

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL**

Turma 6



Trabalho de Conclusão de Curso

**Qualificação da atenção aos hipertensos e diabéticos na
UBS Rosalia Gondim de Melo no município de Paraú/RN**

Rafaela Jales Pereira Diniz

Pelotas, 2015

RAFAELA JALES PEREIRA DINIZ

**Qualificação da atenção aos hipertensos e diabéticos da
UBS Rosália Gondim de Melo no município de Paraú/RN**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas/Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde, como requisito parcial à obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

Orientador: Maria Marta Amâncio Amorim

Pelotas, 2015

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

D585q Diniz, Rafaela Jales Pereira

Qualificação da atenção aos hipertensos e diabéticos da UBS Rosalia Gondim de Melo no município de Paraú/RN / Rafaela Jales Pereira Diniz; Maria Marta Amancio Amorim, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

132 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. Amorim, Maria Marta Amancio, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha família e amigos, que tiveram compreensão, carinho e me ajudaram durante todo o tempo de realização deste trabalho. Exponho aqui minha gratidão e admiração por todos.

Agradecimentos

Agradeço a realização deste trabalho à minha orientadora, Maria Marta Amâncio Amorim, por toda ajuda e dedicação na avaliação e orientação deste projeto.

Agradeço aos meus familiares e amigos, por me apoiarem e estarem ao meu lado participando direta ou indiretamente para a conclusão deste trabalho de conclusão de curso.

Lista de figuras

Figura 1: A. Atendimento médico; B. Enfermeira aferindo a pressão da usuário e técnica de enfermagem ao fundo.	92
Figura 2: A. Ação educativa ministrada pela médica, Figura B. Médica, Enfermeira e ACS participantes da ação educativa.....	92
Figura 3: Profissionais de saúde e usuários participantes da intervenção educativa.	93
Figura 4: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde ..	95
Figura 5: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.....	95
Figura 6: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	97
Figura 7: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	97
Figura 8: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia	98
Figura 9: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	99
Figura 10: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da	100
Figura 11: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos	101
Figura 12: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	102
Figura 13: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	102
Figura 14: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa	104
Figura 15: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.....	104
Figura 16: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	105
Figura 17: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	106
Figura 18: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....	107
Figura 19: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....	107

Figura 20: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.....	109
Figura 21: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.....	109
Figura 22: Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.....	110
Figura 23: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.	111
Figura 24: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.....	112
Figura 25: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.....	112
Figura 26: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal	113
Figura 27: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.	114

Lista de abreviaturas e siglas

ACS: Agente Comunitário de Saúde

CAP: Caderno de Ações Programáticas

ESF: Estratégia de Saúde da Família

HGT: Glicemia Capilar

HIPERDIA: Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PA: Pressão Arterial

PROVAB: Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

UFPeL: Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Apresentação	10
1. Análise situacional.....	11
1.1. Texto inicial sobre a situação da ESF/APS UBS Rosalia Gondim de Melo, enviado na segunda semana de ambientação, em 14 de abril de 2014.	11
1.2. Relatório da Análise Situacional	12
1.3. Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional, enviado em 29 de maio de 2014.	18
2. Análise estratégica – Projeto de intervenção	20
2.1 Justificativa	20
2.2 Objetivos e Metas.....	22
2.3 Metodologia	24
2.3.1 Ações	24
2.3.2 Indicadores.....	75
2.3.3 Logística.....	80
2.3.4 Cronograma	83
3. Relatório da intervenção.....	88
3.1 Ações desenvolvidas.....	88
3.2 Ações não desenvolvidas.....	90
3.3 Da coleta a sistematização dos dados	90
3.4 Incorporação e continuidade do projeto	91
4. Avaliação da intervenção	94
4.1 Resultados	94
4.2 Discussão.....	114
4.3 Relatório da intervenção para a comunidade	117
4.4 Relatório da intervenção para os gestores	119
5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem.....	123
6. Bibliografia.....	125

Anexo 1 – Ficha espelho	127
Anexo 2 – Planilha de coleta de dados	129
Anexo 3 – Documento do Comitê de Ética e Pesquisa	130

Resumo

DINIZ, Rafaela Jales Pereira. **Qualificação da atenção aos hipertensos e diabéticos da UBS Rosália Gondim de Melo no município de Paraú/RN.** 2015. 132f. Trabalho acadêmico (especialização). Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) são doenças crônicas extremamente prevalentes na população brasileira, que têm repercussões sistêmicas importantes e são consideradas problemas de saúde pública. A cobertura de atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) Rosália Gondim de Melo, de Paraú era 36% para hipertensos e 35% para diabéticos, necessitando de ser ampliado, o que foi um dos motivos para a realização desta intervenção. Assim este trabalho teve por objetivo, melhorar a qualidade da atenção básica aos usuários hipertensos e diabéticos da desta UBS. A intervenção foi composta por um atendimento qualificado, busca ativa contínua, realização de atividades em grupo e visitas domiciliares para os hipertensos e diabéticos e capacitação da equipe. O acompanhamento dos usuários foi realizado através de instrumentos como a ficha espelho e registros dos prontuários. Os dados foram transcritos para a planilha de coleta de dados, que geraram os resultados, por meio do cálculo dos indicadores, que avaliaram a ampliação da cobertura, melhoria da qualidade da atenção, melhoria da adesão ao programa; melhoria do registro das informações; mapeamento dos hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e promoção da saúde dos hipertensos e diabéticos. Os resultados foram bastante positivos: houve o aumento para 78% da cobertura dos diabéticos e para 42.5% para os hipertensos. Além disso, houve a melhoria na qualidade da atenção à saúde: 100% tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico, receberam orientações sobre atividade física regular, sobre os riscos do tabagismo, sobre alimentação saudável, receberam orientações sobre higiene bucal; tiveram o risco cardiovascular calculado; tiveram seus registros melhorados. Outros resultados: 53.6% dos hipertensos e 35.7% dos diabéticos foram faltosos às consultas mesmo com a busca ativa, 54.9% dos hipertensos e 53.1% dos diabéticos tiveram exames clínicos em dia; 49.3% dos hipertensos e 37.5% dos diabéticos tiveram exames complementarem em dia e 100% tiveram seus registros adequados. Os resultados mostram como essa intervenção foi importante para a UBS, para a comunidade hipertensa e diabética, que teve uma melhora significativa na qualidade do atendimento e também para equipe de saúde, que adquiriu conhecimento, durante as reuniões de capacitação e fortaleceu o espírito de trabalho em equipe durante a intervenção.

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

Apresentação

O presente trabalho teve como objetivo geral melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS Rosália Gondim de Melo, no Município de Paraú/RN. A intervenção teve início em agosto, durando 3 meses, com o TCC sendo construído também durante todo esse período e sendo finalizado no mês de Janeiro. No primeiro capítulo foi descrito a análise situacional, apresentando o município ao qual pertence à Estratégia de Saúde da Família em questão, a descrição da Unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma. No segundo capítulo está descrita a análise estratégica, apresentando a justificativa para desenvolver o trabalho, os objetivos e as metas, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, os indicadores, a logística e o cronograma. O relatório da intervenção, apresentado no terceiro capítulo, expõe as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e as que não foram, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados e, por fim, uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço. O quarto capítulo apresenta uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados, além do relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade. O capítulo cinco apresenta uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Para finalizar, apresenta-se a bibliografia utilizada neste trabalho e, ao final, os anexos e apêndices que foram usados para o desenvolvimento da intervenção.

1. Análise situacional

1.1. Texto inicial sobre a situação da ESF/APS UBS Rosalia Gondim de Melo, enviado na segunda semana de ambientação, em 14 de abril de 2014.

Como médica, faço parte da equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) da zona rural, mas faço maior parte dos atendimentos na zona urbana, especificadamente em uma unidade mista que na realidade é o próprio hospital da cidade.

A zona rural é dividida em 6 zonas principais e a cada semana vou atender, junto com a enfermeira e a técnica de enfermagem, de forma que todas as áreas sejam assistidas. Em se tratando da estrutura física há muito que se fazer. .Atendo em locais sem a menor condição física para atendimento médico como escolas, casas residenciais, entre outros. Nas escolas, não tem pia ou maca na sala e atendo usando a mesa do professor e o usuário senta nas cadeiras dos alunos. Nas casas residências a situação não é diferente. Há uma única Unidade Básica de Saúde (UBS) na zona rural, que também tem uma péssima estrutura, não tendo pia nem maca para examinar os usuários. As consultas ocorrem em livre demanda, sendo avisada a comunidade antes através do Agente Comunitário de Saúde (ACS) do local. A equipe leva todos os prontuários dos usuários da cidade para a zona rural. À medida que os usuários vão chegando os prontuários são selecionados. Não há nessas comunidades, locais para guardar os prontuários, sendo assim guardados na cidade.

A nossa realidade é outra bem diferente daquela mostrada nas propagandas do governo. Falando da estrutura da UBS da cidade, que funciona como unidade mista, é composta por: sala de atendimento da enfermagem e banheiro, sala de entrega de prontuários, sala de atendimento médico e banheiro, farmácia; secretaria de saúde, recepção, sala de emergência e estabilização, enfermaria com oito leitos e banheiro, 6 banheiros no total, sala de esterilização de materiais. Todas as salas possuem paredes e pisos lisos, não são antiderrapantes. Algumas salas ou ambientes tem iluminação natural e todas possuem iluminação artificial.

Falando da questão do acesso a usuários com dificuldade de locomoção, quer seja idoso ou deficiente físico há também muito o que mudar. Em nenhum ambiente, rural ou urbano, foi observado adaptação para essas pessoas. As portas

não são mais largas, não há corrimão, piso não é antiderrapante e nas entradas possuem degraus sem rampas, assim conclui-se que nunca pensaram na questão do acesso facilitados para essas pessoas. Certamente essas limitações estruturais descritas acima claramente terminam por prejudicar não só o meu trabalho e sim de toda equipe e mais importante ainda prejudica o usuário.

A prioridade no momento é a questão estrutural da UBS e do hospital. Para começar deve-se investir em uma estrutura adequada para fazer a ESF se separar dos atendimentos de emergências do hospital, e assim tentar desvincular a ideia de ESF apenas como simples consulta médica, o que é totalmente errônea.

1.2. Relatório da Análise Situacional

A unidade de saúde que trabalho se localiza no município de Paraú, com 3924 habitantes, localizado no estado do Rio Grande do Norte. No município existem duas UBS saúde: uma localizada na zona rural, que não é aberta diariamente, onde atua uma equipe de saúde e uma UBS mista, de funcionamento diário, que se localiza no único hospital da cidade e onde também funciona uma ESF, exercendo o papel não só da atenção primária, mas também da atenção secundária. Apesar de trabalhar maior parte do tempo na zona urbana, sou cadastrada na ESF da zona rural. A zona rural é dividida em 6 zonas principais e a cada semana vou atender, junto com a enfermeira e a técnica de enfermagem, de forma que todas as zonas sejam assistidas. Cada equipe de saúde é composta por: um médico, um odontólogo, um auxiliar de odontólogos, um enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e seis ACS. A UBS não apresenta vínculo algum com instituições de ensino.

Auxiliando as duas equipes de saúde da família, existe o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os participantes deste grupo realizam atividades mensalmente na unidade, principalmente no âmbito educacional, ministram palestras sobre as principais doenças crônicas, como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) para os usuários e também os profissionais de saúde. No município não existe Centros Odontológicos Especializados, o serviço odontológico que funciona é dentro da própria UBS. Cada equipe de saúde possui um odontólogo que realiza o atendimento da demanda espontânea, realizando os serviços gerais da

área. Quando há a necessidade de um serviço especializado, o usuário é encaminhado para cidades maiores.

Com relação aos exames complementares, os exames básicos estão sempre disponíveis, como glicemia, hemograma, lipidograma, sumário de urina, parasitológico de fezes, com os resultados geralmente entregues dentro do tempo esperado. Exames mais complexos são bastante difíceis de ser realizados e, caso se consiga, o tempo de espera tanto para fazer como para receber o resultado é enorme. Nesses casos, os profissionais de saúde dão preferência ao encaminhamento do paciente para cidades maiores, onde é possível realizar o exame com um menor tempo de espera.

A estrutura física dos ambientes em que trabalho é bastante deficiente. Fora da unidade, atendo em locais sem a menor condição física para atendimento médico, como escolas, residências, entre outros. Nas escolas, por exemplo, atendo usando a mesa do professor e o usuário usa a cadeira dos alunos, não tem pia ou maca na sala. O ambiente é muito pequeno, também não existe maca ou sequer uma pia e a estrutura interna da sala de atendimento é composta apenas por uma mesa e uma cadeira. A UBS da zona urbana é mais organizada, contudo ainda precisa de muitas melhorias. Ela é composta por: sala de atendimento da enfermagem; sala de entrega de prontuários; sala de atendimento médico; farmácia; secretaria de saúde; recepção; sala de emergência e estabilização; enfermaria com oito leitos e sala de esterilização de materiais. Existem, no total, seis banheiros, sendo um na sala de atendimento médico, um na sala de atendimento da enfermagem, um na enfermaria e os outros distribuídos no espaço social da unidade. Todas as salas possuem paredes e pisos lisos, mas não são antiderrapantes. Algumas salas têm iluminação natural e todas têm iluminação artificial.

Falando na questão do acesso a pacientes com dificuldade de locomoção, quer seja idoso ou deficiente físico, em nenhum ambiente, rural ou urbano, observei adaptação para essas pessoas. As portas não são mais largas, não há corrimão, o piso não é antiderrapante e não existem rampas nas entradas, havendo apenas escadas. Não há, portanto, acesso facilitado para essas pessoas. Certamente essas limitações estruturais descritas acima terminam por prejudicar não só o meu trabalho e sim o de toda equipe, além de prejudicar também o usuário.

A equipe de saúde que faço parte trabalha de forma harmoniosa, todos participam ativamente das tarefas diárias, cada um sempre tentando cumprir o seu papel. Contudo, existem algumas dificuldades a serem vencidas. A nossa equipe ainda não conseguiu organizar o atendimento, de forma que ele se baseia apenas na demanda espontânea. Além disso, as atividades em grupos que deveriam ser organizadas também inexistem na UBS. O Sistema de Cadastramento de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), que funciona bem em várias unidades no Brasil, ainda não está sendo colocado em prática na UBS em que atuo. Todos esses fatores prejudicam o trabalho, que fica mais sobrecarregado, sendo preenchido apenas com o atendimento da demanda espontânea. Além disso prejudica também os próprios usuário, que terminam por não ter o acompanhamento contínuo e correto, o que leva ao tratamento ineficaz das doenças que deveriam ser rigidamente controladas.

Como existem duas ESF no município, cada uma fica responsável pelo atendimento e acompanhamento de 1962 pessoas (população de 3924). Portanto, com esses números, as equipes podem fornecer uma assistência básica completa à população.

Quanto ao atendimento na UBS, existe somente o atendimento à demanda espontânea, que é imensa e sobrecarrega os profissionais. O acolhimento é realizado pelos ACS, que recebem toda a demanda espontânea e encaminha para os demais profissionais da unidade, sempre priorizando as emergências. Mais de 90% de toda a demanda espontânea é encaminhada para o médico e essa centralização do fluxo repete o modelo biomédico tradicional. Os outros profissionais terminam por não atender ou atender pouco a demanda espontânea. Isso gera uma sobrecarga de trabalho para o médico. Muitas vezes pessoas que poderiam perfeitamente ser atendidas pela enfermagem são encaminhadas para o médico sem necessidade, aumentando o fluxo e comprometendo o atendimento adequado.

Na zona rural, as consultas também ocorrem de livre demanda, sendo avisada á comunidade antes, através do ACS do local. A equipe leva todos os prontuários dos usuários do local e à medida que vão chegando são selecionados. Nas comunidades visitadas não existem locais adequados para se guardar os prontuários, lembrando que os atendimentos são realizados em locais improvisados. Com isso, esses prontuários terminam sendo guardados na UBS da cidade.

Quanto ao acolhimento, o ideal seria aquele realizado por toda a equipe, de forma multiprofissional, contudo, essa não é nossa realidade. Além disso, é perceptível o quanto o modelo médico hegemônico ainda está presente no dia a dia da UBS. Se analisarmos o acolhimento atual da UBS de Paraú, vamos ver que ele está apenas simulando um pronto atendimento para queixas agudas ou uma simples triagem e essa simulação começa pelo próprio espaço físico da UBS, que funciona no único hospital da cidade. Então se torna complicado realizar um bom acolhimento nesse ambiente, pois a população vê essa UBS também como um hospital de urgência, o que deveria funcionar apenas como atenção primária, termina exercendo o papel também da atenção secundária.

Com relação à saúde da criança no município, existem várias crianças que são acompanhadas na puericultura, mas esse número é bem menor do que o esperado. Por exemplo, o número de crianças menores de 1 ano registradas e acompanhadas na UBS é 22, o que equivale a 39% do valor estimado pelo caderno de ações programáticas (CAP), que é de 57 crianças. Esse valor abaixo do esperado poderia ser explicado pela subestimação dos registros, pois apesar de ter 22 crianças menores de 1 ano registradas, no atendimento da demanda espontânea observa-se que o número deveria ser bem maior. As formas de registros ainda são ineficientes e precisam ser organizadas. Além disso, as ações de atenção à saúde da criança ainda não estão totalmente estruturadas e precisam ser melhoradas. É preciso que exista qualidade dos registros. Eles devem ser feitos com mais seriedade e devem conter todos os dados necessários para que os índices de cobertura tenham mais confiabilidade e possam ser utilizados para melhorar a qualidade da saúde. Inclusive, o Ministério da Saúde (MS) recomenda que cada criança possua o cartão da criança, que deve ser devidamente preenchido. A falta do preenchimento por parte da equipe de saúde mostra o fraco vínculo da equipe com as ações de saúde.

A adesão da população às ações propostas ainda é baixa. Isso ocorre, provavelmente, devido ao baixo grau de informação materna. A mãe não entende a importância de seu filho ser acompanhado regularmente na unidade, mesmo que ele esteja bem de saúde. Quanto à participação da equipe, todos os profissionais da unidade participam ativamente da puericultura, dando destaque ao papel do enfermeiro. Com relação ao pré-natal, existe um bom atendimento às gestantes, inclusive os índices de qualidade do CAP estão ótimos no geral. Contudo, existe um

aspecto que precisa ser melhorado, que é a cobertura de atendimento. Segundo o CAP, a cobertura da UBS de Paraú é de cerca de 10% da esperada, um valor muito baixo. Isso poderia ser explicado pela própria opção de algumas gestantes de fazerem o pré-natal fora da cidade, em cidades maiores, como Mossoró, por exemplo, que tem o hospital da mulher, centro de referência na região. Outras, por melhores condições financeiras, poderiam ter optado por realizar o pré-natal em consultórios privados. Outro fator contribuinte para esses valores abaixo do esperado é a falha na busca ativa das gestantes na região coberta pela UBS, ou seja, as gestantes que estariam sendo atendidas seriam apenas aquelas que procuraram o atendimento na unidade. Não existe a atuação da equipe de saúde em buscar e trazer as gestantes para serem acompanhadas próximo de seus domicílios. Esse definitivamente é um ponto a ser organizado e melhorado. É importante lembrar que, com relação ao atendimento, ele ocorre conforme o proposto pelo MS, a rotina, o exame físico a cada consulta, os exames a serem pedidos e todo o acompanhamento é realizado de forma correta. Creio que as ações do pré-natal são as mais organizadas da UBS. O único problema que vejo é a baixa cobertura.

Quanto à atenção ao câncer de colo de útero, são cerca de 400 mulheres que são acompanhadas e que realizam o rastreamento de forma adequada. Contudo, esse valor corresponde a apenas 42% de cobertura e, portanto, muitas mulheres ainda não são acompanhadas e estão expostas sem o suporte adequado. É preciso salientar que as ações da unidade são bastante adequadas e estruturadas. Dentre as mulheres que são registradas na unidade, os exames de rastreamento são realizados periodicamente, de acordo com o preconizado pelo MS. Os casos com exame citológico alterado são encaminhados para o serviço especializados. Os principais problemas são a cobertura baixa e os registros incompletos. Cito a questão dos registros porque alguns índices de qualidade do CAP não foram possíveis de serem avaliados.

Com relação ao câncer de mama, existem 150 mulheres sendo acompanhado, o que corresponde a uma cobertura de 51% do esperado. A unidade sempre busca realizar o rastreamento de acordo com o preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e toda a equipe trabalha para isso, contudo, ainda existem mulheres com exames em atraso. É necessário salientar que ainda é enorme a quantidade de mulheres que não são acompanhadas na unidade, aspecto este que precisa ser modificado. Quanto à participação da equipe na atenção ao câncer de

colo de útero e de mama, todos participam ativamente. Só há uma ressalva, que é a participação dos ACS na busca ativa dessas mulheres. Esse é um ponto que merece ser reavaliado e melhorado. Como são os ACS que estão em contato com as famílias, nas visitas domiciliares, cabe a eles buscar as mulheres e conversar sobre a doença e a importância de se prevenir o câncer de colo de útero. Os ACS devem ter a missão de sensibilizar as mulheres para que elas queiram cuidar sempre mais de sua saúde. Para que esse objetivo seja alcançado, eles precisam de conhecimento e é visível, muitas vezes, que existe uma deficiência neste aspecto. Creio que eles precisam estar sempre buscando esse conhecimento, mas também a própria UBS poderia realizar atividades de educação.

Com relação aos hipertensos e diabéticos, infelizmente na UBS não existem ações estruturadas. O que ocorre são simples atendimentos pontuais, não existindo a horizontalidade, ou seja, não há o acompanhamento do paciente periodicamente. Eles são atendidos se procurarem a UBS, pois não existe também a busca ativa. O HIPERDIA só funciona teoricamente, na prática, não existe o dia para o hipertenso e o diabético. Enfim, o que ocorre é simplesmente o atendimento da demanda espontânea, quando os pacientes procuram para consulta ou para a renovação de receitas. Atividades em grupos também não são realizadas. Além do pouco planejamento de ações da UBS para esse grupo, a cobertura tanto dos hipertensos como dos diabéticos está bem abaixo do esperado, o que é explicada pela subnotificação, aspecto que precisa ser melhorado em todos os grupos assistidos pela UBS.

