria municipal de saúde para os usuários hipertensos e diabéticos para que façam os exames de forma gratuita no hospital. Também pretendo incrementar a participação no NASF na avaliação e atenção dos hipertensos e diabéticos e nas atividades de promoção da saúde.

O próximo passo é continuar com o acompanhamento aos usuários que participaram da intervenção, monitorando a entrega de exames complementares, além de identificar a busca ativa dos usuários HAS e/ou DM que não estejam sendo acompanhados pela equipe. Continuaremos com pesquisa da medição da pressão arterial a todos os usuários maiores de 18 anos para identificar possíveis novos casos, e estender a rotina utilizada durante a intervenção aos demais programas preconizados pelo Ministério da Saúde, tais como: assistência ao pré-natal, puericultura e idosos.

## 5 Relatório da intervenção para gestores

Visando a melhoria da qualidade da Atenção aos hipertensos e diabéticos na ESF de Vila Kolping, Batalha, PI, foi realizada uma intervenção por um período de quatro meses a fim de incorporá-la à rotina de trabalho da unidade, visto que existia uma grande demanda de este grupo de usuários, que chegavam a nossa UBS, procurando ser atendidos, todos os dias, por conta que sua diabetes e hipertensão estavam descompensadas ou por outras consequências referentes a este descontrole ou simplesmente para fazer um acompanhamento.

O trabalho de prevenção e também o atendimento médico já existiam na unidade, no entanto, devido ao diagnóstico situacional, foi possível averiguar que alguns aspectos demandavam uma melhora, o que estimulou, assim, a implementação dessa intervenção.

O objetivo Geral de nossa intervenção foi melhorar a atenção aos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, dentro dos objetivos específicos estavam a ampliação da cobertura da atenção a hipertensos e diabéticos, Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos, Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos, Melhorar o registro das informações dos hipertensos e diabéticos e Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular. Assim como, promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Durante a intervenção, foram realizadas atividades condizentes com os quatro eixos pedagógicos do curso: monitoramento e avaliação (toda a ação desenvolvida foi acompanhada ao longo dos quatro meses), engajamento público (ações educativas, de prevenção e promoção de saúde), organização e gestão do serviço (mais qualificado e de acordo com a necessidade da população) e qualificação da prática clínica (capacitação dos profissionais envolvidos), ilustrando-se assim, por meio dos resultados positivos, tais como logramos realizar exame clínico apropriado em 100 % dos hipertensos e diabéticos, melhoramos adesão dos hipertensos e diabéticos, através da busca ativa dos 100% dos faltosos a consulta, logramos manter ficha de acompanhamentos aos 99% dos diabéticos e 99,5% dos hipertensos, realizamos avaliação do risco cardiovascular a todos os usuários avaliados na consulta, assim como a realização de atividades de educação em saúde ao todos usuários cadastrados durante a intervenção.

As ações foram realizadas aos hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência, tínhamos cadastrados antes da intervenção 276 hipertensos e 72

diabéticos, e tínhamos que ter segundo a estimativa de Vigitel 652 hipertensos e 161 diabéticos. A meta estipulada foi de aumentar até um 100% de cobertura pelo Programa, tanto para hipertensão, como para a diabetes mellitus, entre tanto ao final de quatro meses de intervenção atingiu-se 379 hipertensos (58,1%) e temos 100 diabéticos cadastrados onde a meta estipulada para cobertura foi de 100% e atingiu-se num 62,1%.

Com a incorporação da intervenção na rotina, foi possível observar a qualidade no atendimento direcionado pelo protocolo, em que realizamos consulta médica, com estratificação de risco, exames laboratoriais e orientações pertinentes, como: atividade física, tabagismo e nutrição, sendo realizada busca ativa dos faltantes.

Apesar de que não contamos com apoio suficiente, nossa intervenção alcançou os objetivos propostos, pois logramos melhorar a qualidade dos atendimentos nos hipertensos e diabéticos, de forma que a população ficou contente com a qualidade da atenção ofertada pela equipe.

Com a intervenção cada usuário, seja hipertenso ou diabético, passou a dispor de uma ficha-espelho, preenchida pelo médico com todos os dados, o que nos permitiu uma atualização qualitativa constante dos registros.

Também o acolhimento na nossa unidade de saúde também foi melhorado. Todo o portador de HAS e DM que foi avaliado como de alto risco, teve seu atendimento priorizado sendo que, foram reservadas cinco vagas, diariamente na agenda, para estes casos, ou para outros que necessitassem.

Como as consultas foram previamente agendadas, houve uma diminuição do problema da falta de fichas de atendimento (redução da demanda espontânea), o que propiciou a otimização do processo de trabalho. Incrementamos o horário dos atendimentos aos usuários hipertensos e diabéticos e passamos atendê-los às quartas-feiras, no período da manhã e tarde, além das 5 vagas disponibilizadas, diariamente. Antes da intervenção só tínhamos 14 fichas às quartas-feiras no período da tarde para atender todos os hipertensos e diabéticos da UBS.

A nova estratégia, em relação à ampliação do horário, possibilitou a diminuição das críticas feitas pelos usuários, que eram muitas. Por vezes, antes da intervenção, eles chegavam à UBS e não tínhamos mais fichas de atendimento. Para ter certeza do atendimento, era necessário chegar de madrugada na unidade

de saúde. Após a intervenção, isso foi solucionado e a população ficou muito contente.

Outras das vantagens da intervenção foram a busca ativa dos faltosos às consultas e neste caso, os ACS tiveram um trabalho meritório, porque foram recuperados 100% dos faltosos.

Com relação a promoção de saúde de hipertensos e/ou diabéticos Alcançou 100% dos HAS e DM, orientados sobre Alimentação saudável, atividade física, tabagismo e higiene bucal em todas as consultas e em atividades de palestras com a comunidade sobre a importância dessas temáticas a patologia.

Foram muitas conquistas obtidas pela equipe com a intervenção no serviço e a unidade de saúde teve o reconhecimento quanto à qualidade dos serviços prestados à comunidade.

Foi muito gratificante a criação do grupo de hipertensos e diabéticos pelo fato de estreitar vínculo e conseguir enfatizar a importância de ações de promoção e prevenção de saúde, sendo realizadas atividades mensais reforçando a importância que tem a participação ativa da comunidade junto a equipe de saúde com o intuito de melhorar a saúde dos sujeitos envolvidos. Além disso, se logrou a participação das lideranças comunitárias da área, enfatizando que será implementada a rotina de trabalho, dando continuidade a logística de implementação do projeto, estendendo a outros programas de atenção a saúde.

Por fim, gostaria de destacar a gratificação em ter realizado este trabalho que permitiu, acima de tudo, uma aproximação maior com esse grupo populacional. Além disso, houve uma aproximação maior e valorização da saúde dos hipertensos e diabéticos na equipe de saúde, permitindo assim uma abordagem integral dos usuários hipertensos e diabéticos.

Nessa oportunidade, agradecemos o apoio da gestão durante toda a realização do projeto. Sugerindo expandir a implementação desse projeto de intervenção a todo o município.

## 6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Com o objetivo de melhorar a qualidade da Atenção aos hipertensos e diabéticos na UBS Vila Kolping, programamos uma intervenção por um período de quatro meses a fim de incorporá-la à rotina de trabalho da unidade, visto que existia uma grande demanda de este grupo de usuários, que chegavam a nossa UBS, procurando ser atendidos, todos os dias, por conta que sua diabetes e hipertensão estavam descompensadas ou por outras consequências referentes a este descontrole ou simplesmente para fazer um acompanhamento.

Dentre as ações a serem melhoradas que foram identificadas na Análise Situacional, estavam a ampliação da cobertura da atenção a hipertensos e diabéticos, Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos, Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos, Melhorar o registro das informações dos hipertensos e diabéticos e Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular. Assim como, promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Durante a intervenção, foram realizadas atividades condizentes com os quatro eixos pedagógicos do curso: monitoramento e avaliação (toda a ação desenvolvida foi acompanhada ao longo dos quatro meses), engajamento público (ações educativas, de prevenção e promoção de saúde), organização e gestão do serviço (mais qualificado e de acordo com a necessidade da população) e qualificação da prática clínica (capacitação dos profissionais envolvidos), ilustrando-se assim, por meio dos resultados positivos, tais como logramos realizar exame clínico apropriado em 100 % dos hipertensos e diabéticos, melhoramos adesão dos hipertensos e diabéticos, através da busca ativa dos 100% dos faltosos a consulta, logramos manter ficha de acompanhamentos aos 99% dos diabéticos e 99,5% dos hipertensos, realizamos avaliação do risco cardiovascular a todos os usuários avaliados na consulta, assim como a realização de atividades de educação em saúde ao todos usuários cadastrados durante a intervenção.