Quanto à saúde do idoso, também não existem estratégias partindo da UBS para melhorar a qualidade de atendimento, acompanhamento e cobertura. Todas as consultas são apenas por demanda espontânea, se o idoso procurar a UBS para ser atendido. Assim como o próprio HIPERDIA não funciona, a atenção à saúde do idoso também não funciona. Quanto aos registros, também há muitas subnotificações.

Como vimos são muitos desafios a serem vencidos para se conseguir melhorar a qualidade da atenção à saúde da população. Dentre os principais, estão: melhorar os registros, colocar o HIPERDIA em funcionamento, melhorar a busca ativa à população, criar uma agenda de atendimento na unidade, organizar o acolhimento, melhorar a estrutura física, principalmente, na zona rural, entre outros. Apesar de todos esses desafios, a UBS tem alguns pontos positivos e o principal

deles é a equipe, que é bastante eficiente e interativa. Cada membro sempre busca fazer o seu melhor trabalho, sempre interagindo e participando das reuniões.

1.3. Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional, enviado em 29 de maio de 2014.

Antes de realizar a análise situacional de toda a UBS, a minha visão era a de que a unidade de saúde não tinha estrutura para dar um suporte de saúde adequado à população. Como já comentei no primeiro texto, estou cadastrada na ESF da zona rural, contudo, tenho que trabalhar na ESF da zona urbana, pois a da zona rural não tem condições de funcionar diariamente. Inclusive, os próprios prontuários da zona rural ficam guardados na ESF da zona urbana, não existe um espaço físico adequado nem os equipamentos mínimos para se trabalhar. Portanto, os cuidados de atenção à saúde se concentram na UBS da zona urbana, que também não funciona em um espaço físico adequado, visto que ela se localiza no próprio hospital da cidade, sendo uma unidade mista. Ou seja, o atendimento é realizado para a demanda da atenção primária, mas também da atenção secundária.

Ao fazer todo o relatório da análise situacional, incluindo cada grupo da atenção de saúde (da criança, do idoso, da mulher; hipertensão e diabetes; saúde bucal) percebe-se que existem vários outros problemas, além da estrutura física, para serem resolvidos em busca de melhorar a qualidade da atenção básica da unidade. Falta planejamento de ação voltado para cada área de atuação, por exemplo: na unidade, o atendimento é apenas por demanda espontânea, ou seja, não existe um agendamento dos usuários, não havendo um acompanhamento contínuo e, conseqüentemente, não tem como se saber, por exemplo, se um determinado hipertenso está faltoso ou não ou se ele está com os exames clínicos e complementares em dia. Desta forma não se consegue uma boa qualidade de atenção básica.

Quanto aos hipertensos e diabéticos, como já comentei, as ações da UBS são baseadas apenas em atendimentos pontuais, não existindo a horizontalidade, ou seja, não há o acompanhamento do paciente periodicamente. A busca ativa também não ocorre devidamente e, portanto, aparece somente na unidade quem quer ser acompanhado. O HIPERDIA funciona teoricamente, na prática, não existe o

dia para o hipertenso e o diabético. Atividades em grupos também não são realizadas. Além do pouco planejamento de ações da UBS para esse grupo, a cobertura tanto dos hipertensos como dos diabéticos está bem abaixo do esperado, o que é explicada pela subnotificação, aspecto que precisa ser melhorado em todos os grupos assistidos pela UBS.

2. Análise estratégica – Projeto de intervenção

2.1 Justificativa

A HAS e o DM são doenças crônicas extremamente prevalentes na população brasileira, que têm repercussões sistêmicas importantes, sendo responsáveis por grande parte dos eventos cerebrovasculares, cardíacos e renais. Essas patologias são consideradas problemas de saúde pública e, por serem doenças silenciosas, precisam de um rastreio e tratamento precoce eficaz. No Brasil, cerca de 25% da população acima de 20 anos é hipertensa (HELENA et al, 2010) sendo que na população idosa essa cifra pode chegar a 65%. A HAS é considerada um principal fator de risco modificável para doença coronariana, doenças cerebrovasculares e insuficiência cardíaca. Infelizmente, apenas 30% dos hipertensos brasileiros recebem tratamento adequado. A consequência disso é um maior número de internações e custos hospitalares. 17,6% das internações estão relacionadas com hipertensão e doenças hipertensivas (MIRANZI et al, 2008). Quanto ao DM, na faixa etária entre 30-69 anos, 7,6% dos brasileiros são diabéticos. Acima dos 70 anos, esses valores sobem para 20%. Por serem doenças silenciosas, 30% dos hipertensos e 50% dos diabéticos desconhecem o diagnóstico e, portanto, não são tratados (PAIVA et al, 2006). O DM também é responsável por altas taxas de hospitalizações, sendo considerada a sexta causa de internação hospitalar, além de contribuir para outras causas de internação, como: cardiopatia isquêmica, acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca e HAS, amputação de membros. O DM predispõe à HAS, sendo que em diabéticos, a HAS é duas vezes mais frequente que na população normal (SILVA et al, 2006). Devido à alta mortalidade e comorbidade dessas duas doenças, torna-se de extrema importância que os protocolos criados, através dos manuais de atenção básica do MS sejam devidamente seguidos para que se possa diagnosticar precocemente e realizar um tratamento adequado. Além disso, o acompanhamento e cadastramento desses usuários por meio do HIPERDIA é essencial. As diretrizes e metas para a Reorganização da Atenção à HAS e DM no SUS visam a atualização dos profissionais da atenção primária, a garantia do diagnóstico e estabelecimento do vínculo com o usuário e às UBS para tratamento e seguimento, da promoção,

reestruturação e ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores dessas patologias (PICCINI et al, 2006).

A UBS Rosália Gondim de Melo no município de Paraú/RN é responsável pelo atendimento de uma população de 1962 pessoas e grande parte dessa população é hipertensa ou diabética (50%). Segundo o CAP, atualmente a cobertura dos hipertensos e diabéticos é de 36% (294) e 35% (82) respectivamente. A meta de cobertura é ampliar esses valores para 70% nesses três meses de intervenção. a equipe de saúde é composta por: um médico, um odontólogo, um auxiliar de odontólogo, um enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e seis ACS. A ação dos profissionais de saúde será primordial para se conseguir fazer uma busca ativa de qualidade. No início da intervenção, os ACS serão os responsáveis para fazer essa busca ativa. Aqueles hipertensos e diabéticos que não comparecerem na unidade, receberão uma atenção especial e serão visitados por outros profissionais, como enfermeiro ou médico, que estarão sempre buscando melhorar o vínculo entre a unidade e esse grupo. Na unidade de Paraú não existe nenhum tipo de atendimento específico voltado para esses usuários. O HIPERDIA é algo apenas teórico, não existe na prática. Não havia avaliação odontológica, existia atendimento de vários profissionais, porém de forma isolada, não havendo troca de informações, sem contar a grande dificuldade de referenciar a especialistas, o que também continuou a ocorrer no final da intervenção. Em relação aos diabéticos não eram disponibilizados insumos para a realização de glicemia em casa, mesmo os usuários de insulina. Os diabéticos e hipertensos não têm uma atenção adequada, eles são atendidos de acordo com a demanda espontânea, não existindo um acompanhamento regular e contínuo dos pacientes. Atividades em grupo também não são realizadas. Ou seja, aquele princípio de horizontalidade, proposto pelo SUS, no qual o profissional de saúde deve conhecer o usuário, não só no contexto da saúde física, mas também na questão social e emocional, não existe na realidade.

A intervenção será muito importante para a UBS e muitos desafios devem ser vencidos para que consiga cumprir com todos os objetivos e metas planejados. A qualidade do atendimento, os registros, a adesão dos pacientes à unidade e ao tratamento precisam ser melhorados, a saúde precisa ser promovida. A avaliação da saúde bucal passará a ser rotina no atendimento a esses usuários. Quanto aos registros, os profissionais serão conscientizados para que eles sejam feitos com mais seriedade e todas as consultas serão documentadas devidamente para que

possam ser analisadas no final da intervenção. Nos atendimentos, a estratificação de risco cardiovascular será realizada para estabelecer a periodicidade das consultas. Será criada uma agenda de atendimento na UBS, para que se possa realizar atividades em grupos, onde se possa discutir sobre a doença com os diabéticos e hipertensos, orientá-los quanto à nutrição e os exercícios físicos. A proposta é buscar um vínculo com outros profissionais de saúde, como educadores físicos e nutricionistas, para que eles participem também das atividades em grupos. Creio que todas essas ações vão ser suficientes, pelo menos inicialmente, para melhorar a atenção e a qualidade da saúde dos hipertensos e diabéticos. Espero conseguir implantar na unidade grande parte dessas propostas. Diante de todo esse contexto, observa-se que realmente existe uma necessidade de mudança, não podemos deixar esse grupo populacional, sem uma atenção à saúde com qualidade, que é o que eles vivem atualmente, sem um acompanhamento adequado e muitas vezes sem fazer o tratamento correto. Pretendo, portanto, juntamente com os ACS e o resto da equipe buscar a adesão desses pacientes, criar uma agenda de atendimento para que exista um dia focado para essas pessoas, melhorar as formas de registros, enfim, tentar realizar um acompanhamento contínuo desses usuários, para que se consiga avaliar se eles estão fazendo o tratamento de forma adequada.

2.2 Objetivos e Metas

Objetivo geral: Melhorar a qualidade de saúde dos hipertensos e diabéticos da UBS Rosália Gondim de Melo de Paraú / RN.

- **Objetivo 1:** Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos
- **Meta: 1.1:** cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde.
- **Meta: 1.2:** cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde.

- **Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos.
- **Meta 2.1:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

- **Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.
 - **Meta 2.3:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
 - **Meta 2.4:** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo
 - **Meta 2.5:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde
 - **Meta 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde
 - **Meta 2.7:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.
 - **Meta 2.8:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.
-
- **Objetivo 3:** Melhorar a adesão de 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.
 - **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:** Mapeamento dos hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular
 - **Meta 5.1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde
 - **Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde
-
- **Objetivo 6:** Promover a saúde 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 em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos
- **Meta 6.5:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos
- **Meta 6.6:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.
- **Meta 6.7:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos
- **Meta 6.8:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade Básica de Saúde – UBS Rosália Gondim de Melo do município Paraú/RN. As ações serão desenvolvidas nos seguintes eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Participarão da intervenção todos os usuários residentes na área de abrangência da Unidade e cadastrados no programa de atenção às pessoas com hipertensão e diabetes.

2.3.1 Ações

1. Objetivo de cobertura: ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1. Cadastrar 70% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da ação: Para cada paciente atendido, será preenchida uma ficha espelho, contendo os dados sobre o usuário além de informações sobre o acompanhamento dele, se está com consultas em dia, se está com a estratificação de risco, se teve avaliação da saúde bucal, entre outras informações. Todas essas fichas serão preenchidas pela médica e enfermeira e avaliadas no final da intervenção por ambas. Isso se repetirá em relação as demais avaliações.

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

Detalhamento da ação: Para cada paciente atendido, será preenchida uma ficha espelho contendo os dados sobre o paciente além de informações sobre o acompanhamento dele, se está com consultas em dia, se está com a estratificação de risco, se teve avaliação da saúde bucal, entre outras informações. Todas essas fichas serão preenchidas e avaliadas no final da intervenção.

Organização da Gestão e Serviço

Ação: Garantir os registros dos hipertensos cadastrados nos programas.

Detalhamento da ação: Cada novo hipertenso diagnosticado nas consultas será encaminhado para a sala de enfermagem para o preenchimento da ficha de cadastro do Hiperdia. A médica levará o usuário à sala e chamará a enfermeira, para que não exista o risco dos pacientes saírem da unidade sem o cadastro. Além disso, haverá também o registro por meio do preenchimento da ficha espelho, durante a consulta.

Ação: Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de hipertensão:

Detalhamento da ação: Uma melhor atenção será dada aos hipertensos. A médica e a enfermeira irão se organizar para assim que os hipertensos chegarem à unidade, sejam separados do restante da demanda e sejam encaminhados primeiro à sala de enfermagem, para que seja aferida a pressão e realizada a glicemia capilar, além de receberem as orientações principais sobre alimentação e exercícios. Depois desse primeiro momento, os usuários serão encaminhados para a sala do médico.

Ação: Garantir os registros dos diabéticos cadastrados nos programas:

Detalhamento da ação: Cada novo diabético diagnosticado nas consultas será encaminhado para a sala de enfermagem para o preenchimento da ficha de cadastro do hiperdia. A médica levará o usuário à sala e chamará a enfermeira, para que não exista o risco dos usuários saírem da unidade sem o cadastro. Além disso, haverá também o registro dos dados por meio do preenchimento da ficha espelho.

Ação: Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de diabetes:

Detalhamento da ação: Uma melhor atenção será dada aos diabéticos. A médica e a enfermeira irão se organizar, para assim que os diabéticos chegarem à unidade, sejam separados do restante da demanda e sejam encaminhados primeiro à sala de enfermagem, para que seja aferida a pressão e realizada a glicemia capilar, além de receberem as orientações principais sobre alimentação e exercícios. Depois desse primeiro momento, os usuários serão encaminhados para a sala do médico.

Engajamento Público

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

Detalhamento da ação: as informações sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde à comunidade serão dadas durante a consulta e também através dos ACS que estarão sempre fazendo as visitas domiciliares.

Ação: Informar a comunidade sobre a importância das pessoas diabéticas e hipertensas fazerem um acompanhamento correto na unidade.

Detalhamento das ações: as informações à comunidade sobre a importância das pessoas diabéticas e hipertensas fazerem um acompanhamento correto na unidade, serão realizados principalmente dentro da unidade, nas próprias consultas. Além disso, os ACS também terão um papel importante, levando essas informações para as casas dos usuários.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar os ACS para que eles estejam aptos a conversar com os hipertensos sobre a importância do acompanhamento para tentar convencê-los a procurar regularmente a unidade:

Detalhamento da ação: Na reunião de capacitação dos profissionais será enfatizado a necessidade dos ACS estarem sempre conversando, durante as visitas, com os usuários, sobre a importância do acompanhamento médico regular, para que eles não falem às consultas.

Ação: Capacitar os ACS para que eles estejam aptos a conversar com os diabéticos sobre a importância do acompanhamento para tentar convencê-los a procurar regularmente a unidade.

Detalhamento da ação: Na reunião de capacitação dos profissionais será enfatizando a necessidade dos ACS estarem sempre conversando, durante as visitas, com os usuários, sobre a importância do acompanhamento médico regular, para que eles não falem às consultas.

2. Objetivo de qualidade: melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Realizar sempre o exame clínico completo nos pacientes hipertensos e diabéticos:

Detalhamento da ação: O exame físico completo será feito por mim, médica, em todos os usuários e também será registrado nos prontuários de forma correta.

Ação: Sempre analisar o prontuário e ver se os pacientes estão com os exames complementares em dias. Caso não esteja, solicitá-los.

Detalhamento da ação: Na primeira semana de ação, os prontuários serão revistos pelos agentes de saúde e enfermeiros e os usuários com exames em atraso serão identificados e também solicitados.

Ação: Sempre prescrever medicamentos da farmácia popular, para que os pacientes tenham acesso gratuito.

Detalhamento da ação: Tentarei, como médica, sempre prescrever medicamentos que tenham na farmácia da unidade ou que sejam distribuídos gratuitamente, como uma forma de facilitar um melhor tratamento.

Ação: Sempre avaliar durante a consulta a necessidade de encaminhamento para o odontólogo, visando melhorar a saúde bucal.

Detalhamento: essa avaliação ainda não é feita e nem registrada nos prontuários. Portanto, a partir deste momento, será realizada essa avaliação e os usuários que precisarem serão encaminhados para o odontólogo. Essa avaliação será registrada nos prontuários.

Organização da Gestão e Serviço

Ação: Criação de atividades em grupo para hipertensos e diabéticos.

Detalhamento da ação: Tentarei, como médica, me reunir com a equipe da unidade para criarmos essa atividade, que acho ser de extrema importância. A princípio, tentarei fazer com que ela funcione quinzenalmente. Vamos estabelecer ainda o dia da semana. Irei informar a todos os pacientes diabéticos e hipertensos que forem atendidos. Nas atividades buscaremos conversar com os pacientes, tirar suas dúvidas, incentivar a prática de exercícios e a alimentação saudável, fazer algumas palestras simples no intuito de informá-los sobre a sua doença. Buscaremos também entrar em contato com outros profissionais, como educadores físicos, para que eles também estejam passando informações sobre a prática de exercícios regulares.

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes diabéticos.

Detalhamento da ação: Esse tópico vai envolver principalmente o setor da enfermagem. Como disse, vou tentar, como médica, me reunir e propor que os hipertensos e diabéticos passem sempre pela enfermagem antes de ir para a consulta médica e o exame clínico inicial já vai sendo feito pela enfermagem. Isso além de melhorar a qualidade do atendimento, irá melhorar o fluxo do atendimento médico.

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento da ação: Através dos prontuários e das fichas espelhos a médica analisará quem está necessitando de exames complementares e sempre que possível irei solicitá-los.

Engajamento Público

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doença cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento da ação: os ACS irão orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doença cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente

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

Detalhamento da ação: Será feito durante as consultas e por meio das visitas domiciliares dos ACS.

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de se manter uma vida saudável, com uma alimentação regrada e com a prática de exercícios.

Detalhamento da ação: Isso será feito durante as consultas e durante as visitas domiciliares tanto pelo médico como pelos ACS.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento da ação: Haverá, na primeira semana de ação, uma reunião para capacitação dos ACS, tanto com relação a teoria como também a prática clínica.

Ação: Se reunir e organizar com a equipe o que deverá ser feito nas atividades em grupos com os hipertensos e diabéticos.

Detalhamento da ação: Isso será estabelecido na primeira semana de ação, na reunião de capacitação dos profissionais.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Realizar sempre o exame clínico completo nos pacientes hipertensos e diabéticos:

Detalhamento da ação: O exame físico completo será feito, por mim, médica, em todos os pacientes e também será registrado nos prontuários de forma correta.

Ação: Sempre analisar o prontuário e ver se os pacientes estão com os exames complementares em dias. Caso não esteja, solicitá-los.

Detalhamento da ação: Na primeira semana de ação, os prontuários serão revistos pelos agentes de saúde e enfermeiros e os pacientes com exames em atraso serão identificados e também solicitados.

Ação: Sempre prescrever medicamentos da farmácia popular, para que os pacientes tenham acesso gratuito.

Detalhamento da ação: Tentarei, como médica, sempre prescrever medicamentos que tenham na farmácia da unidade ou que sejam distribuídos gratuitamente, como uma forma de facilitar um melhor tratamento.

Ação: Sempre avaliar durante a consulta a necessidade de encaminhamento para o odontólogo, visando melhorar a saúde bucal.

Detalhamento: essa avaliação ainda não é feita e nem registrada nos prontuários. Portanto, a partir deste momento, será realizada essa avaliação e os pacientes que precisarem serão encaminhados pela médica para o odontólogo. Essa avaliação será registrada nos prontuários.

Organização da Gestão e Serviço

Ação: Criação de atividades em grupo para hipertensos e diabéticos.

Detalhamento da ação: Tentarei me reunir com a equipe da unidade para criarmos essa atividade, que acho ser de extrema importância. A princípio, tentarei, como médica, fazer com que ela funcione quinzenalmente. Vamos estabelecer ainda o dia

da semana. Irei informar a todos os pacientes diabéticos e hipertensos que forem atendidos. Nas atividades buscaremos conversar com os pacientes, tirar suas dúvidas, incentivar a prática de exercícios e a alimentação saudável, fazer algumas palestras simples no intuito de informa-los sobre a sua doença. Buscaremos também entrar em contato com outros profissionais, como educadores físicos, para que eles também estejam passando informações sobre a prática de exercícios regulares.

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes diabéticos.

Detalhamento da ação: Esse tópico vai envolver principalmente o setor da enfermagem. Como disse, vou tentar, como médica, me reunir e propor que os hipertensos e diabéticos passem sempre pela enfermagem antes de ir para a consulta médica e o exame clínico inicial já vai sendo feito pela enfermagem. Isso além de melhorar a qualidade do atendimento, irá melhorar o fluxo do atendimento médico.

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento da ação: Através dos prontuários e das fichas espelhos estarei, como médica, sempre analisando quem está necessitando de exames complementares e sempre que possível irei solicitá-los.

Engajamento Público

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doença cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento da ação: Serão feitas durante as consultas e por meio dos ACS.

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento da ação: Serão feitas durante as consultas e por meio dos ACS .

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

Detalhamento da ação: Será feito durante as consultas e por meio das visitas domiciliares dos ACS.

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de se manter uma vida saudável, com uma alimentação regrada e com a prática de exercícios.

Detalhamento da ação: Isso será feito durante as consultas e durante as visitas domiciliares tanto pelo médico como pelos ACS.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Eu, como médica, irei capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado. Detalhamento da ação: Haverá, na primeira semana de ação, uma reunião para capacitação dos ACS, tanto com relação a teoria como também a prática clínica.

Ação: Se reunir e organizar com a equipe o que deverá ser feito nas atividades em grupos com os hipertensos e diabéticos.

Detalhamento da ação: Isso será estabelecido na primeira semana de ação, na reunião de capacitação dos profissionais, compostos por enfermeiros, agentes de saúde, técnicos de enfermagem e a médica.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Realizar sempre o exame clínico completo nos pacientes hipertensos e diabéticos:

Detalhamento da ação: O exame físico completo será feito em todos os pacientes, por mim, médica, e também será registrado nos prontuários de forma correta.

Ação: Sempre analisar o prontuário e ver se os pacientes estão com os exames complementares em dias. Caso não esteja, solicitá-los.

Detalhamento da ação: Na primeira semana de ação, os prontuários serão revistos pelos agentes de saúde e enfermeiros e os pacientes com exames em atraso serão identificados e também solicitados.

Ação: Sempre prescrever medicamentos da farmácia popular, para que os pacientes tenham acesso gratuito.

Detalhamento da ação: Tentarei, como médica, sempre prescrever medicamentos que tenham na farmácia da unidade ou que sejam distribuídos gratuitamente, como uma forma de facilitar um melhor tratamento.

Ação: Sempre avaliar durante a consulta a necessidade de encaminhamento para o odontólogo, visando melhorar a saúde bucal.