Tínhamos cadastrados antes da intervenção 276 hipertensos e 72 diabéticos e tínhamos que ter segundo a estimativa de Vigitel 652 hipertensos e 161 diabéticos. A meta estipulada foi de aumentar até um 100% de cobertura pelo Programa, tanto para hipertensão, como para a diabetes mellitus, entre tanto ao final de quatro meses de intervenção atingiu-se 379 hipertensos (58,1%) e temos 100 diabéticos cadastrados onde a meta estipulada para cobertura foi de 100% e atingiu-se num 62,1%.

Apesar de algumas dificuldades apresentadas, a intervenção foi feita com muita qualidade, amor e dedicação, e os objetivos propostos foram cumpridos alguns e outros não, logramos com a intervenção melhorias no processo de acolhimento dos hipertensos e diabéticos, apesar que a intervenção começasse a ser feita em outro local porque a própria UBS estava em reforma, e este novo local estava era mais distante para a população e com precárias condições, mais logramos fazer atendimento clínico com muita qualidade a os usuários hipertensos e diabéticos, realizamos estratificação do risco cardiovascular, foram realizadas palestras educativas antes de começar a consulta, as quais foram muito bem acolhidas pelos usuários, onde os principais temas discutidos foram a importância de uma alimentação saudável, a importância de fazer atividade física, os riscos do tabaquismo, orientações sobre a importância de uma correta saúde bucal. Assim como houve uma flexibilização quanto aos horários para agendamento, buscando, assim, facilitar o acesso e aumentar a adesão.

Apesar de que durante a intervenção não contamos na UBS com os medicamentos para estas doenças hipertensão e diabetes, logramos através das palestras educativas e com ajuda dos ACS que a população tivesse conhecimentos que nosso município conta com uma farmácia popular onde eles podem fazer um cadastro com uma receita do médico e pegar os remédios de forma gratuita.

Outras das ações desenvolvidas foram a solicitação dos exames laboratoriais segundo a frequência com que exige o protocolo do Ministério da Saúde, apesar que não lograsse que durante os quatro meses da intervenção todos os pacientes voltassem a consulta com os resultados dos exames, logramos diagnosticar outras doenças associadas, tais como dislipidemias, pelo que o atendimento aos usuários foi feito de forma integral.

Outras das vantagens para a comunidade oferecida pela intervenção foi a busca ativa dos pacientes faltosos a consultas, labor na qual os ACS tiveram um trabalho meritório.

A nova rotina terá continuidade em nossa UBS, pois o impacto da intervenção na comunidade já é percebido, à medida que os usuários têm buscado nossos serviços, mais precisamos melhorar e intensificar a divulgação para a comunidade e as orientações para equipe, a fim que se mantenha o monitoramento e não se perca qualidade no atendimento, assim como a ampliação da cobertura para os hipertensos e diabéticos para chegar até 100 por cento.



Com relação a promoção de saúde de hipertensos e\ou diabéticos Alcançou 100% dos HAS e DM, orientados sobre Alimentação saudável, atividade física, tabagismo e higiene bucal em todas as consultas e em atividades de palestras com a comunidade sobre a importância dessas temáticas a patologia.

Foi muito gratificante a criação do grupo de hipertensos e diabéticos pelo fato de estreitar vínculo e conseguir enfatizar a importância de ações de promoção e prevenção de saúde, sendo realizadas atividades mensais reforçando a importância que tem a participação ativa da comunidade junto a equipe de saúde com o intuito de melhorar a saúde dos sujeitos envolvidos. Além disso, se logrou a participação das lideranças comunitárias da área, enfatizando que será implementada a rotina de trabalho, dando continuidade a logística de implementação do projeto, estendendo a outros programas de atenção a saúde.