Detalhamento: essa avaliação ainda não é feita e nem registrada nos prontuários. Portanto, a partir deste momento, será realizada essa avaliação e os pacientes que precisarem serão encaminhados pela médica para o odontólogo. Essa avaliação será registrada nos prontuários.

Organização da Gestão e Serviço

Ação: Criação de atividades em grupo para hipertensos e diabéticos.

Detalhamento da ação: Tentarei, como médica, me reunir com a equipe da unidade para criarmos essa atividade, que acho ser de extrema importância. A princípio, tentarei fazer com que ela funcione quinzenalmente. Vamos estabelecer ainda o dia da semana. Irei informar a todos os pacientes diabéticos e hipertensos que forem atendidos. Nas atividades buscaremos conversar com os pacientes, tirar suas dúvidas, incentivar a prática de exercícios e a alimentação saudável, fazer algumas palestras simples no intuito de informa-los sobre a sua doença. Buscaremos também entrar em contato com outros profissionais, como educadores físicos, para que eles também estejam passando informações sobre a prática de exercícios regulares.

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes diabéticos.

Detalhamento da ação: Esse tópico vai envolver principalmente o setor da enfermagem. Como disse, vou tentar, como médica, me reunir e propor que os hipertensos e diabéticos passem sempre pela enfermagem antes de ir para a consulta médica e o exame clínico inicial já vai sendo feito pela enfermagem. Isso além de melhorar a qualidade do atendimento, irá melhorar o fluxo do atendimento médico.

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento da ação: Através dos prontuários e das fichas espelhos estarei, como médica, sempre analisando quem está necessitando de exames complementares e sempre que possível irei solicitá-los.

Engajamento Público

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doença cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento da ação: Serão feitas durante as consultas pela médica e por meio dos ACS.

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento da ação: Serão feitas durante as consultas, pela médica, e por meio dos ACS.

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

Detalhamento da ação: Será feito durante as consultas e por meio das visitas domiciliares dos ACS.

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de se manter uma vida saudável, com uma alimentação regrada e com a prática de exercícios.

Detalhamento da ação: Isso será feito durante as consultas e durante as visitas domiciliares tanto pelo médico como pelos ACS.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento da ação: Haverá, na primeira semana de ação, uma reunião para capacitação dos ACS, tanto com relação a teoria como também a prática clínica.

Ação: Se reunir e organizar com a equipe o que deverá ser feito nas atividades em grupos com os hipertensos e diabéticos.

Detalhamento da ação: Isso será estabelecido na primeira semana de ação, na reunião de capacitação dos profissionais.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Realizar sempre o exame clínico completo nos pacientes hipertensos e diabéticos:

Detalhamento da ação: O exame físico completo será feito por mim, médica em todos os pacientes e também será registrado nos prontuários, por mim, de forma correta.

Ação: Sempre analisar o prontuário e ver se os pacientes estão com os exames complementares em dias. Caso não esteja, solicitá-los.

Detalhamento da ação: Na primeira semana de ação, os prontuários serão revistos pelos agentes de saúde e enfermeiros e os pacientes com exames em atraso serão identificados e também solicitados.

Ação: Sempre prescrever medicamentos da farmácia popular, para que os pacientes tenham acesso gratuito.

Detalhamento da ação: Tentarei, como médica, sempre prescrever medicamentos que tenham na farmácia da unidade ou que sejam distribuídos gratuitamente, como uma forma de facilitar um melhor tratamento.

Ação: Sempre avaliar durante a consulta a necessidade de encaminhamento para o odontólogo, visando melhorar a saúde bucal.

Detalhamento: essa avaliação ainda não é feita e nem registrada nos prontuários. Portanto, a partir deste momento, será realizada essa avaliação e os pacientes que precisarem serão encaminhados pela médica para o odontólogo. Essa avaliação será registrada nos prontuários, também pela médica.

Organização da Gestão e Serviço

Ação: Criação de atividades em grupo para hipertensos e diabéticos.

Detalhamento da ação: Tentarei, como médica, me reunir com a equipe da unidade para criarmos essa atividade, que acho ser de extrema importância. A princípio, tentarei fazer com que ela funcione quinzenalmente. Vamos estabelecer ainda o dia da semana. Irei informar a todos os pacientes diabéticos e hipertensos que forem atendidos. Nas atividades buscaremos conversar com os pacientes, tirar suas dúvidas, incentivar a prática de exercícios e a alimentação saudável, fazer algumas palestras simples no intuito de informa-los sobre a sua doença. Buscaremos também entrar em contato com outros profissionais, como educadores físicos, para que eles também estejam passando informações sobre a prática de exercícios regulares.

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes diabéticos.

Detalhamento da ação: Esse tópico vai envolver principalmente o setor da enfermagem. Como disse, vou tentar, como médica, me reunir e propor que os hipertensos e diabéticos passem sempre pela enfermagem antes de ir para a consulta médica e o exame clínico inicial já vai sendo feito pela enfermagem. Isso além de melhorar a qualidade do atendimento, irá melhorar o fluxo do atendimento médico.

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento da ação: Através dos prontuários e das fichas espelhos estarei, como médica, sempre analisando quem está necessitando de exames complementares e sempre que possível irei solicitá-los.

Engajamento Público

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doença cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento da ação: Serão feitas durante as consultas e por meio dos ACS

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento da ação: Serão feitas durante as consultas e por meio dos ACS

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

Detalhamento da ação: Será feito durante as consultas, por mim, médica, e por meio das visitas domiciliares dos ACS.

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de se manter uma vida saudável, com uma alimentação regrada e com a prática de exercícios.

Detalhamento da ação: Isso será feito durante as consultas e durante as visitas domiciliares tanto pelo médico como pelos ACS.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento da ação: Haverá, na primeira semana de ação, uma reunião para capacitação dos ACS, tanto com relação a teoria como também a prática clínica.

Ação: Se reunir e organizar com a equipe o que deverá ser feito nas atividades em grupos com os hipertensos e diabéticos.

Detalhamento da ação: Isso será estabelecido na primeira semana de ação, na reunião de capacitação dos profissionais.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Realizar sempre o exame clínico completo nos pacientes hipertensos e diabéticos:

Detalhamento da ação: O exame físico completo será feito em todos os pacientes e também será registrado nos prontuários de forma correta.

Ação: Sempre analisar o prontuário e ver se os pacientes estão com os exames complementares em dias. Caso não esteja, solicitá-los.

Detalhamento da ação: Na primeira semana de ação, os prontuários serão revistos e os pacientes com exames em atraso serão identificados e também solicitados.

Ação: Sempre prescrever medicamentos da farmácia popular, para que os pacientes tenham acesso gratuito.

Detalhamento da ação: Tentaremos sempre prescrever medicamentos que tenham na farmácia da unidade ou que sejam distribuídos gratuitamente, como uma forma de facilitar um melhor tratamento.

Ação: Sempre avaliar durante a consulta a necessidade de encaminhamento para o odontólogo, visando melhorar a saúde bucal.

Detalhamento: essa avaliação ainda não é feita e nem registrada nos prontuários. Portanto, a partir deste momento, será realizada essa avaliação e os pacientes que precisarem serão encaminhados para o odontólogo. Essa avaliação será registrada nos prontuários.

Organização da Gestão e Serviço

Ação: Criação de atividades em grupo para hipertensos e diabéticos.

Detalhamento da ação: Tentarei, como médica, me reunir com a equipe da unidade para criarmos essa atividade, que acho ser de extrema importância. A princípio, tentarei fazer com que ela funcione quinzenalmente. Vamos estabelecer ainda o dia da semana. Irei informar a todos os pacientes diabéticos e hipertensos que forem atendidos. Nas atividades buscaremos conversar com os pacientes, tirar suas dúvidas, incentivar a prática de exercícios e a alimentação saudável, fazer algumas palestras simples no intuito de informa-los sobre a sua doença. Buscaremos também entrar em contato com outros profissionais, como educadores físicos, para que eles também estejam passando informações sobre a prática de exercícios regulares.

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes diabéticos.

Detalhamento da ação: Esse tópico vai envolver principalmente o setor da enfermagem. Como disse, vou tentar, como médica, me reunir e propor que os hipertensos e diabéticos passem sempre pela enfermagem antes de ir para a consulta médica e o exame clínico inicial já vai sendo feito pela enfermagem. Isso além de melhorar a qualidade do atendimento, irá melhorar o fluxo do atendimento médico.

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento da ação: Através dos prontuários e das fichas espelhos estarei, como médica, sempre analisando quem está necessitando de exames complementares e sempre que possível irei solicitá-los.

Engajamento Público

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doença cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento da ação: Serão feitas durante as consultas e por meio dos ACS

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento da ação: Serão feitas durante as consultas e por meio dos ACS

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

Detalhamento da ação: Será feito durante as consultas e por meio das visitas domiciliares dos ACS.

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de se manter uma vida saudável, com uma alimentação regrada e com a prática de exercícios.

Detalhamento da ação: Isso será feito durante as consultas e durante as visitas domiciliares tanto pelo médico como pelos ACS.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento da ação: Haverá, na primeira semana de ação, uma reunião para capacitação dos ACS, tanto com relação a teoria como também a prática clínica.

Ação: Se reunir e organizar com a equipe o que deverá ser feito nas atividades em grupos com os hipertensos e diabéticos.

Detalhamento da ação: Isso será estabelecido na primeira semana de ação, na reunião de capacitação dos profissionais.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Realizar sempre o exame clínico completo nos pacientes hipertensos e diabéticos:

Detalhamento da ação: O exame físico completo será feito em todos os pacientes e também será registrado nos prontuários de forma correta.

Ação: Sempre analisar o prontuário e ver se os pacientes estão com os exames complementares em dias. Caso não esteja, solicitá-los.

Detalhamento da ação: Na primeira semana de ação, os prontuários serão revistos e os pacientes com exames em atraso serão identificados e também solicitados.

Ação: Sempre prescrever medicamentos da farmácia popular, para que os pacientes tenham acesso gratuito.

Detalhamento da ação: Tentarei, como médica, sempre prescrever medicamentos que tenham na farmácia da unidade ou que sejam distribuídos gratuitamente, como uma forma de facilitar um melhor tratamento. Para isso há disponível no consultório medico e de enfermagem a lista de medicamentos disponibilizados na UBS e também os pertencentes a farmácia popular.

Ação: Sempre avaliar durante a consulta a necessidade de encaminhamento para o odontólogo, visando melhorar a saúde bucal.

Detalhamento: essa avaliação ainda não é feita e nem registrada nos prontuários. Portanto, a partir deste momento, será realizada essa avaliação e os pacientes que precisarem serão encaminhados para o odontólogo. Essa avaliação será registrada nos prontuários.

Organização da Gestão e Serviço

Ação: Criação de atividades em grupo para hipertensos e diabéticos.

Detalhamento da ação: Tentarei, como médica, me reunir com a equipe da unidade para criarmos essa atividade, que acho ser de extrema importância. A princípio, tentarei fazer com que ela funcione quinzenalmente. Vamos estabelecer ainda o dia da semana. Irei informar a todos os pacientes diabéticos e hipertensos que forem atendidos. Nas atividades buscaremos conversar com os pacientes, tirar suas dúvidas, incentivar a prática de exercícios e a alimentação saudável, fazer algumas palestras simples no intuito de informa-los sobre a sua doença. Buscaremos também entrar em contato com outros profissionais, como educadores físicos, para que eles também estejam passando informações sobre a prática de exercícios regulares.

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes diabéticos.

Detalhamento da ação: Esse tópico vai envolver principalmente o setor da enfermagem. Como disse, vou tentar, como médica, me reunir e propor que os hipertensos e diabéticos passem sempre pela enfermagem antes de ir para a consulta médica e o exame clínico inicial já vai sendo feito pela enfermagem. Isso além de melhorar a qualidade do atendimento, irá melhorar o fluxo do atendimento médico.

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento da ação: Através dos prontuários e das fichas espelhos estarei, como médica, sempre analisando quem está necessitando de exames complementares e sempre que possível irei solicitá-los.

Engajamento Público

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doença cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento da ação: Serão feitas durante as consultas e por meio dos ACS

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento da ação: Serão feitas durante as consultas e por meio dos ACS

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

Detalhamento da ação: Será feito durante as consultas e por meio das visitas domiciliares dos ACS.

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de se manter uma vida saudável, com uma alimentação regrada e com a prática de exercícios.

Detalhamento da ação: Isso será feito durante as consultas e durante as visitas domiciliares tanto pelo médico como pelos ACS.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento da ação: Haverá, na primeira semana de ação, uma reunião para capacitação dos ACS, tanto com relação a teoria como também a prática clínica.

Ação: Se reunir e organizar com a equipe o que deverá ser feito nas atividades em grupos com os hipertensos e diabéticos.

Detalhamento da ação: Isso será estabelecido na primeira semana de ação, na reunião de capacitação dos profissionais.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Realizar sempre o exame clínico completo nos pacientes hipertensos e diabéticos:

Detalhamento da ação: O exame físico completo será feito em todos os pacientes e também será registrado nos prontuários de forma correta.

Ação: Sempre analisar o prontuário e ver se os pacientes estão com os exames complementares em dias. Caso não esteja, solicitá-los.

Detalhamento da ação: Na primeira semana de ação, os prontuários serão revistos e os pacientes com exames em atraso serão identificados e também solicitados.

Ação: Sempre prescrever medicamentos da farmácia popular, para que os pacientes tenham acesso gratuito.

Detalhamento da ação: Tentaremos sempre prescrever medicamentos que tenham na farmácia da unidade ou que sejam distribuídos gratuitamente, como uma forma de facilitar um melhor tratamento.

Ação: Sempre avaliar durante a consulta a necessidade de encaminhamento para o odontólogo, visando melhorar a saúde bucal.

Detalhamento: essa avaliação ainda não é feita e nem registrada nos prontuários. Portanto, a partir deste momento, será realizada essa avaliação e os pacientes que precisarem serão encaminhados para o odontólogo. Essa avaliação será registrada nos prontuários.

Organização da Gestão e Serviço

Ação: Criação de atividades em grupo para hipertensos e diabéticos.

Detalhamento da ação: Tentarei, como médica, me reunir com a equipe da unidade para criarmos essa atividade, que acho ser de extrema importância. A princípio, tentarei fazer com que ela funcione quinzenalmente. Vamos estabelecer ainda o dia da semana. Irei informar a todos os pacientes diabéticos e hipertensos que forem atendidos. Nas atividades buscaremos conversar com os pacientes, tirar suas dúvidas, incentivar a prática de exercícios e a alimentação saudável, fazer algumas palestras simples no intuito de informa-los sobre a sua doença. Buscaremos também entrar em contato com outros profissionais, como educadores físicos, para que eles também estejam passando informações sobre a prática de exercícios regulares.

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes diabéticos.

Detalhamento da ação: Esse tópico vai envolver principalmente o setor da enfermagem. Como disse, vou tentar, como médica, me reunir e propor que os hipertensos e diabéticos passem sempre pela enfermagem antes de ir para a consulta médica e o exame clínico inicial já vai sendo feito pela enfermagem. Isso além de melhorar a qualidade do atendimento, irá melhorar o fluxo do atendimento médico.

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento da ação: Através dos prontuários e das fichas espelhos estarei, como médica, sempre analisando quem está necessitando de exames complementares e sempre que possível irei solicitá-los.

Engajamento Público

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doença cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento da ação: Serão feitas durante as consultas e por meio dos ACS

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento da ação: Serão feitas durante as consultas e por meio dos ACS

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

Detalhamento da ação: Será feito durante as consultas e por meio das visitas domiciliares dos ACS.

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de se manter uma vida saudável, com uma alimentação regrada e com a prática de exercícios.

Detalhamento da ação: Isso será feito durante as consultas e durante as visitas domiciliares tanto pelo médico como pelos ACS.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento da ação: Haverá, na primeira semana de ação, uma reunião para capacitação dos ACS, tanto com relação a teoria como também a prática clínica.

Ação: Se reunir e organizar com a equipe o que deverá ser feito nas atividades em grupos com os hipertensos e diabéticos.

Detalhamento da ação: Isso será estabelecido na primeira semana de ação, na reunião de capacitação dos profissionais.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Realizar sempre o exame clínico completo nos pacientes hipertensos e diabéticos:

Detalhamento da ação: O exame físico completo será feito em todos os pacientes e também será registrado nos prontuários de forma correta.

Ação: Sempre analisar o prontuário e ver se os pacientes estão com os exames complementares em dias. Caso não esteja, solicitá-los.

Detalhamento da ação: Na primeira semana de ação, os prontuários serão revistos e os pacientes com exames em atraso serão identificados e também solicitados.

Ação: Sempre prescrever medicamentos da farmácia popular, para que os pacientes tenham acesso gratuito.

Detalhamento da ação: Tentaremos sempre prescrever medicamentos que tenham na farmácia da unidade ou que sejam distribuídos gratuitamente, como uma forma de facilitar um melhor tratamento.

Ação: Sempre avaliar durante a consulta a necessidade de encaminhamento para o odontólogo, visando melhorar a saúde bucal.

Detalhamento: essa avaliação ainda não é feita e nem registrada nos prontuários. Portanto, a partir deste momento, será realizada essa avaliação e os pacientes que precisarem serão encaminhados para o odontólogo. Essa avaliação será registrada nos prontuários.

Organização da Gestão e Serviço

Ação: Criação de atividades em grupo para hipertensos e diabéticos.

Detalhamento da ação: Tentarei, como médica, me reunir com a equipe da unidade para criarmos essa atividade, que acho ser de extrema importância. A princípio, tentarei fazer com que ela funcione quinzenalmente. Vamos estabelecer ainda o dia da semana. Irei informar a todos os pacientes diabéticos e hipertensos que forem atendidos. Nas atividades buscaremos conversar com os pacientes, tirar suas dúvidas, incentivar a prática de exercícios e a alimentação saudável, fazer algumas palestras simples no intuito de informa-los sobre a sua doença. Buscaremos também entrar em contato com outros profissionais, como educadores físicos, para que eles também estejam passando informações sobre a prática de exercícios regulares.

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes diabéticos.

Detalhamento da ação: Esse tópico vai envolver principalmente o setor da enfermagem. Como disse, vou tentar, como médica, me reunir e propor que os hipertensos e diabéticos passem sempre pela enfermagem antes de ir para a consulta médica e o exame clínico inicial já vai sendo feito pela enfermagem. Isso além de melhorar a qualidade do atendimento, irá melhorar o fluxo do atendimento médico.

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento da ação: Através dos prontuários e das fichas espelhos estarei, como médica, sempre analisando quem está necessitando de exames complementares e sempre que possível irei solicitá-los.

Engajamento Público

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doença cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento da ação: Serão feitas durante as consultas e por meio dos ACS

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento da ação: Serão feitas durante as consultas e por meio dos ACS

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

Detalhamento da ação: Será feito durante as consultas e por meio das visitas domiciliares dos ACS.

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de se manter uma vida saudável, com uma alimentação regrada e com a prática de exercícios.

Detalhamento da ação: Isso será feito durante as consultas e durante as visitas domiciliares tanto pelo médico como pelos ACS.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
Detalhamento da ação: Haverá, na primeira semana de ação, uma reunião para capacitação dos ACS, tanto com relação a teoria como também a prática clínica.

Ação: Se reunir e organizar com a equipe o que deverá ser feito nas atividades em grupos com os hipertensos e diabéticos.

Detalhamento da ação: Isso será estabelecido na primeira semana de ação, na reunião de capacitação dos profissionais.

3. Objetivo de adesão: melhorar a adesão de diabéticos e hipertensos ao programa.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da ação: Isso será feito por meio da análise dos prontuários.

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

Detalhamento da ação: Isso será feito por meio da análise dos prontuários.

Organização da Gestão e Serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os hipertensos faltosos.

Detalhamento da ação: Os pacientes cadastrados que tiverem com consultas atrasadas receberão visitas primeiramente dos ACS, que irão conversar com os pacientes, mais uma vez focando na importância de se ter o acompanhamento. Se mesmo assim os pacientes não comparecerem, eles serão incluídos na visita medica

domiciliar. Irei lá, farei a consulta residencial e tentarei mais uma vez conversar e convencê-lo a comparecer regularmente à unidade.

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

Detalhamento da ação: A busca domiciliar dos hipertensos não cadastrados ficará a cargo dos ACS. Quando novos hipertensos comparecerem, ficará a cargo da enfermagem inicialmente fazer o cadastro e depois eles serão colocados na fila de atendimento do dia para a primeira consulta médica. Na unidade ainda não existe a marcação de consultas. Tentaremos inicialmente criar uma marcação de consultas para os hipertensos e diabéticos. Existirá um dia exclusivo para o atendimento deles, que será feito pela enfermagem, que fará o exame básico, avaliará os prontuários, procurando se existe necessidade de exames e depois dependendo da necessidade, os encaminharão para a consulta médica.

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os diabéticos faltosos.

Detalhamento da ação: Os pacientes cadastrados que tiverem com consultas atrasadas receberão visitas primeiramente dos ACS, que irão conversar com os pacientes, mais uma vez focando na importância de se ter o acompanhamento. Se mesmo assim os pacientes não comparecerem, eles serão incluídos na visita médica domiciliar. Irei lá, farei a consulta residencial e tentarei mais uma vez conversar e convencê-lo a comparecer regularmente à unidade.

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

Detalhamento da ação: A busca domiciliar dos diabéticos não cadastrados ficará a cargo dos ACS. Quando novos diabéticos comparecerem, ficará a cargo da enfermagem inicialmente fazer o cadastro e depois eles serão colocados na fila de atendimento do dia para a primeira consulta médica. Na unidade ainda não existe a marcação de consultas. Tentaremos inicialmente criar uma marcação de consultas para os hipertensos e diabéticos. Existirá um dia exclusivo para o atendimento deles, que será feito pela enfermagem, que fará o exame básico, avaliará os prontuários, procurando se existe necessidade de exames e depois dependendo da necessidade, os encaminharão para a consulta médica.

Engajamento Público

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

Detalhamento da ação: Essas orientações serão dadas nas próprias consultas médicas e durante as visitas domiciliares dos médicos e dos ACS.

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

Detalhamento da ação: Essas orientações serão dadas nas próprias consultas médicas e durante as visitas domiciliares dos médicos e dos ACS.

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

Detalhamento da ação: Essas orientações serão dadas nas próprias consultas médicas e durante as visitas domiciliares dos médicos e dos ACS.

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

Detalhamento da ação: Essas orientações serão dadas nas próprias consultas médicas e durante as visitas domiciliares dos médicos e dos ACS.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar os ACS para que eles possam orientar os hipertensos e diabéticos quanto a realização das consultas e sua periodicidade.

Detalhamento da ação: Será realizada na primeira semana de ação, na reunião da equipe.

Ação: Capacitar os enfermeiros para que eles, no momento das consultas, estejam sempre explicando aos pacientes sobre a importância de um bom acompanhamento.

Detalhamento da ação: O papel do enfermeiro será essencial, durante as consultas da enfermagem, e essa questão da conversa com o paciente será bem enfatizado para a enfermagem.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da ação: Isso será feito por meio da análise dos prontuários.

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

Detalhamento da ação: Isso será feito por meio da análise das fichas espelhos, que será feita pela enfermagem e pela médica.

Organização da Gestão e Serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os hipertensos faltosos.

Detalhamento da ação: Os pacientes cadastrados que tiverem com consultas atrasadas receberão visitas primeiramente dos ACS, que irão conversar com os pacientes, mais uma vez focando na importância de se ter o acompanhamento. Se mesmo assim os pacientes não comparecerem, eles serão incluídos na visita médica domiciliar. Irei lá, farei a consulta residencial e tentarei mais uma vez conversar e convencê-lo a comparecer regularmente à unidade.

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

Detalhamento da ação: A busca domiciliar dos hipertensos não cadastrados ficará a cargo dos ACS. Quando novos hipertensos comparecerem, ficará a cargo da enfermagem inicialmente fazer o cadastro e depois eles serão colocados na fila de atendimento do dia para a primeira consulta médica. Na unidade ainda não existe a marcação de consultas. Tentaremos inicialmente criar uma marcação de consultas para os hipertensos e diabéticos. Existirá um dia exclusivo para o atendimento deles, que será feito pela enfermagem, que fará o exame básico, avaliará os prontuários,

procurando se existe necessidade de exames e depois dependendo da necessidade, os encaminharão para a consulta médica.

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os diabéticos faltosos.

Detalhamento da ação: Os pacientes cadastrados que tiverem com consultas atrasadas receberão visitas primeiramente dos ACS, que irão conversar com os pacientes, mais uma vez focando na importância de se ter o acompanhamento. Se mesmo assim os pacientes não comparecerem, eles serão incluídos na visita medica domiciliar. Irei lá, farei a consulta residencial e tentarei mais uma vez conversar e convencê-lo a comparecer regularmente à unidade.

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

Detalhamento da ação: A busca domiciliar dos diabéticos não cadastrados ficará a cargo dos ACS. Quando novos diabéticos comparecerem, ficará a cargo da enfermagem inicialmente fazer o cadastro e depois eles serão colocados na fila de atendimento do dia para a primeira consulta médica. Na unidade ainda não existe a marcação de consultas. Tentaremos inicialmente criar uma marcação de consultas para os hipertensos e diabéticos. Existirá um dia exclusivo para o atendimento deles, que será feito pela enfermagem, que fará o exame básico, avaliará os prontuários, procurando se existe necessidade de exames e depois dependendo da necessidade, os encaminharão para a consulta médica.

Engajamento Público

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

Detalhamento da ação: Essas orientações serão dadas nas próprias consultas médicas e durante as visitas domiciliares dos médicos e dos ACS.

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

Detalhamento da ação: Essas orientações serão dadas nas próprias consultas médicas e durante as visitas domiciliares dos médicos e dos ACS.

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

Detalhamento da ação: Essas orientações serão dadas nas próprias consultas médicas e durante as visitas domiciliares dos médicos e dos ACS.

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

Detalhamento da ação: Essas orientações serão dadas nas próprias consultas médicas e durante as visitas domiciliares dos médicos e dos ACS.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar os ACS para que eles possam orientar os hipertensos e diabéticos quanto a realização das consultas e sua periodicidade. Essa capacitação ocorrerá principalmente nas duas primeiras semanas e por toda a intervenção, caso haja necessidade. Assim também em relação aos demais componentes da equipe.

Detalhamento da ação: Será realizada na primeira semana de ação, na reunião da equipe.

Ação: Capacitar os enfermeiros para que eles, no momento das consultas, estejam sempre explicando aos pacientes sobre a importância de um bom acompanhamento.

Detalhamento da ação: O papel do enfermeiro será essencial, durante as consultas da enfermagem, e essa questão da conversa com o paciente será bem enfatizado para a enfermagem.

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da ação: Tentarei sempre está acompanhando os registros nos prontuários e eu mesma estarei registrando os novos cadastros em um caderno particular, para ter um melhor controle sobre esses dados.

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

Detalhamento da ação: Tentarei sempre está acompanhando os registros nos prontuários e eu mesma estarei registrando os novos cadastros em um caderno particular, para ter um melhor controle sobre esses dados.

Organização da Gestão e Serviço

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento da ação: Será sempre enfatizando na reunião de equipe, a importância de se ter um registro bem feito.

Ação: Definir responsável pelos registros.

Detalhamento da ação: É importante que se estabeleça uma ou duas pessoas para ficar responsável pelo registro. Isso será definido na primeira semana de intervenção.

Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento da ação: Existirá um ficha espelho, na qual todos os pacientes serão cadastrados e terão suas informações passadas para essa ficha. A partir dela e dos prontuários colheremos essas informações. A ficha espelho será a ficha utilizada pelo município e também uma ficha extra, criada pelos próprios profissionais, com os dados que faltam na ficha do município.

Engajamento Público

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

Detalhamento da ação: Isso será feito durante as consultas.

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

Detalhamento da ação: Isso será feito durante as consultas.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento da ação: Isso será feito na reunião de capacitação, onde analisaremos toda a ficha espelho que será utilizada, enfatizando a importância do seu preenchimento.

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

Detalhamento da ação: É importante conversar com a equipe para eu todo o exame clínico e exames complementares sejam registrados nos prontuários. Os registros devem ser os mais completos possíveis para que possam ser bem avaliados futuramente.

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

Detalhamento da ação: Isso será feito na reunião de capacitação, onde analisaremos toda a ficha espelho que será utilizada, enfatizando a importância do seu preenchimento.

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

ação: É importante conversar com a equipe para eu todo o exame clínico e exames complementares sejam registrados nos prontuários. Os registros devem ser os mais completos possíveis para que possam ser bem avaliados futuramente.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da ação: Tentarei sempre está acompanhando os registros nos prontuários e eu mesma estarei registrando os novos cadastros em um caderno particular, para ter um melhor controle sobre esses dados.

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

Detalhamento da ação: Tentarei sempre está acompanhando os registros nos prontuários e eu mesma estarei registrando os novos cadastros em um caderno particular, para ter um melhor controle sobre esses dados.

Organização da Gestão e Serviço

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento da ação: Será sempre enfatizando na reunião de equipe, a importância de se ter um registro bem feito.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento da ação: É importante que se estabeleça uma ou duas pessoas para ficar responsável por esse monitoramento. Isso será definido na primeira semana de intervenção.

Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento da ação: Existirá um ficha espelho, na qual todos os pacientes serão cadastrados e terão suas informações passadas para essa ficha. A partir dela e dos prontuários colheremos essas informações. A ficha espelho será a ficha utilizada

pelo município e também uma ficha extra, criada pelos próprios profissionais, com os dados que faltam na ficha do município.

Engajamento Público

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

Detalhamento da ação: Isso será feito durante as consultas.

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

Detalhamento da ação: Isso será feito durante as consultas.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento da ação: Isso será feito na reunião de capacitação, onde analisaremos toda a ficha espelho que será utilizada, enfatizando a importância do seu preenchimento.

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

Detalhamento da ação: É importante conversar com a equipe para eu todo o exame clínico e exames complementares sejam registrados nos prontuários. Os registros devem ser os mais completos possíveis para que possam ser bem avaliados futuramente.

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

Detalhamento da ação: Isso será feito na reunião de capacitação, onde analisaremos toda a ficha espelho que será utilizada, enfatizando a importância do seu preenchimento.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas dos diabéticos. Detalhamento da ação: É importante conversar com a equipe para eu todo o exame clínico e exames complementares sejam registrados nos prontuários. Os registros devem ser os mais completos possíveis para que possam ser bem avaliados futuramente.

5. Objetivo de avaliação de risco: Mapear os 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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da ação: Esse monitoramento será feito por meio dos prontuários.

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

Detalhamento da ação: Esse monitoramento será feito por meio dos prontuários.

Organização da Gestão e Serviço

Ação: Priorizar o atendimento dos pacientes hipertensos avaliados como de alto risco

Detalhamento da ação: A partir da avaliação dos prontuários, serão identificados os pacientes mais graves e eles terão um acompanhamento mais rígido.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento da ação: Os pacientes hipertensos terão um atendimento priorizado, haverá marcação de consultas para eles, o que não existe ainda na unidade e todos eles, antes da consulta médica, terão uma consulta com a enfermagem. Como já comentei, será criado um dia exclusivo para o atendimento deles, que será feito pela enfermagem e, dependendo da necessidade, pelo médico também.

Ação: Priorizar o atendimento dos pacientes diabéticos avaliados como de alto risco.
Detalhamento da ação: A partir da avaliação dos prontuários, serão identificados os pacientes mais graves e eles terão um acompanhamento mais rígido.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento da ação: Os pacientes diabéticos terão um atendimento priorizado, haverá marcação de consultas para eles, o que não existe ainda na unidade e todos eles, antes da consulta médica, terão uma consulta com a enfermagem. Como já comentei, será criado um dia exclusivo para o atendimento deles, que será feito pela enfermagem e, dependendo da necessidade, pelo médico também.

Engajamento Público

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

Detalhamento da ação: Será realizada a estratificação de risco durante as consultas e isso será passado aos pacientes, com todas as orientações.

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

Detalhamento da ação: Será realizada a estratificação de risco durante as consultas e isso será passado aos pacientes, com todas as orientações.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco dos paciente hipertensos segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Detalhamento da ação: Durante as reuniões de equipe, será utilizado um dia para conversarmos sobre o escore de Framingham ou de lesões de órgãos alvos, para que todos tenham esse conhecimento. Inclusive posso copiar esse escore em algumas folhas e distribuir aos integrantes da equipe, para que eles possam sempre estar consultando.

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

Detalhamento da ação: Será feito na reunião da primeira semana.

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco dos pacientes diabéticos segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Detalhamento da ação: Durante as reuniões de equipe, será utilizado um dia para conversarmos sobre o escore de Framingham ou de lesões de órgãos alvos, para que todos tenham esse conhecimento. Inclusive posso copiar esse escore em algumas folhas e distribuir aos integrantes da equipe, para que eles possam sempre estar consultando.

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

Detalhamento da ação: Será feito na reunião da primeira semana.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da ação: Esse monitoramento será feito por meio dos prontuários.

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

Detalhamento da ação: Esse monitoramento será feito por meio dos prontuários.

Organização da Gestão e Serviço

Ação: Priorizar o atendimento dos pacientes hipertensos avaliados como de alto risco

Detalhamento da ação: A partir da avaliação dos prontuários, serão identificados os pacientes mais graves e eles terão um acompanhamento mais rígido.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento da ação: Os pacientes hipertensos terão um atendimento priorizado, haverá marcação de consultas para eles, o que não existe ainda na unidade e todos

eles, antes da consulta médica, terão uma consulta com a enfermagem. Como já comentei, será criado um dia exclusivo para o atendimento deles, que será feito pela enfermagem e, dependendo da necessidade, pelo médico também.

Ação: Priorizar o atendimento dos pacientes diabéticos avaliados como de alto risco.
Detalhamento da ação: A partir da avaliação dos prontuários, serão identificados os pacientes mais graves e eles terão um acompanhamento mais rígido.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.
Detalhamento da ação: Os pacientes diabéticos terão um atendimento priorizado, haverá marcação de consultas para eles, o que não existe ainda na unidade e todos eles, antes da consulta médica, terão uma consulta com a enfermagem. Como já comentei, será criado um dia exclusivo para o atendimento deles, que será feito pela enfermagem e, dependendo da necessidade, pelo médico também.

Engajamento Público

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

Detalhamento da ação: Será realizada a estratificação de risco durante as consultas e isso será passado aos pacientes, com todas as orientações.

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

Detalhamento da ação: Será realizada a estratificação de risco durante as consultas e isso será passado aos pacientes, com todas as orientações.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco dos paciente hipertensos segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Detalhamento da ação: Durante as reuniões de equipe, será utilizado um dia para conversarmos sobre o escore de Framingham ou de lesões de órgãos alvos, para que todos tenham esse conhecimento. Inclusive posso copiar esse escore em algumas folhas e distribuir aos integrantes da equipe, para que eles possam sempre estar consultando.

Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação:
Detalhamento da ação: Será feito na reunião da primeira semana.

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco dos pacientes diabéticos segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Detalhamento da ação: Durante as reuniões de equipe, será utilizado um dia para conversarmos sobre o escore de Framingham ou de lesões de órgãos alvos, para que todos tenham esse conhecimento. Inclusive posso copiar esse escore em algumas folhas e distribuir aos integrantes da equipe, para que eles possam sempre estar consultando.

Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação:
Detalhamento da ação: Será feito na reunião da primeira semana.

6. Objetivo de promoção da saúde: Promover a saúde dos hipertensos e diabéticos

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da ação: será feita por meio dos registros nos prontuários.

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

Detalhamento da ação: será feita por meio dos registros nos prontuários.

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

Detalhamento da ação: será feita por meio dos registros nos prontuários.

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

Detalhamento da ação: será feita por meio dos registros nos prontuários.

Organização da Gestão e Serviço

Ação: Organizar praticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento da ação: Será feito principalmente durante as atividades de grupo, que serão realizadas quinzenalmente.

Ação: Organizar praticas coletivas para a orientação de exercícios físicos :

Detalhamento da ação: Será feito principalmente durante as atividades de grupo, que serão realizadas quinzenalmente.

Engajamento Público

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

Detalhamento da ação: Será feito durante a consulta médica e também pelos ACS durante as visitas domiciliares.

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

Detalhamento da ação: Será feito durante a consulta médica e também pelos ACS durante as visitas domiciliares.

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

Detalhamento da ação: Será feito durante a consulta médica e também pelos ACS durante as visitas domiciliares.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento da ação: Isso também será conversado na reunião da primeira semana de ação. Será abordado também nas atividades em grupo.

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

Detalhamento da ação: Isso também será conversado na reunião da primeira semana de ação. Será abordado também nas atividades em grupo.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da ação: será feita por meio dos registros nos prontuários.

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

Detalhamento da ação: será feita por meio dos registros nos prontuários.

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

Detalhamento da ação: será feita por meio dos registros nos prontuários.

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

Detalhamento da ação: será feita por meio dos registros nos prontuários.

Organização da Gestão e Serviço

Ação: Organizar pratica coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento da ação: Será feito principalmente durante as atividades de grupo, que serão realizadas quinzenalmente.

Ação: Organizar pratica coletivas para a orientação de exercícios físicos:

Detalhamento da ação: Será feito principalmente durante as atividades de grupo, que serão realizadas quinzenalmente.

Engajamento Público

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

Detalhamento da ação: Será feito durante a consulta médica e também pelos ACS durante as visitas domiciliares.

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

Detalhamento da ação: Será feito durante a consulta médica e também pelos ACS durante as visitas domiciliares.

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

Detalhamento da ação: Será feito durante a consulta médica e também pelos ACS durante as visitas domiciliares.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento da ação: Isso também será conversado na reunião da primeira semana de ação. Será abordado também nas atividades em grupo.

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

Detalhamento da ação: Isso também será conversado na reunião da primeira semana de ação. Será abordado também nas atividades em grupo.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da ação: será feita por meio dos registros nos prontuários.

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

Detalhamento da ação: será feita por meio dos registros nos prontuários.

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

Detalhamento da ação: será feita por meio dos registros nos prontuários.

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

Detalhamento da ação: será feita por meio dos registros nos prontuários.

Organização da Gestão e Serviço

Ação: Organizar pratica coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento da ação: Será feito principalmente durante as atividades de grupo, que serão realizadas quinzenalmente.

Ação: Organizar pratica coletivas para a orientação de exercícios físicos:

Detalhamento da ação: Será feito principalmente durante as atividades de grupo, que serão realizadas quinzenalmente.

Engajamento Público

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

Detalhamento da ação: Será feito durante a consulta médica e também pelos ACS durante as visitas domiciliares.

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

Detalhamento da ação: Será feito durante a consulta médica e também pelos ACS durante as visitas domiciliares.

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

Detalhamento da ação: Será feito durante a consulta médica e também pelos ACS durante as visitas domiciliares.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento da ação: Isso também será conversado na reunião da primeira semana de ação. Será abordado também nas atividades em grupo.

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

Detalhamento da ação: Isso também será conversado na reunião da primeira semana de ação. Será abordado também nas atividades em grupo.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da ação: será feita por meio dos registros nos prontuários.

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

Detalhamento da ação: será feita por meio dos registros nos prontuários.

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

Detalhamento da ação: será feita por meio dos registros nos prontuários.

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

Detalhamento da ação: será feita por meio dos registros nos prontuários.

Organização da Gestão e Serviço

Ação: Organizar praticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento da ação: Será feito principalmente durante as atividades de grupo, que serão realizadas quinzenalmente.

Ação: Organizar praticas coletivas para a orientação de exercícios físicos:

Detalhamento da ação: Será feito principalmente durante as atividades de grupo, que serão realizadas quinzenalmente.

Engajamento Público

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

Detalhamento da ação: Será feito durante a consulta médica e também pelos ACS durante as visitas domiciliares.

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

Detalhamento da ação: Será feito durante a consulta médica e também pelos ACS durante as visitas domiciliares.

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

Detalhamento da ação: Será feito durante a consulta médica e também pelos ACS durante as visitas domiciliares.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento da ação: Isso também será conversado na reunião da primeira semana de ação. Será abordado também nas atividades em grupo.

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

Detalhamento da ação: Isso também será conversado na reunião da primeira semana de ação. Será abordado também nas atividades em grupo.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da ação: será feita por meio dos registros nos prontuários.

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

Detalhamento da ação: será feita por meio dos registros nos prontuários.

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

Detalhamento da ação: será feita por meio dos registros nos prontuários.

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

Detalhamento da ação: será feita por meio dos registros nos prontuários.

Organização da Gestão e Serviço

Ação: Organizar praticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento da ação: Será feito principalmente durante as atividades de grupo, que serão realizadas quinzenalmente.

Ação: Organizar praticas coletivas para a orientação de exercícios físicos:

Detalhamento da ação: Será feito principalmente durante as atividades de grupo, que serão realizadas quinzenalmente.

Engajamento Público

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

Detalhamento da ação: Será feito durante a consulta médica e também pelos ACS durante as visitas domiciliares.

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

Detalhamento da ação: Será feito durante a consulta médica e também pelos ACS durante as visitas domiciliares.

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

Detalhamento da ação: Será feito durante a consulta médica e também pelos ACS durante as visitas domiciliares.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento da ação: Isso também será conversado na reunião da primeira semana de ação. Será abordado também nas atividades em grupo.

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

Detalhamento da ação: Isso também será conversado na reunião da primeira semana de ação. Será abordado também nas atividades em grupo.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da ação: será feita por meio dos registros nos prontuários.

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

Detalhamento da ação: será feita por meio dos registros nos prontuários.

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

Detalhamento da ação: será feita por meio dos registros nos prontuários.

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

Detalhamento da ação: será feita por meio dos registros nos prontuários.

Organização da Gestão e Serviço

Ação: Organizar pratica coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento da ação: Será feito principalmente durante as atividades de grupo, que serão realizadas quinzenalmente.

Ação: Organizar pratica coletivas para a orientação de exercícios físicos:

Detalhamento da ação: Será feito principalmente durante as atividades de grupo, que serão realizadas quinzenalmente.

Engajamento Público

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

Detalhamento da ação: Será feito durante a consulta médica e também pelos ACS durante as visitas domiciliares.

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

Detalhamento da ação: Será feito durante a consulta médica e também pelos ACS durante as visitas domiciliares.

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

Detalhamento da ação: Será feito durante a consulta médica e também pelos ACS durante as visitas domiciliares.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento da ação: Isso também será conversado na reunião da primeira semana de ação. Será abordado também nas atividades em grupo.

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

Detalhamento da ação: Isso também será conversado na reunião da primeira semana de ação. Será abordado também nas atividades em grupo.

→ **Meta 6.7:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da ação: será feita por meio dos registros nos prontuários.

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

Detalhamento da ação: será feita por meio dos registros nos prontuários.

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

Detalhamento da ação: será feita por meio dos registros nos prontuários.

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

Detalhamento da ação: será feita por meio dos registros nos prontuários.

Organização da Gestão e Serviço

Ação: Organizar pratica coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento da ação: Será feito principalmente durante as atividades de grupo, que serão realizadas quinzenalmente.

Ação: Organizar praticas coletivas para a orientação de exercícios físicos:

Detalhamento da ação: Será feito principalmente durante as atividades de grupo, que serão realizadas quinzenalmente.

Engajamento Público

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

Detalhamento da ação: Será feito durante a consulta médica e também pelos ACS durante as visitas domiciliares.

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

Detalhamento da ação: Será feito durante a consulta médica e também pelos ACS durante as visitas domiciliares.

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

Detalhamento da ação: Será feito durante a consulta médica e também pelos ACS durante as visitas domiciliares.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento da ação: Isso também será conversado na reunião da primeira semana de ação. Será abordado também nas atividades em grupo.

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

Detalhamento da ação: Isso também será conversado na reunião da primeira semana de ação. Será abordado também nas atividades em grupo.

→ **Meta 6.8:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da ação: será feita por meio dos registros nos prontuários.

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

Detalhamento da ação: será feita por meio dos registros nos prontuários.

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

Detalhamento da ação: será feita por meio dos registros nos prontuários.

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

Detalhamento da ação: será feita por meio dos registros nos prontuários.

Organização da Gestão e Serviço

Ação: Organizar pratica coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento da ação: Será feito principalmente durante as atividades de grupo, que serão realizadas quinzenalmente.

Ação: Organizar pratica coletivas para a orientação de exercícios físicos:

Detalhamento da ação: Será feito principalmente durante as atividades de grupo, que serão realizadas quinzenalmente.