## 7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

No início a expectativa em relação ao desenvolvimento do curso era de que seria muito difícil de realizar, principalmente após o conhecimento pelo conhecimento da língua portuguesa e a dificuldades com acesso a internet, porém, ao longo da implementação das ações, o trabalho foi tornando-se cada vez mais viável e justificado pela melhoria constante desses desafios já citados acima.

Quando ingressei no Curso de Especialização de Saúde da Família, na primeira semana do curso na unidade de análise situacional tivemos um atraso no envio das tarefas causado pela acessibilidade a internet, além disso, desmotivado pela frequente cobrança da orientadora. Ao final dessa unidade mudou a orientadora por um orientador e considero que seu acompanhamento foi decisivo em minha interpretação da importância do curso, que motivou a participar mais ativamente do mesmo, aprofundou meu conhecimento em várias temáticas abordadas nos casos clínicos e nas práticas clínicas e a metade da terceira unidade de novo foi trocado o orientador por a orientadora Ivone que me há ajudado muito e mais quando fiquei desmotivado por o cambio de 16 semanas por 12 presenciais que não entendi e ela explicou muito bem para mim.

Considero que a implementação do projeto de intervenção foi o ponto máximo da motivação e do meu enriquecimento pessoal, por que a dinâmica oferecida pelo curso contemplava os parâmetros fundamentais para melhorar a qualidade da atenção do paciente hipertenso e diabético. O caderno de atenção básica foi instrumentos muito valiosos para aprofundar meu conhecimento dessas doenças. O resultado final de todo o processo de aprendizagem o considero positivo que adquiri um enriquecimento profissional.

Ao longo do curso pude compreender melhor o funcionamento das UBS e os princípios que a norteiam, tornando-me capaz para analisar criticamente a adequação da estrutura e funcionamento da mesma a preconizada pelo SUS.

Em resumo posso disser que o curso Especialização em Saúde da Família foi uma experiência única, maravilhosa e inesquecível o curso me ajudo a superar-me profissionalmente e converter-me numa melhor pessoa, pelo que agradeço muito e reconheço o trabalho de todos os que fizeram possível o desenvolvimento do mesmo.

## 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)

BRASIL. 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).

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI. Revista Hipertensão, v. 13, n. 1, jan./mar. 2010.

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 C-Ficha espelho


**PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS**  
**FICHA ESPELHO**

Data de inscrição no programa: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Número do prontuário: \_\_\_\_\_ Cessão SUS: \_\_\_\_\_  
 Nome completo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Necessita de cuidador? ( ) Sim ( ) Não  
 Nome do cuidador: \_\_\_\_\_ Telefones de contato: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Tem HAS? ( ) Sim ( ) Não      Tem DM? ( ) Sim ( ) Não      Tem HAS e DM? ( ) Sim ( ) Não      Está cadastrado no HIPERDIA? ( ) Sim ( ) Não  
 Há quanto tempo tem: HAS? \_\_\_\_\_ DM? \_\_\_\_\_ HAS e DM? \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ cm      Perímetro Braquial: \_\_\_\_\_ cm

Medicações de uso contínuo					
Data	Apresentação				
	Hidroclorotiazida 25mg				
	Captopril 25mg				
	Espirapril 40 mg				
	Enalapril 10 mg				
	Amlodipino 25 mg				
	Metformina 500 mg				
	Metformina 850 mg				
	Glibenclamida 5mg				
	Losartana NCH				
	Losartana potássica 0mg				
	Amlodipino 0mg				

FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS					
Data					
	Glicemia de Jejum				
	HGT				
	Hemoglobina glicosilada				
	Colesterol total				
	HDL				
	LDL				
	Triglicerídeos				
	Creatinina Sérica				
	RFG				
	Proteína sérica				
	Triglicerídeos				
	ECU				
	Índice de massa corporal				
	Curva glicêmica				
	Curvas esofágicas				
	Sedimento				
	Microalbuminúria				
	Potência de 24h				
	TSH				
	ECG				
	Hemograma				
	Hemoglobina				
	Hemoglobina				
	VCM				
	CHCM				
	Plaquetas				