Engajamento Público

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

Detalhamento da ação: Será feito durante a consulta médica e também pelos ACS durante as visitas domiciliares.

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

Detalhamento da ação: Será feito durante a consulta médica e também pelos ACS durante as visitas domiciliares.

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

Detalhamento da ação: Será feito durante a consulta médica e também pelos ACS durante as visitas domiciliares.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento da ação: Isso também será conversado na reunião da primeira semana de ação. Será abordado também nas atividades em grupo.

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

Detalhamento da ação: Isso também será conversado na reunião da primeira semana de ação. Será abordado também nas atividades em grupo.

2.3.2 Indicadores

Objetivo de cobertura

- **Objetivo 1:** Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos
- **Meta: 1.1:** cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde.
- **Indicador 1.1:** Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde: Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.
- **Meta: 1.2:** cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde.
- **Indicador 1.2:** Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde: 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 de qualidade

- **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:** Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo: Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado. Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- **Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.
- **Indicador 2.2:** Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo: Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado. Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- **Meta 2.3:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- **Indicador 2.3:** Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo: Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia. Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- **Meta 2.4:** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo
- **Indicador 2.4:** Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo: Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia. Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- **Meta 2.5:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde
- **Indicador 2.5:** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada: Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

- **Meta 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde
- **Indicador 2.6:** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada: Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.
- **Meta 2.7:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.
- **Indicador 2.7:** Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico: Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.
- **Meta 2.8:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.
- **Indicador 2.8:** Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico: Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo de adesão

- **Objetivo 3:** Melhorar a adesão de diabéticos e hipertensos ao programa
- **Meta 3.1:** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada
- **Indicador 3.1:** Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa: Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa. Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.
- **Meta 3.2:** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada

- **Indicador 3.2:** Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa: Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa. Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo de registro

- **Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações.
- **Meta 4.1:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde
- **Indicador 4.1:** Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento: Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento. Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- **Meta 4.2:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;
- **Indicador 4.2:** Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento: Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento. Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo de avaliação de risco

- **Objetivo 5:** Mapeamento dos 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 de Promoção da saúde

- **Objetivo 6:** Promover a saúde dos 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 pacientes 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 pacientes 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 pacientes hipertensos
- **Indicador 6.3:** Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física: Numerador: Número de pacientes 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 pacientes diabéticos
- **Indicador 6.4:** Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física: Numerador: Número de pacientes 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 pacientes hipertensos
- **Indicador 6.5:** Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo: Numerador: Número de pacientes 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 pacientes diabéticos.
- **Indicador 6.6:** Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo: Numerador: Número de pacientes 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 pacientes hipertensos
- **Indicador 6.7:** Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal: Numerador: Número de pacientes 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 pacientes diabéticos
- **Indicador 6.8:** Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal: Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal. Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

A intervenção para melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos da UBS Rosália Gondim de Melo terá início em dia 08 de agosto de 2014, com duração de 3 meses. A intervenção será realizada na zona rural e na urbana. A médica responsável pela intervenção é cadastrada na zona rural, contudo como a unidade de saúde da zona rural não tem estrutura alguma, ela atende uma vez na semana e trabalha a maior parte do tempo na unidade da zona urbana, que funciona dentro do hospital da cidade. Os usuários da zona rural também são atendidos na UBS da zona urbana. Na realidade a unidade da zona rural praticamente não funciona, pois o atendimento é semanal. O que funciona realmente é a unidade urbana Rosália Gondim de Melo. Então praticamente toda a população da cidade é assistida na UBS da zona urbana. O motivo para ocorrer o deslocamento dos

usuários da zona rural para a urbana é a falta de estrutura nos locais de atendimento como, por exemplo, a não existência de macas e pias e, o que impossibilita exame clínico eficiente.

Para realizar a intervenção no programa de HAS e DM serão adotados o caderno de atenção básica do MS, ano 2013 (BRASIL, 2013), com as estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Os prontuários serão ferramenta de pesquisa e o registro dos dados será aperfeiçoado.

Durante a intervenção será criada uma agenda para atendimento dos hipertensos e diabéticos, após busca ativa. Nas consultas os atendimentos serão devidamente registrados nas fichas espelho pelo curso de especialização em saúde da família da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), apresentada no ANEXO 1. Semanalmente todos os registros serão transcritos para a planilha de coleta de dados (ANEXO 2). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFPel e o documento se encontra descrito no ANEXO 3.

Para organizar o registro específico do programa, o profissional da saúde, que será definido na primeira semana de atividade, revisará o livro de registro identificando os diabéticos e hipertensos que já estão cadastrados. Os prontuários destes usuários serão localizados e as informações serão transcritas para a ficha espelho. Ao mesmo tempo já serão avaliadas e anotadas as informações sobre as consultas e exames em atraso, para que se possa corrigi-las.

Na primeira semana de intervenção serão realizadas duas reuniões com todos os profissionais da unidade, nos dias 11 e 13 de agosto de 2014. A primeira será para conversar sobre essas atividades, definir o papel de cada profissional, escolher os dois profissionais responsáveis pelos registros e as enfermeiras responsáveis pelo acolhimento. Além disso, será estabelecida as datas das atividades em grupo e das visitas domiciliares aos faltosos. Na segunda reunião será realizado uma capacitação da equipe para a utilização do protocolo, que já foi impresso em algumas vias e entregues a vários profissionais. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. O espaço reservado para essas duas reuniões é a própria sala de reuniões da unidade. Todos os profissionais já estão cientes e estão de acordo com a intervenção. Assim como o protocolo, a ficha espelho já foi impressa e atualmente já existem 300 cópias na unidade, suficientes para iniciar a intervenção. Caso no decorrer da atividade faltarem fichas espelho, novas cópias serão feitas.

Ainda na primeira semana, será feita uma avaliação dos registros e será identificado e computado os usuários que já estão cadastrados. Seus prontuários serão analisados e os usuários que estiverem com consulta ou exames em atraso receberão visitas dos ACS, para que seja marcada uma nova consulta. Caso eles continuem sem comparecer, será realizada uma visita médica.

Os ACS também estarão, durante todas as semanas da ação, buscando ativamente pessoas hipertensas e diabéticas que ainda não estão cadastradas, para que elas comecem a ser acompanhadas na unidade. Cada novo usuário será cadastrado e incluído no projeto.

Existirá um acolhimento diferenciado para os hipertensos, para que eles possam ser melhor avaliados. Cada usuário que chegar para uma consulta, passará primeiro por uma consulta na enfermagem, que avaliará a pressão arterial, peso, altura e glicemia capilar. Todos esses dados serão registrados na ficha espelho. Os prontuários desses pacientes também serão analisados pelos enfermeiros e as pendências serão repassadas ao médico durante a consulta médica. Ao sair da consulta da enfermagem os diabéticos irão aguardar seguindo a fila normal de atendimento médico.

Para todos os hipertensos e diabéticos que forem atendidos, será dado um convite para a participação da atividade em grupo, que será realizada quinzenalmente, por 3 profissionais de saúde. Nas atividades será conversado com os usuários, tirando suas dúvidas, incentivando a prática de exercícios e a alimentação saudável. No final das 12 semanas de intervenção será avaliado o índice de adesão desses pacientes nas atividades em grupo.

Durante as 12 semanas, será realizado atendimento médico aos usuários, com exame clínico completo. Os exames complementares que estiverem faltando serão solicitados; será realizada a estratificação de risco cardiovascular segundo o escore de Framingham; será avaliada a necessidade de consulta odontológica e ginecológica e todos os usuários receberão informações de como melhorar a qualidade de vida, da importância de se manter uma alimentação saudável e realizar exercícios físicos.

Framingham ou de lesões em órgãos alvo												
Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação	X	X										
Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorar a realização de orientação para a atividade física regular aos hipertensos e diabéticos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorar a realização de orientação sobre os riscos do tabagismo aos hipertensos:	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Organizar prática coletivas sobre alimentação saudável	X		X		X		X		X		X	
Organizar práticas coletivas para a orientação de exercícios físicos	X		X		X		X		X		X	
Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável:	X	X										
Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular	X	X										

COLOCAR ATENDIMENTO CLÍNICO INDIVIDUAL E VISITA DOMICILIAR

3. Relatório da intervenção

3.1 Ações desenvolvidas

Durante os três meses do projeto de intervenção a equipe da UBS conseguiu à custa de muito esforço realizar todas as atividades propostas. Dentre elas os acolhimentos que eram realizados nas terças e quintas, os hipertensos ou diabéticos que chegavam à UBS eram encaminhados e atendidos primeiro pela enfermagem, que se responsabilizava por medir a PA, a HGT, peso, altura e pelo preenchimento inicial da ficha espelho. Tal trabalho realizado pela enfermagem foi de extrema importância, pois complementava todo o atendimento além de manter sob controle os parâmetros antropométricos de toda população acompanhada.

Além disso, todos os usuários assistidos foram submetidos a avaliações de riscos cardiovasculares, de saúde bucal pelos profissionais de odontologia, receberam orientação com relação a tabagismo, saúde bucal, nutrição e prática de exercícios físicos. Tais medidas frisavam diminuir os riscos e as repercussões das doenças crônicas, que são as grandes responsáveis pelas morbimortalidades no nosso país.

Dentre as ações previstas no projeto realizadas foram: Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde; Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde; Garantir os registros dos hipertensos cadastrados nos programas; Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de hipertensão; Garantir os registros dos diabéticos cadastrados nos programas; Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de diabetes; Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde; Informar a comunidade sobre a importância das pessoas diabéticas e hipertensas fazerem um acompanhamento correto na unidade; Capacitar os ACS para que eles estejam aptos a conversar com os hipertensos sobre a importância do acompanhamento para tentar convencê-los a procura; Capacitar os ACS para que eles estejam aptos a conversar com os diabéticos sobre a importância do acompanhamento para tentar convencê-los a procurar regularmente a unidade; Realizar sempre o exame clínico completo nos pacientes

hipertensos e diabéticos; Sempre analisar o prontuário e ver se os pacientes estão com os exames complementares em dias. Caso não esteja, solicitá-los; Sempre prescrever medicamentos da farmácia popular, para que os pacientes tenham acesso gratuito; Criação de atividades em grupo para hipertensos e diabéticos;; Garantir a solicitação dos exames complementares; orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente;; Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de se manter uma vida saudável, com uma alimentação regrada e com a prática de exercícios; Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas dos hipertensos previstas no protocolo (consultas em dia); Organizar visitas domiciliares para buscar os hipertensos e os diabéticos faltosos; Capacitar os enfermeiros para que eles, no momento das consultas, estejam sempre explicando aos pacientes sobre a importância de um bom acompanhamento; Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença; Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco dos paciente hipertensos segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo; Organizar praticas coletivas para a orientação de exercícios físicos; Organizar praticas coletivas sobre alimentação saudável.

Quanto à consulta, ela foi cumprida de forma integral e todas as propostas do projeto foram colocadas em prática. O mesmo ocorreu com a busca ativa. Os ACS trabalharam de forma impecável e contribuíram bastante, tanto na questão do agendamento como também em trazer os usuários para a unidade.

Quanto às visitas domiciliares, o proposto foi cumprido e durante o projeto houve duas visitas domiciliares aos faltosos, mesmo após a visita dos ACS.

3.2 Ações não desenvolvidas

É importante deixar claro que dentre as propostas do projeto, nenhuma deixou de ser realizada. Algumas não conseguiram ser aplicadas integralmente, mas todas foram realizadas, mesmo que de forma parcial.

Com relação ao acolhimento feito pela enfermagem, ele era realizado nas terças e quintas, onde a enfermagem recebia os pacientes hipertensos e diabéticos e faziam o preenchimento das fichas espelhos além de aferir a PA E HGT do paciente, antes dele ir para a consulta. Tentava-se também, sempre agendar os pacientes hipertensos e diabéticos para as terças e quintas, pois nesses dias tínhamos o apoio da enfermagem. Nos outros dias, a enfermagem ficava responsável por outras tarefas não pertencentes ao projeto, como saúde da criança, saúde da mulher (exame citológico), entre outras. Portanto, nos outros dias o acolhimento terminava sendo incluso dentro da consulta médica e o médico preenchia a ficha espelho. Com relação às atividades em grupo, a proposta foi que ela fosse realizada quinzenalmente, mas só conseguimos realizar mensalmente, pois a equipe precisou de mais tempo para se preparar, tanto pela questão do espaço físico, como também pela busca de outros profissionais para participarem dos eventos, como nutricionistas. Além disso, a equipe também estava empenhada em outras tarefas da unidade e não podiam ter dedicação exclusiva ao projeto.

3.3 Da coleta a sistematização dos dados

As coletas de dados ocorreram sem interferências e desdobramentos negativos, sendo assim um trabalho realizado sem que houvesse perdas de material e ou dificuldade no acesso ao mesmo, transcorrendo da melhor forma possível. Desde o início foi colocado o papel de cada profissional que ficaria responsável pela busca dos dados através dos prontuários, pelo preenchimento da ficha espelho e pelo registro dos dados para a planilha de coleta de dados. O próprio médico ficou encarregado desta última função. A enfermagem ficou responsável pelo preenchimento da ficha espelho(nas terças e quintas), junto também com o médico(nos outros dias da semana) e dois agentes de saúde ficou responsável pela busca dos dados através dos prontuários. A sistematização dos dados também não apresentou nenhum problema, visto ser simples e direta, pois utilizou-se uma

planilha do software Excel para realização dos cálculos dos indicadores, necessários para a obtenção dos resultados finais do trabalho. Contudo, muitas vezes foi difícil transcrever os dados dos prontuários, para o Programa, visto que muitos estavam incompletos e era difícil saber, por exemplo, quem estava com as consultas e exame clínico em dia.

3.4 Incorporação e continuidade do projeto

A intervenção chegou ao final, com muito esforço e dedicação, os profissionais de saúde conseguiram grande parte dos objetivos traçados. Os mais diversos tipos de obstáculos foram vencidos para conseguir implantar a intervenção com a ajuda de toda a equipe de saúde da UBS, que foram companheiros de extrema importância nessa jornada.

Durante toda a intervenção contou-se com a ajuda dos ACS que foram responsáveis pela busca ativa dos usuários, sendo eles os mensageiros e divulgadores do projeto, além de serem os responsáveis por trazer os usuários para a atenção básica de saúde. Os enfermeiros e técnicos também se empenharam bastante trabalhando dentro da UBS junto com o médico, participando do acolhimento e do atendimento inicial dos pacientes, conforme ilustrado na Figura 1 A (Atendimento médico) e na Figura 1B (Enfermeira aferindo a pressão da usuário e técnica de enfermagem ao fundo).

Todo o projeto que conseguimos aplicar, já foi incorporado à rotina da UBS. Mesmo com o fim da intervenção, a equipe continua a fazer esse trabalho. Pretendo, no entanto, melhorar alguns pontos, como o acolhimento, para que ele seja realizado diariamente e as atividades em grupo, para que elas sejam realizadas quinzenalmente. Além de iniciar negociação com a prefeitura para que ela disponibilize um espaço fixo para a realização dessas atividades.



Figura 1: A. Atendimento médico; B. Enfermeira aferindo a pressão da usuário e técnica de enfermagem ao fundo.

Foram realizadas atividades educativas, como mostram as figuras 2A e 2B. Essas atividades foram baseadas em palestras sobre a hipertensão e o diabetes, falando, de uma maneira mais informal para a população, sobre o que é a hipertensão e o diabetes, como se adquire as doenças, como tratá-las e qual as consequências sem o tratamento adequado. Inicialmente foi previsto ações educativas quinzenalmente, porém sem haver espaço adequado na única unidade foi improvisado local em escola municipal e assim os encontros ocorreram mensalmente. Assim, ocorreram três ações e continuaram como rotina na equipe, com a mesma frequência.



Figura 2: A. Ação educativa ministrada pela médica, Figura B. Médica, Enfermeira e ACS participantes da ação educativa.



Figura 3: Profissionais de saúde e usuários participantes da intervenção educativa.

Por fim os profissionais de saúde ficaram muito contentes com a ligação criada entre a UBAS e a comunidade e em ver como esse projeto, de modo pessoal me ajudou e ajudou também a população. Agradeço a toda a equipe pelo trabalho e dedicação, à prefeitura pelo apoio e aos usuários, pela paciência, compreensão e carinho. Espero que todos os profissionais de saúde continuem dando prosseguimento às ações com os hipertensos e diabéticos e que o próximo médico que assumir a localidade também perceba a importância desse trabalho e lhe der continuidade.

4. Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Objetivo 1. Ampliar a cobertura à hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1: cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1: Cobertura no programa de atenção ao hipertenso e ao diabético na UBS Rosália Godin de Melo.

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

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

Meta 1.2: cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1: Cobertura no programa de atenção ao hipertenso e ao diabético na UBS Rosália Godin de Melo.

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.

A intervenção foi concluída com um total de 86 usuários, sendo 54 apenas hipertensos, 15 apenas diabéticos e 17 hipertensos e diabéticos. Assim sendo realizamos o acompanhamento de 71 casos de HAS e 32 casos de DM durante o período de 3 meses de intervenção.

No primeiro mês da intervenção, a cobertura foi de 26,9% para os hipertensos, com 45 acompanhamentos e de 51,2% para os diabéticos, com 21 acompanhamentos. No segundo mês, os valores subiram para 36,5%, 61

hipertensos e 65.9%, com 27 diabéticos. No terceiro mês alcançamos uma cobertura de 42.5% para os hipertensos e de 78% para os diabéticos. Esses dados estão ilustrados nas Figuras 4 e 5.

A meta de cobertura proposta foi de 70% tanto para hipertensos como diabéticos, que tinham uma cobertura anterior de 36% e 35%, respectivamente. Conseguiu-se ultrapassar a meta para os diabéticos, contudo não alcançamos a dos hipertensos, pois a quantidade de hipertensos é bem maior, sendo mais difícil de conseguir alcançar a cobertura proposta. Contudo foi nítido que em valores absolutos, o número de hipertensos acompanhados foi maior do que o dobro do atendimento aos diabéticos. Porém, mesmo não chegando ao valor desejado, conseguiu-se um aumento de cobertura de 6.5% para os hipertensos.

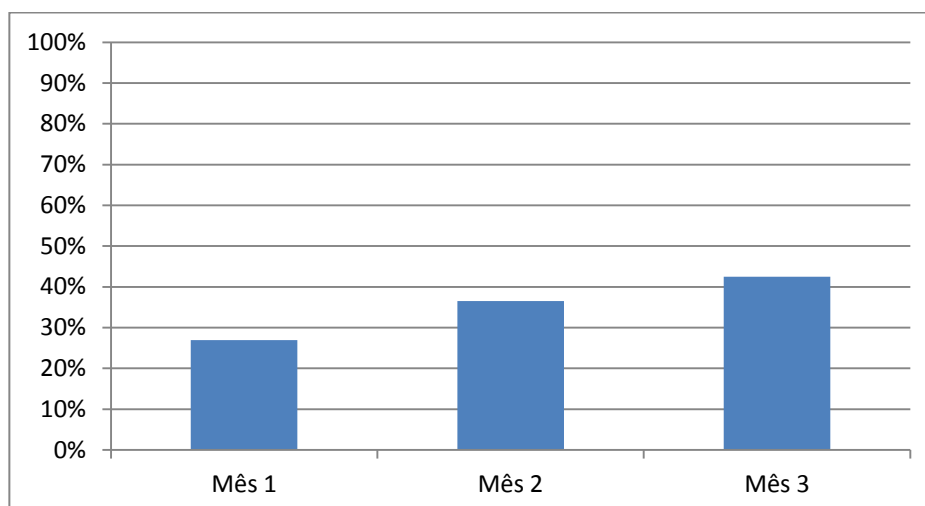


Figura 4: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde

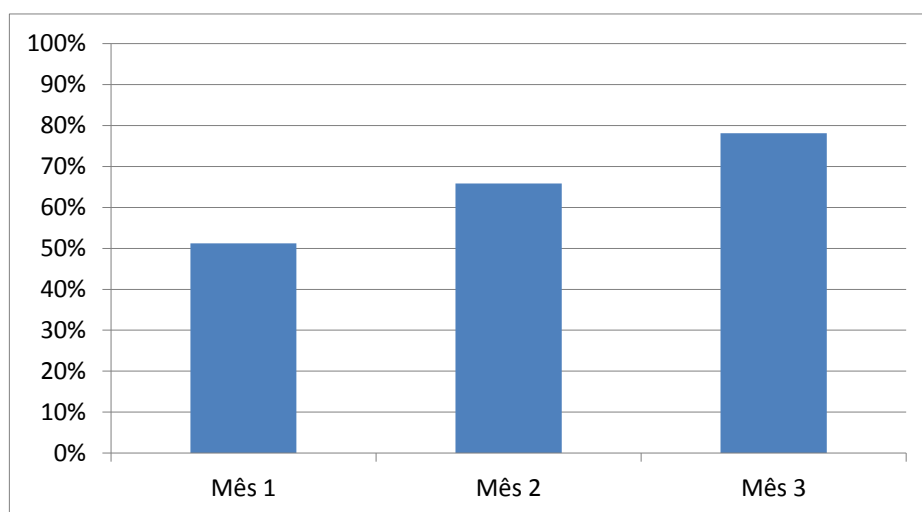


Figura 5: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde

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

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

Indicador 2. Proporção de hipertensos e diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador:: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

Indicador 2. Proporção de hipertensos e diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

No primeiro mês, 64.4% (29) dos hipertensos e 66.6% (14) dos diabéticos estavam com o exame clínico em dia. No segundo mês, esses valores diminuíram para 57.4% (35) e 59.3% (16), para os hipertensos e diabéticos respectivamente. No terceiro mês, passaram para 54.9% (39) e 53.1% (17), como mostrado nas Figuras de 6 e 7.

A proporção de hipertensos e diabéticos com exames clínicos em dia apresentou declínio no decorrer da intervenção devido ao aumento do número de novos registros e de atendimento a usuários, ocorrido pelo aumento da busca ativa que foi sendo realizada durante o decorrer do projeto. Quanto maior a busca ativa, maior era o número de novos cadastros no projeto. Os usuários novos que chegavam não tinham exame clínico em dia e nem exames complementares, por isso ao serem cadastrados diminuía os valores. Em relação aos usuários já acompanhados, todos foram examinados clinicamente, porém alguns faltosos mesmo com a busca ativa não compareciam as consultas e contribuíram para o declínio dos valores, alterando os resultados com exame físico em dia.

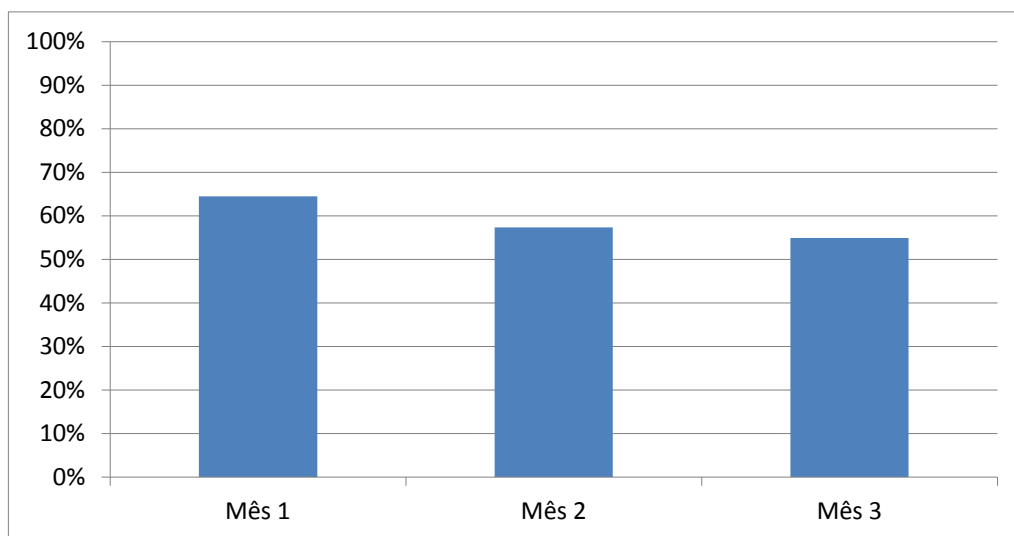


Figura 6: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

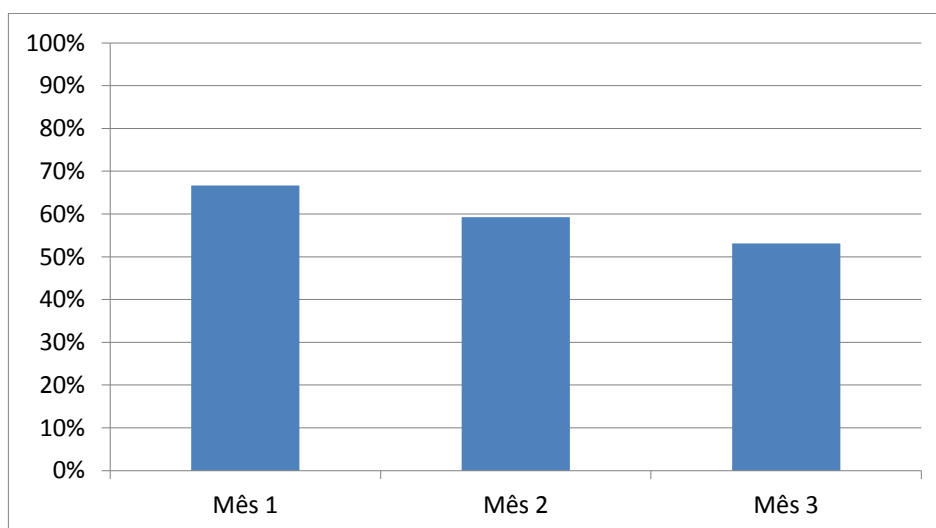


Figura 7: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Meta 3.1: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 3. Proporção de hipertensos e diabéticos 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 3.2 : Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 3. Proporção de hipertensos e 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.

No primeiro mês, 48.9% (22) dos hipertensos e 42.9% (9) dos diabéticos apresentavam exames complementares em dia. No segundo mês esses valores passaram para 45.9% (28) e 40.7% (11) e seguiram para 49.3% (35) e 37.5% (12), respectivamente, no terceiro mês. Esses resultados estão representados nas Figuras 8 e 9.

Essa queda nos valores tanto pra os hipertensos como os diabéticos pode ser explicada pelo mesmo motivo citado no tópico acima: aumento da busca ativa que foi sendo realizada durante o decorrer do projeto. Quanto maior a busca ativa, maior era o número de novos cadastros no projeto. Os usuários novos que chegavam não tinham exame clínico em dia e nem exames complementares

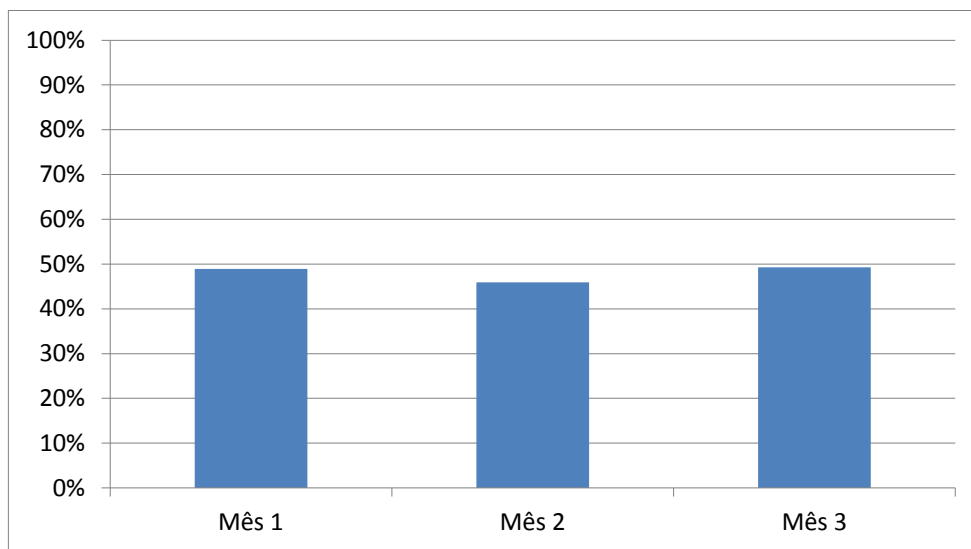


Figura 8: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia

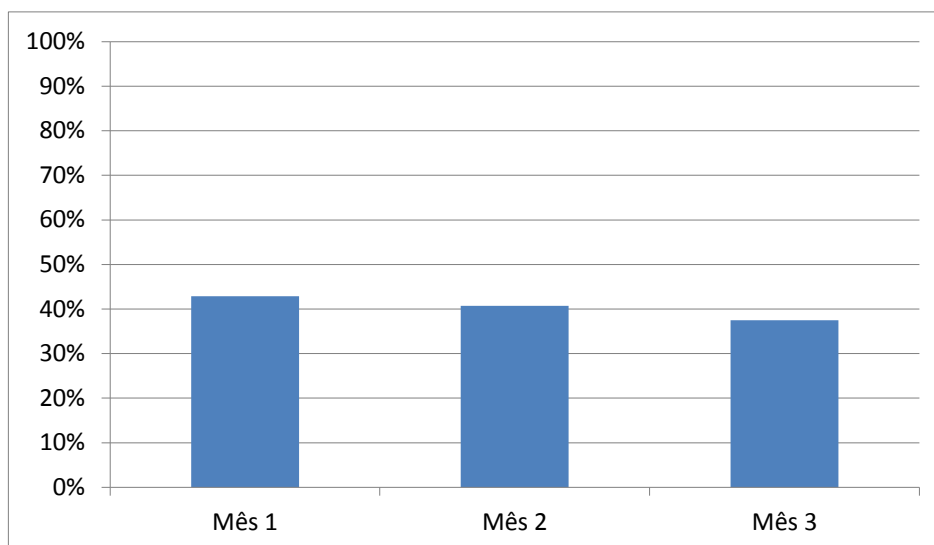


Figura 9: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Meta 4.1: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 4. Proporção de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamento da Farmácia popular/Hiperdia priorizada.

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Meta 4.2: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 4. Proporção de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamento da Farmácia popular/Hiperdia priorizada.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

A proporção de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada apresentou alterações caracterizadas pelo declínio expressivo de seus valores, seguido de leve

aumento não apresentando padrão específico, assim como demonstra as Figuras 10 e 11 nos 3 meses de intervenção. No primeiro mês, 95.6% (43) dos hipertensos e 100% (21) dos diabéticos apresentavam prescrição de medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA priorizada. No segundo mês esses valores foram de 93.4% (57) e 92.6% (25) respectivamente e no terceiro mês foram de 94.4% (67) e 93.8% (30) para hipertensos e diabéticos, respectivamente.

A meta dos 100% não foi atingida, pois havia usuários que já tomavam medicamentos não priorizados pela farmácia popular, como por exemplo: diabéticos que tinham muitos efeitos colaterais com o uso da metformina e que tomavam a metformina de liberação lenta, que não é priorizada pela farmácia popular, mas eles tinham condições de comprar. Então nesses casos, não havia necessidade de mudar o medicamento. Esses poucos casos foram os responsáveis por não termos atingido a meta de 100%.

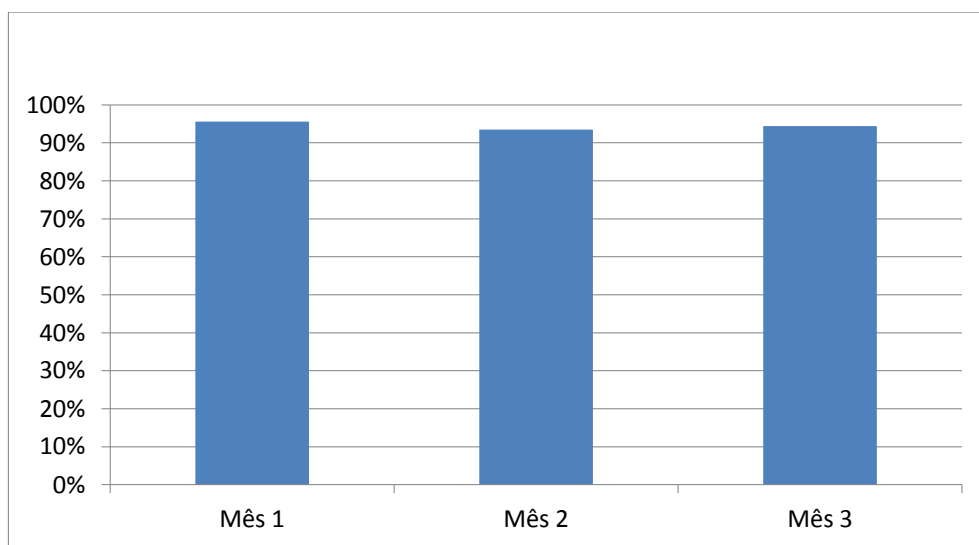


Figura 10: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da

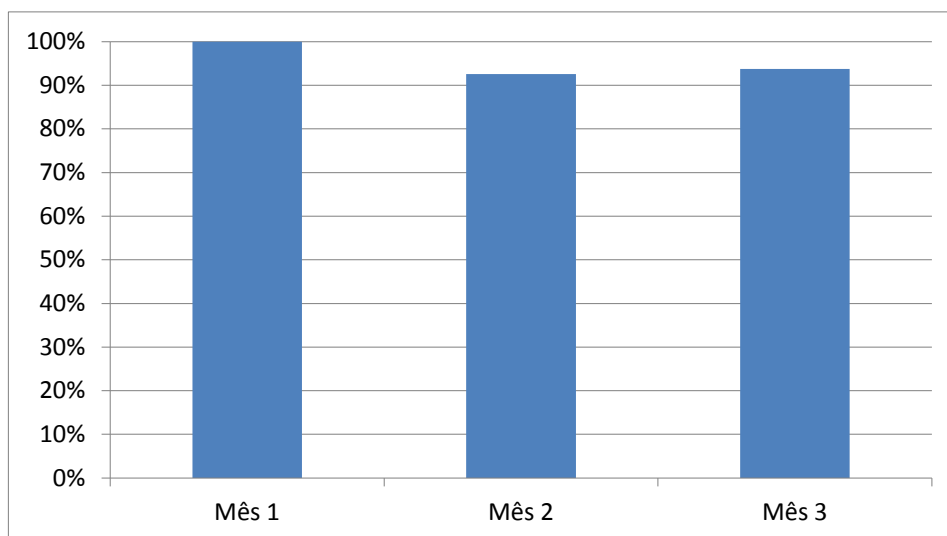


Figura 11: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos

Meta 5.1: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 5. Proporção de hipertensos e diabéticos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico.

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

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

Meta 5.2: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 5. Proporção de hipertensos e diabéticos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico.

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

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

Na perspectiva de orientação de hábitos e práticas saudáveis, todos os assistidos pelo projeto, hipertensos (Figura 12) e diabéticos (Figura 13) foram avaliados nos 3 meses de intervenção quanto a necessidade de atendimento odontológico e a meta foi atingida para as duas patologias.

No primeiro mês, 100% (45) dos hipertensos e 100% (21) dos diabéticos foram avaliados quanto a necessidade de atendimento odontológico. Essa mesma porcentagem (100%) continuou no segundo mês, 61 e 71, e terceiro mês e 27 e 32 respectivamente.

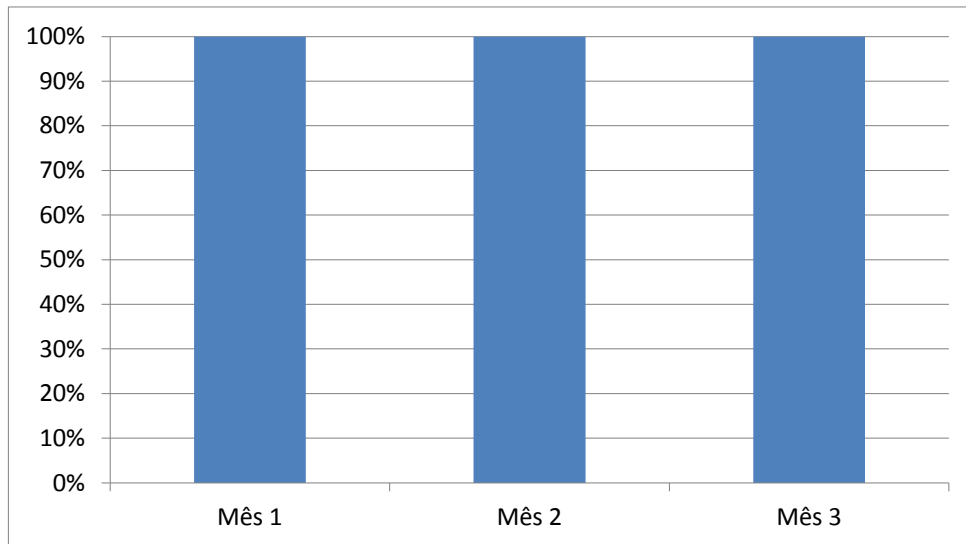


Figura 12: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

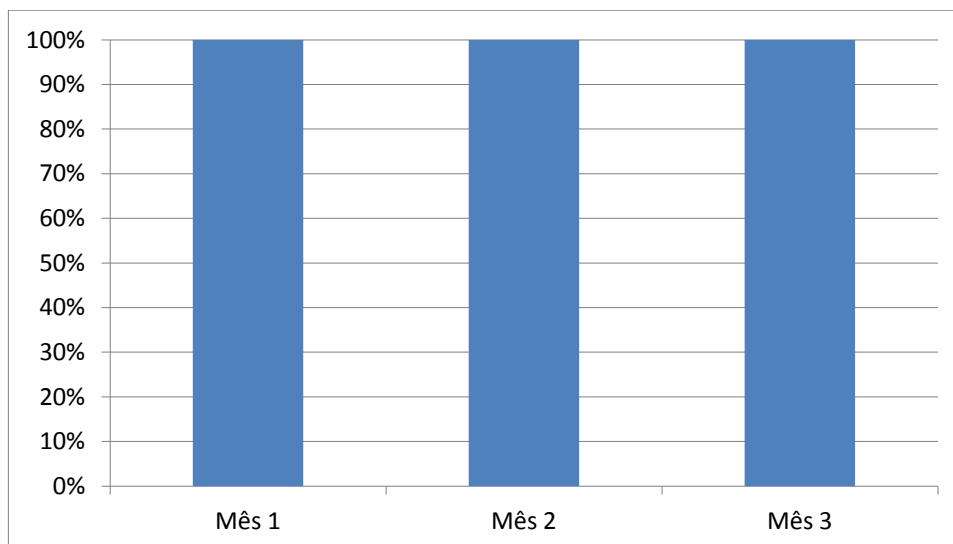


Figura 13: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao Programa

Meta 6.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada

Indicador 6. Proporção de hipertensos e diabéticos faltosos à consulta médica 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 6.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada

Indicador 6. Proporção de hipertensos e diabéticos faltosos à consulta médica 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

No primeiro mês, 41.2% (7) dos hipertensos e 22.2% (2) dos diabéticos estavam faltosos às consultas médicas com busca ativa. Esses valores aumentaram no decorrer do projeto, para os hipertensos e os diabéticos chegando a 52% (13) e 25% (3) no segundo mês e 53.6% (15) e 35.7% (5), respectivamente, no terceiro mês. Esses resultados estão representados nas Figuras 14 e 15.

A meta não foi atingida, pois muitos hipertensos e diabéticos não têm a noção de gravidade de sua doença e conseqüentemente não levam a sério a necessidade de ter um bom acompanhamento. Para cada usuário faltoso foi tentado duas visitas pelo ACS, alguns vieram depois da segunda visita e outros foram atendidos na visita médica domiciliar. Lembrando que todos, apesar de ser considerados faltosos, receberam atendimento.

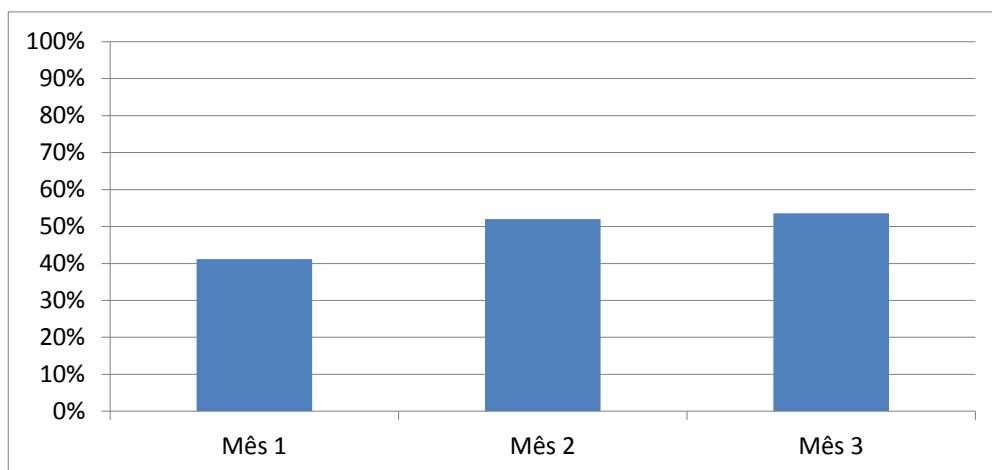


Figura 14: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa

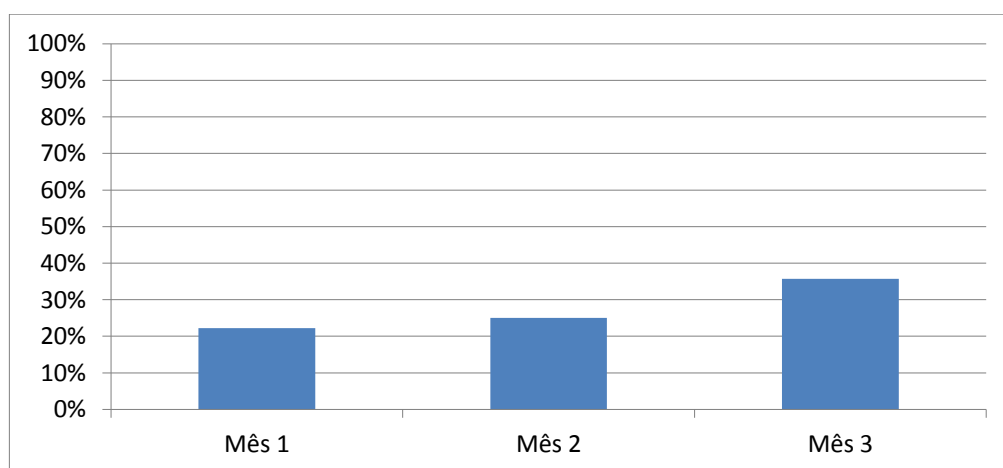


Figura 15: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 7.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 7: Proporção de hipertensos e diabéticos 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 7.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 7: Proporção de hipertensos e 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.

Durante toda a intervenção, do mês 1 ao 3, todos os usuários tiveram os registros feitos de forma adequada na ficha de acompanhamento e por isso os valores foram 100%, atingindo a meta de 100%. Esse resultado está ilustrado na Figura 16 (hipertensos) e na Figura 17 (diabéticos). Contudo é importante ressaltar, que antes da intervenção havia muitos registros inadequados.

No primeiro mês, 100% (45) dos hipertensos e 100% (21) dos diabéticos tiveram os registros feitos de forma adequada na ficha de acompanhamento. Essa mesma porcentagem continuou no segundo e terceiro mês, sendo 61 e 71 pacientes hipertensos respectivamente no segundo e terceiro mês e 27 e 32 pacientes diabéticos respectivamente no segundo e terceiro mês.

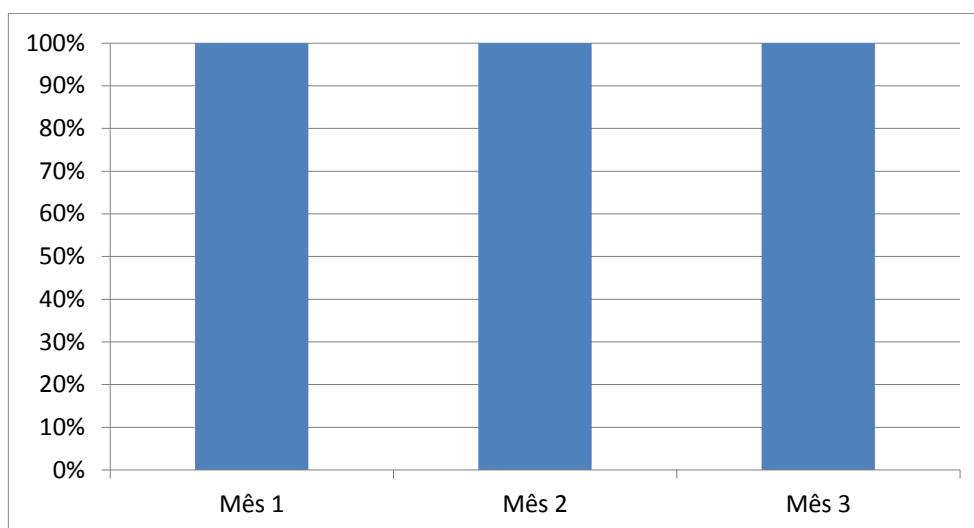


Figura 16: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

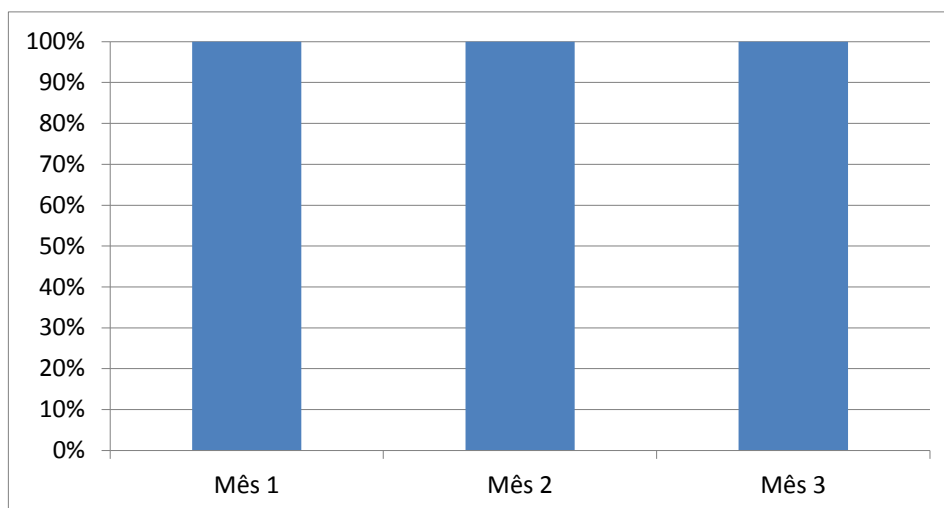


Figura 17: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

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

Meta 8.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 8. Proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

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

Indicador 8. Proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

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

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

Nas consultas com o médico, todos os usuários, hipertensos (Figura 18) e diabéticos (Figura 19) foram avaliados quanto ao seu risco cardiovascular através dos critérios de Framingham, atingindo a meta de 100%..

No primeiro mês, 100% (45) dos hipertensos e 100% (21) dos diabéticos foram avaliados quanto ao seu risco cardiovascular. Essa mesma porcentagem continuou no segundo e terceiro mês, sendo 61 e 71 pacientes hipertensos respectivamente no segundo e terceiro mês e 27 e 32 pacientes diabéticos respectivamente no segundo e terceiro mês.

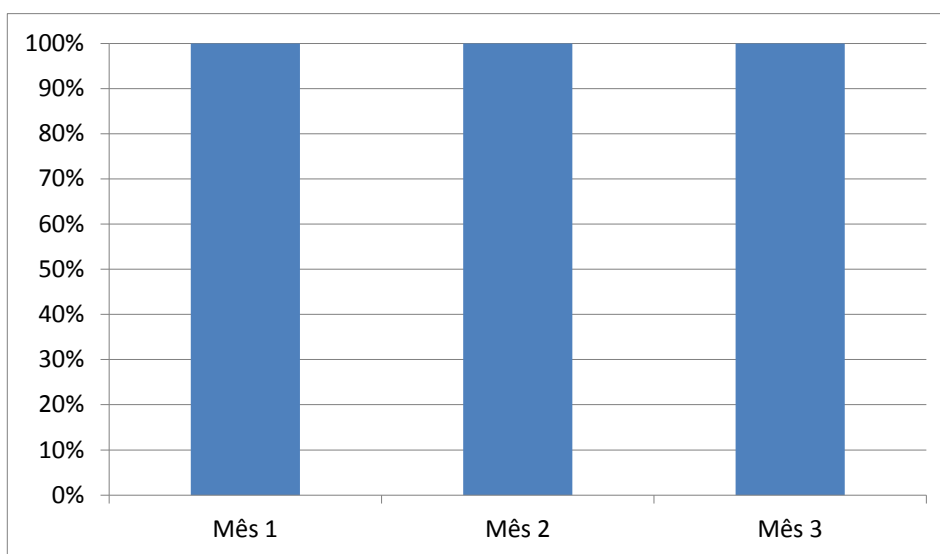


Figura 18: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

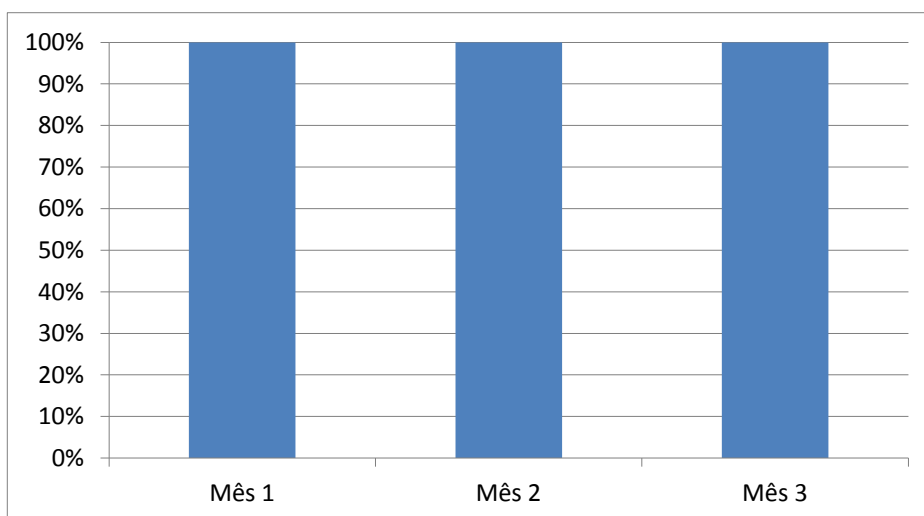


Figura 19: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 9.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos

Indicador 9. Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 9.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos

Indicador 9. Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

No tocante as orientações nutricionais sobre alimentação saudável a intervenção conseguiu cobrir todo o universo de usuários do programa, nos 3 meses de intervenção como ilustrado na Figura 20, a proporção de hipertensos e na Figura 21, os diabéticos, atingindo a meta de 100%.

No primeiro mês, 100% (45) dos hipertensos e diabéticos (21) receberam orientações nutricionais sobre alimentação saudável. Essa mesma porcentagem continuou no segundo e terceiro mês, sendo 61 e 71 pacientes hipertensos respectivamente no segundo e terceiro mês e 27 e 32 pacientes diabéticos respectivamente no segundo e terceiro mês.

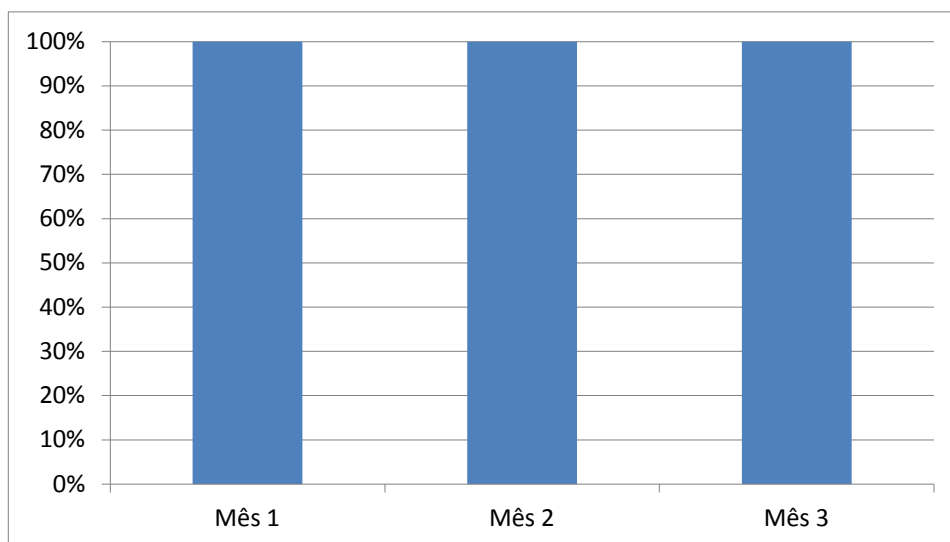


Figura 20: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

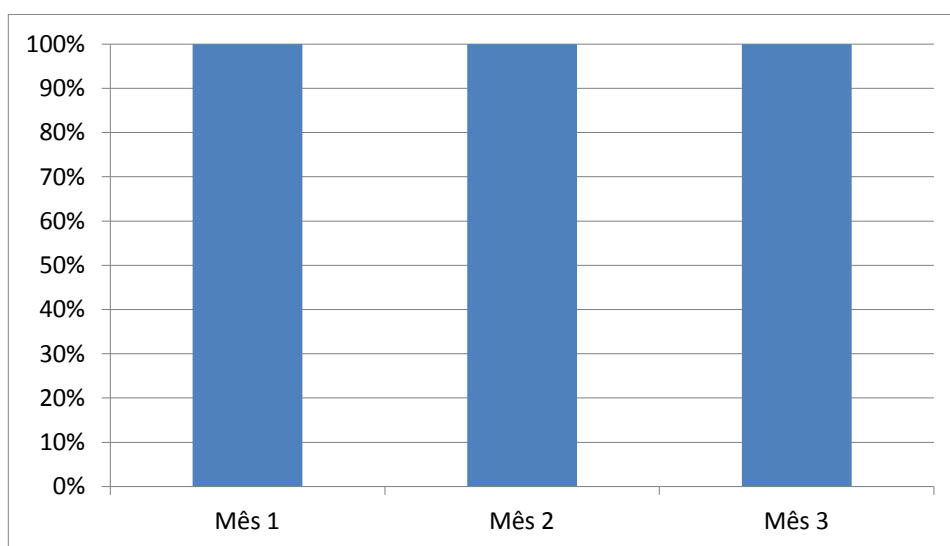


Figura 21: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

Meta 10.1: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos

Indicador 10. Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Meta 10.2: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos

Indicador 10. Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Todos receberam orientação sobre a prática de atividade física regular, sendo que a porcentagem foi de 100 nos três meses, tanto para hipertensos como para os diabéticos, cumprindo a meta traçada. Em valores absolutos, correspondem a 45, 61 e 71 hipertensos, no primeiro, segundo e terceiro mês e 21, 27 e 32 diabéticos, respectivamente. Esses resultados estão representados para os hipertensos na Figura 22 e para os diabéticos na Figura 23.

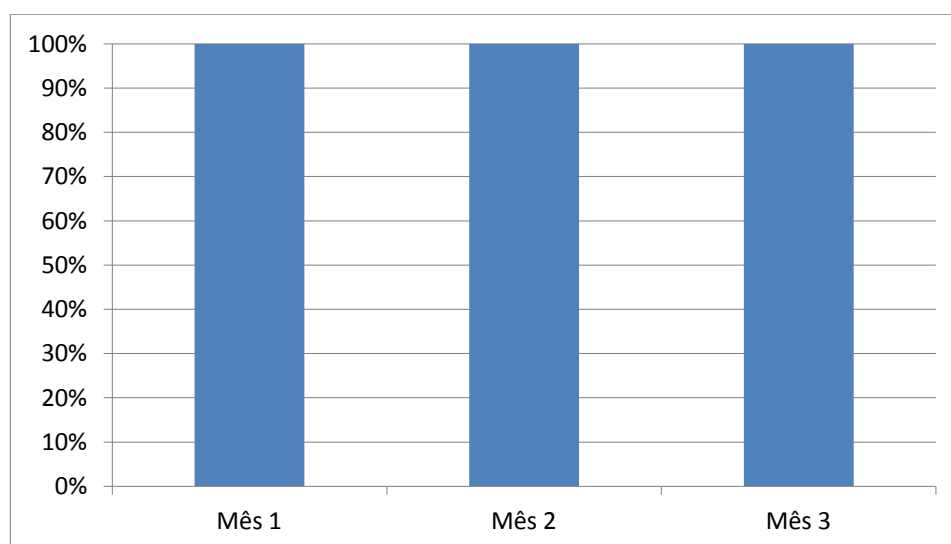


Figura 22: Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular

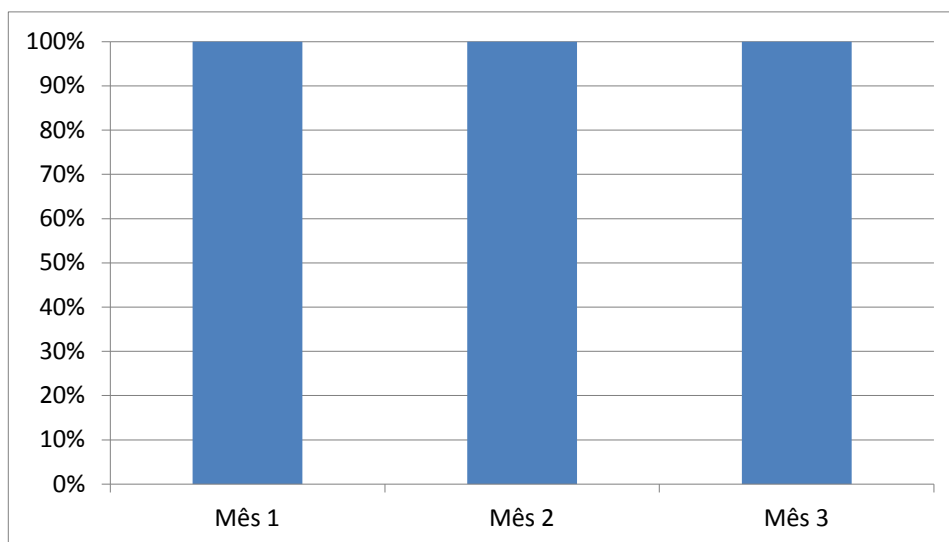


Figura 23: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

Meta 11.1: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos

Indicador 11. Proporção de hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador. Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 11.2: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos

Indicador 11. Proporção de hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador. Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Todos receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, sendo que a porcentagem foi de 100 nos três meses, tanto para hipertensos como para os diabéticos. Em valores absolutos, correspondem a 45, 61 e 71 hipertensos, no primeiro, segundo e terceiro mês e 21, 27 e 32 diabéticos, respectivamente. Esses

resultados estão representados para os hipertensos na Figura 24 e para os diabéticos na Figura 25.

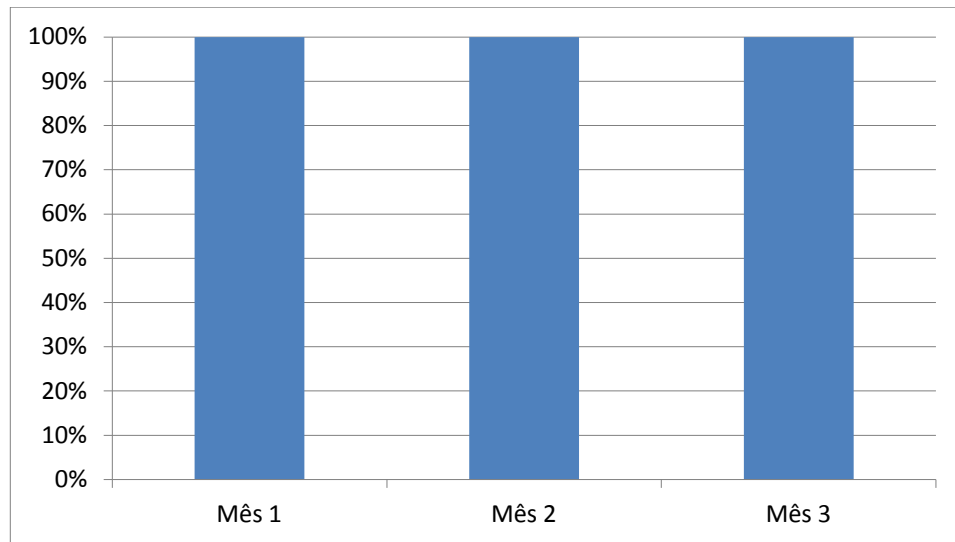


Figura 24: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

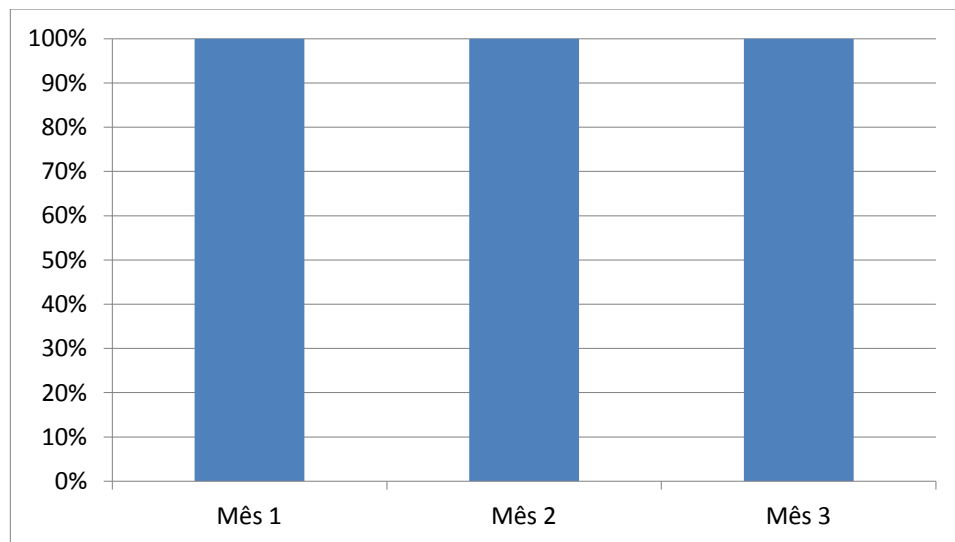


Figura 25: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

Meta 12.1: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos

Indicador 12. Proporção de hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 12.2: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos
Indicador 12. Proporção de hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Todos receberam orientação sobre higiene bucal, sendo que a porcentagem foi de 100 nos três meses, tanto para hipertensos como para os diabéticos, atingindo a meta de 100%. Em valores absolutos, correspondem a 45, 61 e 71 hipertensos, no primeiro, segundo e terceiro mês e 21, 27 e 32 diabéticos, respectivamente. Esses resultados estão representados para os hipertensos na Figura 26 e para os diabéticos na Figura 27.

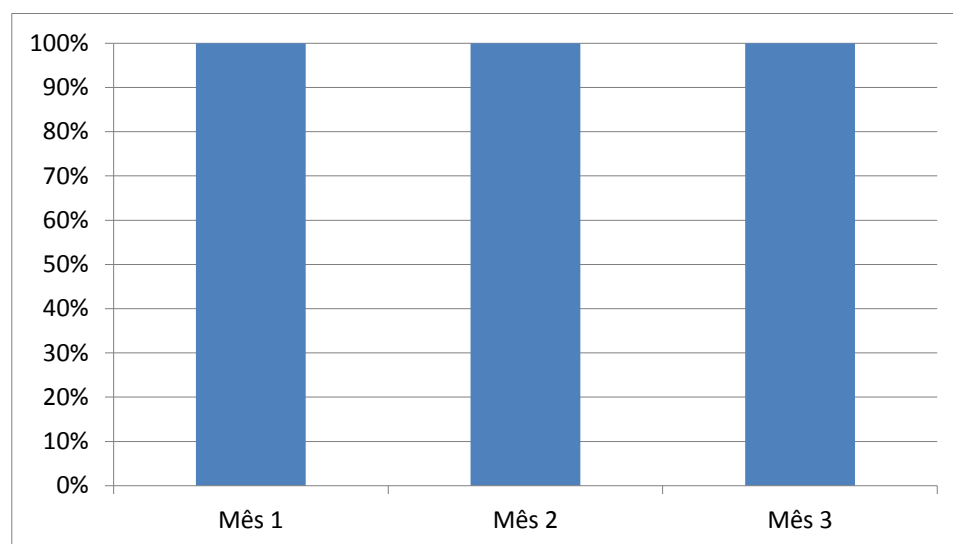


Figura 26: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal

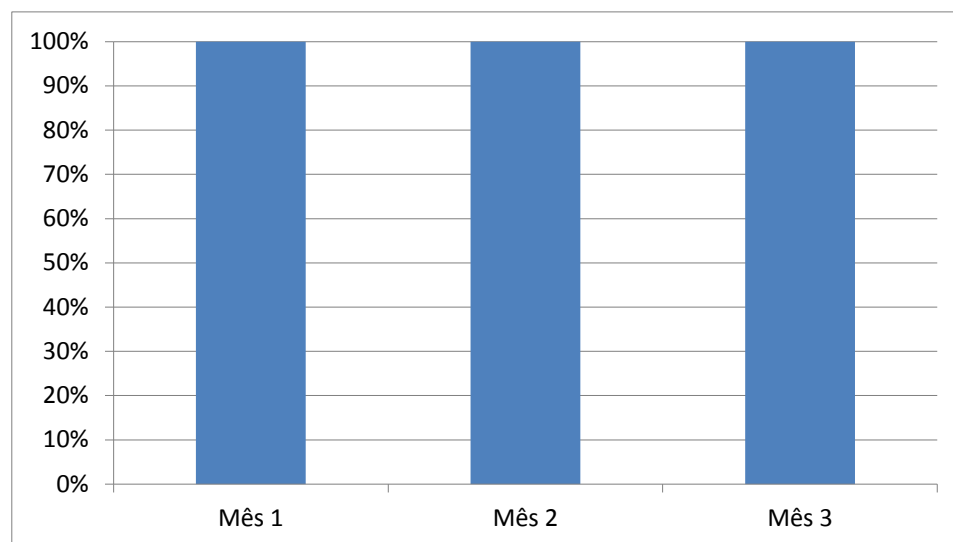


Figura 27: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

4.2 Discussão

A UBS Rosália Gondim de Melo é assistida por duas equipes de Saúde da Família e ambas atual simultaneamente na mesma unidade. Ao chegar no município fui informada que toda a população rural (560 habitantes) seria assistida por minha equipe, que também daria assistência a parte da zona urbana. Juntas seria uma estimativa de 1100 pessoas assistidas. Desta forma os resultados foram baseados no atendimento dessa população estimada.

A população total de Paraú é de 3924 habitantes, assistidos por duas UBS, uma rural e outra urbana, que juntas acompanhavam 36% de hipertensos e 35% de diabéticos, segundo os dados das unidades. Com a intervenção, alcançou-se os valores: 42,5% de hipertensos e 78% de diabéticos, valores esses, que demonstram a eficácia de nossa atividade, pois, em números proporcionais, representam uma maior abrangência destes usuários.

Para a equipe o projeto foi importante, pois através dele a mesma conseguiu aumentar os conhecimentos, aprendendo também a trabalhar em equipe, uma vez que passou a compreender que o atendimento dos usuários não poderiam se restringir a um campo de ação. De modo que a participação de todos em conjunto foi fundamental, o que caracteriza uma abordagem multifatorial do usuário.

Conscientes da necessidade de educação em saúde na UBS Rosalia Gondim de Melo e diante da observação de um déficit significativo na cobertura dos

hipertensos e diabéticos da comunidade, optou-se por promover esta intervenção realizando através dos ACS o recrutamento dos usuários pertencentes a estes grupos, que eram pouco assíduos e sem vínculo com a UBS. O projeto foi inovador para a localidade, já que não havia um acompanhamento efetivo dos diabéticos e hipertensos, visto que os mesmos eram atendidos apenas como demanda espontânea.

Diante da crescente demanda por saúde na sociedade brasileira atual, decorrente, em grande parte, da disseminação de hábitos inadequados típicos da vida moderna, a exemplo de sedentarismo, tabagismo, estresse em ambiente de trabalho, refeições em horários irregulares, torna-se necessário a adoção de estratégia que permita combater e controlar os danos causados por estes comportamentos, a exemplo da hipertensão e diabetes e em última análise a incidência de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares. Em longo prazo, a comunidade irá diminuir a procura por atendimento hospitalar referente aos danos causados pelo controle inadequado das doenças crônicas ou pelo mau cuidado com a saúde, o que irá diminuir os custos com a saúde da população e melhorará a qualidade de vida da mesma.

Todo o ideal deste processo de educação inclui um universo muito abrangente de situações e possibilidades que variam desde o recrutamento da população alvo de cuidados, o seu atendimento em consultório com abordagem multidisciplinar, envolvendo o tratamento farmacológico e a introdução de noções de hábitos de vida adequados, higiene pessoal ao indivíduo e a comunidade como um todo, passando por ensinamentos de profilaxia de doenças, entre muitas outras atividades (ALVES, 2004).

A ideia de educação em saúde possui entre seus principais objetivos estimular nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria saúde e pelo bem estar da comunidade a qual pertencem e a habilidade de participar da vida comunitária de uma maneira positiva, oferecendo ideias e inspirando aos demais integrantes atitudes saudáveis de modo a construir ao longo do tempo uma cultura ligada à procura do bem estar físico e emocional por meio da prática consciente de vários fatores promotores da saúde (ALVES VS, 2004; SCHALL, 1999).

Cientes de que a garantia de um trabalho qualificado e resultados satisfatórios apenas é possível por meio da educação continuada, um atendimento de qualidade e uma busca ativa adequada. Assim procurou-se estimular, com estas

atividades, o espírito da educação permanente e de um acompanhamento qualificado permitindo a equipe programar ações e atividades para o enfrentamento dos problemas identificados. Concordando que esta deficiência é responsável por diversos transtornos em saúde acredita-se que a implantação de tais medidas irá resolver ou amenizar os problemas constatados o que é funcionalmente relevante.

Para a comunidade houve ganho pela melhor qualidade do atendimento, maior efetividade na resolução dos problemas de saúde da população e maior conhecimento da população sobre sua própria doença.

Diante do exposto, a intervenção acarretou diversos benefícios, como o aumento da cobertura tanto para hipertensos como diabéticos; uma consulta de qualidade, com anamnese e exame físico completo, avaliação do risco cardiovascular, orientações de alimentação e exercícios físicos, avaliação odontológica; o aumento da frequência das buscas ativas e a realização das atividades em grupos.

Em relação ao vínculo existente entre a comunidade e a equipe, houve melhora significativa, superando a antiga ideia de simples distribuição de medicamentos. A equipe começou a considerar os problemas domiciliares e sociais como fatores que interferem em todo o processo da melhora da assistência à saúde.

Todos os pacientes receberam orientações sobre a higiene bucal sua importância e suas repercussões quando realizada de maneira incorreta. Além disso, os hipertensos e diabéticos foram avaliados quanto a necessidade de atendimento odontológico.

A intervenção, embora tenha trazido muitos benefícios, poderia, em alguns pontos, ter sido melhor. Por exemplo, quanto à cobertura dos hipertensos, a equipe deveria ter trabalhado mais para tentar ampliá-la, colocando ainda mais ACS para realizar a busca ativa. Além disso, os profissionais de saúde poderiam ter realizado mais atividades em grupo, que deveriam ter sido feitas semanalmente, mas por incompatibilidade de horários entre os integrantes da equipe, não houve essa possibilidade.

Esse projeto de intervenção foi de extrema importância, pois demonstrou para a população atingida que medidas simples e de baixo custo como as propostas pela educação em saúde como: oficinas educativas e a prática de uma vida saudável podem ter um impacto substancial na saúde da população.

No tocante a incorporação do projeto ao dia-dia do serviço conclui que é completamente viável uma vez que o mesmo já encontra-se implementado. Além de encontra-se em pleno funcionamento o próximo médico que assumir a unidade encontrará uma equipe preparada para a continuação da intervenção, além de uma logística implementada e do apoio de instituições públicas da cidade através do aval do Prefeito, um dos apoiadores para continuação do projeto.

O próximo passo para melhorar a intervenção baseia-se no aumento da cobertura, através de um maior investimento na busca ativa. Além disso, deve-se aumentar o número de atividades em grupo, essas devem ser feitas semanalmente, e devem ocorrer em horários e espaço apropriado, contando com a participação de lideranças da UBS e ser realizado em um local apropriado, afim de concentrar o maior número de possível de participantes. O foco deve ser a participação popular. Somando-se a isso é importante a expansão dessa mentalidade de multidisciplinaridade e busca a ativa para outras áreas como saúde da criança, saúde do homem e saúde da mulher.

4.3 Relatório da intervenção para a comunidade

Caros membros da comunidade. Sou médica e participo do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) na unidade de saúde Rosália Gondim de Melo. Esse projeto foi criado pelo Ministério da Saúde e, por meio deste, ofertou o Curso de Especialização em Saúde da Família, que frequento. Neste curso visamos o cuidado com a saúde da mulher, da criança, do idoso, das gestantes e puerperas e também dos hipertensos e diabéticos.

Dentre esses grupos escolhi nos últimos três meses trabalhar na intervenção que visava melhorar o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos. Selecionei esse grupo, pois vejo que ele ainda não tem um acompanhamento adequado, o que leva a péssimas consequências para essas pessoas, como pé diabético, cegueira, infarto, entre outras. Nossa intervenção teve vários objetivos, dentre eles ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos. Minha meta foi cadastrar 70% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde.

Outro objetivo foi melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos, realizar exame clínico apropriado em todos os pacientes; garantir a todos os

pacientes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo; priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para todos os pacientes cadastrados na unidade de saúde. Além disso, tivemos também como objetivos melhorar a adesão de diabéticos e hipertensos ao programa e melhorar os registros das informações.

Grande parte desses objetivos foram alcançados com o projeto, e isso só foi possível com a ajuda dos profissionais da unidade. Todos tiveram sua importância e participação no projeto: os ACS realizando a busca ativa e aumentando a cobertura da unidade; os enfermeiros e técnicos, fazendo o acolhimento e preenchendo as fichas de registro.

O projeto foi baseado na realização de consultas diferenciadas, nas quais eram feitos o exame físico completo, requisição de exames complementares, risco cardiovascular, acompanhamento odontológico e orientações educacionais.

Para programar a intervenção contamos com apoio dos ACS para realização da busca ativa dos pacientes doentes que faltavam as consultas. Além disso, foram realizadas visitas domiciliares aos pacientes que por algum motivo não podiam ir até a Unidade Básica de Saúde. Durante o projeto realizamos mensalmente atividades em grupo com interesse de promover hábitos saudáveis e fornecer conhecimento a população sobre as doenças.

O projeto trouxe como avanço, apesar do pouco tempo, o aumento do número de diabéticos e hipertensos cadastrados e corretamente acompanhados pela Unidade. Apesar de aumentar o número de pacientes acompanhados ainda precisamos melhorar muito o número de hipertensos acompanhados. Além disso, temos que organizar uma agenda de atendimento fixa que servirá como cronograma desses pacientes para o ano seguinte.

Outro ponto a ser melhorado é aumentar a frequência das atividades em grupo, que poderiam ser realizadas semanalmente em local adequado (cedido pela prefeitura) e realizado por educador físico, nutricionista entre outros profissionais contratados para esse fim.

Desde já agradeço pela participação da comunidade nessa nossa intervenção, pela participação nas atividades em grupos e por estarem abertos a receber todas as orientações durante as consultas. Esse foi um ponto bastante positivo do projeto, pois ao passarmos o conhecimento para os pacientes, estamos também propagando-o para as pessoas próximas a eles.

4.4 Relatório da intervenção para os gestores

Caros gestores. Sou médica e participo do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) na unidade de saúde Rosália Godin de Melo. Nesse Programa realizei o Curso de Especialização em Saúde da Família, visando o cuidado com a saúde da mulher, da criança, do idoso, das gestantes e puérperas e também dos hipertensos e diabéticos.

Nos últimos três meses estiveram trabalhando na intervenção que visava melhorar o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos. Escolhi esse grupo, pois vejo que ele ainda não tem um acompanhamento adequado, o que leva a péssimas consequências para os usuários, como pé diabético, cegueira, infarto, entre outras.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus representam hoje pandemias em níveis crescentes sendo considerados importantes fatores de risco para doença cardiovascular e cerebrovascular, estando associadas, portanto a elevada morbimortalidade no âmbito de saúde pública.

Apesar de este cenário negativo ser bastante conhecido em termos epidemiológicos nacionais, tem se observado nos últimos anos um crescimento exponencial na incidência e prevalência destas comorbidades. Este fenômeno está associado a crescente longevidade da população associada aos maus hábitos de vida como sedentarismo, tabagismo e a alimentação inadequada, somado ao despreparo e à falta de sistematização nos programas de busca ativa para o alcance, educação em saúde e assistência dessas populações. Diante do exposto, estas patologias representam prioridades da assistência primária entre as doenças crônicas.

Desta forma, nos últimos três meses os profissionais da UBS trabalharam na intervenção cujo foco foi os hipertensos e diabéticos. Nossa intervenção teve vários objetivos, dentre eles: ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos, cuja meta foi cadastrar 70% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde. A cobertura dos hipertensos e diabéticos antes da intervenção era de 36% e 35%, respectivamente. Conseguimos, com a intervenção, chegar a uma cobertura de 42,5% para hipertensos e de 78% para diabéticos.

Outro objetivo foi melhorar em a qualidade da atenção a 100% hipertensos e diabéticos, com as seguintes metas: Realizar exame clínico apropriado dos hipertensos e diabéticos; Garantir aos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo; Priorizar a prescrição de medicamentos padronizados da farmácia popular para os hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Além disso, tivemos também como objetivo, melhorar a adesão de 100% diabéticos e hipertensos ao programa, tendo como metas: Buscar os hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada. Objetivamos também, melhorar os registros das informações e tivemos como metas: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Outro Objetivo foi de promover a saúde dos hipertensos e diabéticos. As metas eram: Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos orientação nutricional sobre alimentação saudável; prática regular de atividade física : riscos do tabagismo e higiene bucal

Os resultados do projeto foram bastante positivos:

Quanto a cobertura, no primeiro mês da intervenção, a cobertura foi de 26,9% para os hipertensos, com 45 acompanhamentos e de 51,2% para os diabéticos, com 21 acompanhamentos. No segundo mês, os valores subiram para 36.5%, 61 acompanhamentos dos hipertensos e 65.9%, com 27 acompanhamentos dos diabéticos. No terceiro mês alcançamos uma cobertura de 42.5% para os hipertensos e de 78% para os diabéticos.

Quanto a qualidade da atenção, a proporção de hipertensos e diabéticos com exames clínicos em dia apresentaram declínio no decorrer da intervenção devido ao aumento do número de novos registros e de atendimento a pacientes faltosos. No primeiro mês, 64.4% (29, em valor absoluto) dos hipertensos e 66.6% (14, em valor absoluto) dos diabéticos estavam com o exame clínico em dia. No segundo mês, esses valores diminuíram para 57.4% (35, em valor absoluto) e 59.3% (16, em valor absoluto)respectivamente. No terceiro mês, passaram para 54.9%(39, em valor absoluto) e 53.1% (17, em valor absoluto).

No primeiro mês, 48.9% (22, em valor absoluto) dos hipertensos e 42.9%(9, em valor absoluto) dos diabéticos apresentavam exames complementares em dia. No segundo mês esses valores passaram para 45.9%(28, em valor absoluto) e

40.7%(11, em valor absoluto) e seguiram para 49.3%(35, em valor absoluto) e 37.5%(12, em valor absoluto), respectivamente, no terceiro mês.

A proporção de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA priorizada apresentou alterações caracterizadas pelo declínio expressivo de seus valores seguido de leve aumento não apresentando padrão específico. No primeiro mês, 95.6% (43, em valor absoluto) dos hipertensos e 100%(21, em valor absoluto) dos diabéticos apresentavam prescrição de medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA priorizada. No segundo mês esses valores foram de 93.4%(57, em valor absoluto) e 92.6%(25, em valor absoluto) respectivamente e no terceiro mês foram de 94.4%(67, em valor absoluto) e 93.8%(30, em valor absoluto) para hipertensos e diabéticos.

Na perspectiva de orientação de hábitos e práticas saudáveis todos os assistidos pelo projeto, hipertensos e diabéticos foram avaliados nos 3 meses de intervenção quanto a necessidade de atendimento odontológico.

Quanto à melhora da adesão, no primeiro mês, 41.2% (7, em valor absoluto) dos hipertensos e 22.2%(2, em valor absoluto) dos diabéticos estavam faltosos às consultas com busca ativa. Esses valores aumentaram no decorrer do projeto, chegando a 52%(13, em valor absoluto) e 25% (3, em valor absoluto) no segundo mês e 53.6%(15, em valor absoluto) e 35.7%(5, em valor absoluto), respectivamente, no terceiro mês.

Quanto à melhora dos registros, durante toda a intervenção, do mês 1 ao 3, todos os usuários tiveram os registros feitos de forma adequada na ficha de acompanhamento e por isso os valores foram todos 100%. Esse resultado está ilustrado na Figura 13 (hipertensos) e na Figura 14 (diabéticos). Contudo é importante ressaltar, que antes da intervenção haviam muitos registros inadequados.

Quanto à promoção da saúde, no tocante as orientações nutricionais sobre alimentação saudável conseguimos cobrir todo o universo de usuários do programa, nos 3 meses de intervenção. Todos receberam orientação sobre a prática de atividade física regular, sendo que a porcentagem foi de 100% nos três meses, tanto para hipertensos como para os diabéticos. Todos receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, sendo que a porcentagem foi de 100% nos três meses, tanto para hipertensos como para os diabéticos. Todos receberam orientação sobre higiene bucal, sendo que a porcentagem foi de 100% nos três meses, tanto para hipertensos como para os diabéticos.

A intervenção foi baseada na realização de consultas diferenciadas, nas quais eram realizados o exame físico completo, requisição de exames complementares, risco cardiovascular, acompanhamento odontológico e orientações educacionais. Desta forma, tornando possível a detecção de usuários com múltiplos fatores de risco, além de complicações macrovasculares e microvasculares, candidatos a um seguimento mais individualizado. Para programar a intervenção contamos com apoio dos ACS para realização das buscas ativas dos usuários que não compareciam as consultas marcadas. Além disso, foram realizadas visitas domiciliares aos doentes que por algum motivo não podiam ir até a Unidade Básica de Saúde. Durante o projeto realizamos mensalmente atividades em grupo com interesse de promover hábitos saudáveis e fornecer conhecimento a população sobre estas doenças.

A intervenção trouxe como avanço, apesar do pouco tempo, o aumento do número de diabéticos e hipertensos cadastrados e corretamente acompanhados pela Unidade. Apesar de aumentar o número de usuários acompanhados, este progresso é ainda incipiente. Temos que traçar estratégias com o intuito de aumentar a procura, seguimento e adesão destes usuários ao programa de assistência vinculado à UBS. Além disso, temos que organizar uma agenda de atendimento fixa que servirá como cronograma desses usuários para o ano seguinte. Outro ponto a ser melhorado seria aumentar a frequência das atividades em grupo, que poderiam ser realizadas semanalmente em local adequado (cedido pela prefeitura) e realizado por educador físico, nutricionista entre outros profissionais contratados para esse fim.

Essa intervenção foi incorporada como ação programática na UBS. Gostaria de agradecer aos gestores, pela participação e pelo apoio durante esse projeto e por ter se disponibilizado financeiramente.

Espero que esse projeto continue em andamento na unidade e, para isso, continuo precisando do apoio dos senhores para que exista um espaço fixo para a realização das atividades em grupo e que também haja a presença de outros profissionais durante as atividades, tanto nutricionistas como educadores físicos.

5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

Definitivamente, este projeto de intervenção foi de grande utilidade e importância tanto para a comunidade quanto para mim. A partir dessa intervenção, pude trazer conhecimento e uma melhor assistência à população. Foi nítido o quanto os usuários e a própria equipe da unidade gostaram da intervenção. Também foi muito compensador ver o entusiasmo e o empenho de muitos que trabalhavam na UBS, como os ACS, os enfermeiros e técnicos, que me ajudaram a colocar em prática este projeto.

Além de todos esses pontos positivos para a unidade e a população, devo confessar que esse projeto também foi de extrema importância, pois ele me fez refletir, fez eu me empenhar sempre mais em prol de conseguir um bom atendimento e, além de tudo, me trouxe muitos conhecimentos teóricos. Foi de grande auxílio as atividades semanais, que estimulavam a pesquisa e a escrita, e principalmente os casos clínicos propostos pelo Curso. Dentro de cada caso também existia uma revisão dos assuntos, sendo que muitos dos conteúdos esquecidos, no decorrer do tempo foram resgatados de uma forma pontual e precisa. Isso foi de uma utilidade enorme para minha formação como médica.

Além de ter adquirido uma carga teórica importante no decorrer de toda a intervenção, também aprendi como lidar com o trabalho em equipe, que é essencial para um profissional de saúde. Participei também de algumas atividades em grupo e algumas palestras, o que me proporcionou mais segurança de falar em público e de lidar com a população.

O curso foi dividido em 4 fases: A primeira unidade foi a análise situacional, em que analisamos toda a estrutura da unidade de saúde, preenchemos os cadernos de ação programática, onde conseguimos colocar e analisar, por meio de reflexões, todos os dados da UBS, referentes a atenção ao diabético e hipertenso, saúde do idoso, da criança, da gestante, saúde bucal, entre outros. A segunda fase foi a análise estratégica, onde escolhemos o nosso foco da intervenção, determinamos nossas metas e objetivos da intervenção e criamos o nosso projeto da intervenção. A terceira fase, foi a intervenção, onde colocamos em prática o projeto e semanalmente coletamos os dados para posterior avaliação. A quarta fase foi a avaliação da intervenção, onde avaliamos os resultados, fizemos a discussão e

escrevemos o nosso TCC.

Foi minha primeira experiência com cursos realizados em ambiente virtual, fiquei surpresa de comprovar que a distancia física não impede a troca de conhecimentos, exemplo disso eram as constantes discussões no Fórum, ambiente onde todos tinham a oportunidade de ter acesso a informações das demais unidades e projetos de intervenção realizada no Estado (RN). A troca de informações foi de suma importância e enriquecimento para o projeto e principalmente pessoal, pois muitas vezes as nossas dificuldades vivenciadas na nossa unidade existiam também em outros lugares, o que dava força para continuar.

Só tenho a agradecer por poder participar deste projeto, que me trouxe muitas oportunidades de interagir com a população e com a equipe e de colocar em prática da forma mais correta possível o exercício da minha profissão. Essa intervenção proporcionou um atendimento de qualidade que visa não apenas a avaliação e tratamento pontual do usuário, mas sim uma avaliação geral tanto da saúde física, social e mental e um acompanhamento contínuo do individuo.

Apesar de não termos alcançado todas as metas propostas no projeto, conseguimos melhorar bastante o atendimento e conseguimos também aumentar a cobertura da unidade, o que já é bastante positivo para a cidade e para os habitantes. Apesar da intervenção ter acabado, a ação programática continua a ser realizada na UBS e iremos conseguir alcançar a meta proposta.

6. Bibliografia

- ALVES, VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface** (Botucatu), v. 9, n.16, p. 39-52, 2005.
- ALVES, VS. **Educação em saúde e constituição de sujeitos: desafios ao cuidado no Programa Saúde da Família.** (Dissertação). Universidade da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, 2004.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- HELENA, E. T. S; NEMES, M. I. B; ELUF-NETO, J. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. **Saude soc.**, v. 19, n. 3, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300013&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 jul. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000300013>.
- MIRANZI, S. S. C; et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto contexto enferm.**, v. 17, n. 4, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 jul. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400007>.
- PAIVA, D. C. P; BERSUSA, A. A. S; ESCUDER, M. M. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 2. P. 377-385, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v22n2/15.pdf>


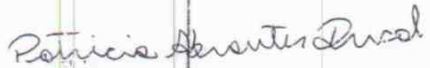
PICCINI, R. X et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 11, n. 3, 2006.

SCHALL, V.T., MIRIAM. S. Health education: new perspectives. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, S4-S6, 1999.

SILVA, T. R; et al . Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Saude soc.**, v. 15, n. 3, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000300015&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 jul. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902006000300015>.

Anexos

Anexo 3 – Documento do Comitê de Ética e Pesquisa

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Sr ^a Prof ^a Ana Cláudia Gastal Fassa	
Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patrícia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel	
