



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



**MELHORIA NA ATENÇÃO A SAÚDE DE USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL
E/OU DIABETES MELLITUS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARQUE DOS
COQUEIROS, NATAL, RN**

Fábio Aires Araújo

Natal, 2014

Fábio Aires Araújo

**MELHORIA NA ATENÇÃO À SAÚDE DE USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL E/OU DIABETES MELLITUS NA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA PARQUE DOS COQUEIROS, NATAL, RN**

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

Orientadora: Rosângela de Leon Veleda de Souza

Natal, 2014

Banca Examinadora

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

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas Catalogação
na Publicação

A662m Araújo, Fábio Aires

Melhoria na atenção à saúde de usuários com hipertensão arterial e/ou Diabetes Mellitus na Unidade de Saúde da Família Parque dos Coqueiros, Natal, RN / Fábio Aires Araújo ; Rosângela de Leon Veleda de Souza, orientadora. — Pelotas, 2014.

80 f. : il.

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

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

CDD : 362.14

Elaborada por Carmen Lucia Lobo Giusti CRB: 10/813

À mais sábia de todas as professoras: minha mãe.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus, que em toda sua magnitude se fez presente em minha vida e me cercou de pessoas e acontecimentos que me ajudaram a crescer espiritualmente.

Agradeço à minha família pela ajuda constante e por sempre acreditar que minha vitória seria possível.

Agradeço a Dra. Marsilene Gomes, coordenadora e amiga, que se fez presente em um dos processos mais inusitados e inesperados de aprendizado profissional e a Rosângela de Leon Veleda de Souza, por me ajudar a transformar desafios em lições e a construir este projeto.

Finalmente, agradeço a minha equipe de trabalho por tornar palpável todas as ideias que culminaram nas ações realizadas nesta intervenção e acima de tudo, agradeço aos meus pacientes, que confiaram a mim sua saúde e ajudaram a me constituir como médico.

“Viva como se fosse morrer amanhã, trabalhe como se fosse viver eternamente”.

Erasmus de Roterdã

Lista de Figuras

- Figura 1: Gráfico de cobertura do programa de atenção ao hipertenso. Equipe 91. UBS Parque dos Coqueiros, Natal-RN, 2013.....54
- Figura 2: Gráfico de cobertura do Programa de atenção ao diabético. Equipe 91. UBS Parque dos Coqueiros, Natal-RN, 2013..... 55
- Figura 3: Gráfico de proporção hipertensos faltosos às consultas com busca ativa. Equipe 91. UBS Parque dos Coqueiros, Natal-RN, 2013..... 57
- Figura 4: Gráfico de proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa. Equipe 91. UBS Parque dos Coqueiros, Natal-RN, 2013.....57
- Figura 5: Gráfico de proporção de hipertensos com o exame clínico em dia. Equipe 91. UBS Parque dos Coqueiros, Natal-RN, 2013.....59
- Figura 6: Gráfico de proporção de hipertensos com os exames complementares em dia. Equipe 91. UBS Parque dos Coqueiros, Natal-RN, 2013.....59
- Figura 7: Gráfico de proporção de diabéticos com o exame clínico em dia. Equipe 91, UBS Parque dos Coqueiros. Natal-RN, 2013.....60
- Figura 8: Gráfico de proporção de diabéticos com os exames complementares em dia. Equipe 91. UBS Parque dos Coqueiros, Natal-RN, 2013.....61
- Figura 9: Gráfico de proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do HiperDia ou da Farmácia Popular. Equipe 91. UBS Parque dos Coqueiros, Natal-RN, 2013..... 62
- Figura 10: Gráfico de proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do HiperDia ou da Farmácia Popular. Equipe 91. UBS Parque dos Coqueiros. Natal-RN, 2013..... 62

Figura 11: Gráfico de proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Equipe 91. UBS Parque dos Coqueiros, Natal-RN, 2013.....63

Figura 12: Gráfico de proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Equipe 91. UBS Parque dos Coqueiros, Natal-RN, 2013..... 64

Figura 13: Gráfico de proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Equipe 91.UBS Parque dos Coqueiros, Natal-RN, 2013..... 65

Figura 14: Gráfico de proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Equipe 91. UBS Parque dos Coqueiros, Natal-RN, 2013..... 65

Lista de Abreviaturas e Siglas

APS	Atenção Primária à Saúde
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CeD	Crescimento e Desenvolvimento
HiperDia	Programa de Atenção do Hipertenso e Diabético
EACS	Equipes de Agente Comunitário de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

Sumário

Resumo.....	12
Apresentação.....	13
1. Análise situacional.....	14
1.2. Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	14
1.3 Relatório da Análise Situacional.....	15
1.4 Comentário comparativo entre o texto inicial e texto após a análise sistemática da situação da ESF/APS.....	22
2. Análise Estratégica - Projeto de Intervenção.....	23
2.1. Justificativa.....	23
2.2. Objetivos e Metas.....	25
2.2.1. Objetivo Geral.....	25
2.2.2. Objetivos específicos e respectivas metas.....	25
2.3. Metodologia.....	27
2.3.1. Ações e seus detalhamentos.....	27
2.3.2. Indicadores.....	35
2.3.3. Logística.....	40
2.3.4. Cronograma.....	48
3. Relatório de Intervenção.....	50
4. Avaliação da Intervenção.....	53
4.1. Resultados.....	53
4.2. Discussão.....	66
4.3. Relatório de Intervenção para gestores.....	69
4.4. Relatório de Intervenção para comunidade.....	72
5. Reflexão Crítica Sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem.....	73
6. Referências.....	75
7. Apêndice.....	76
Carta convite.....	76
8. Anexos.....	77
Anexo 1: Planilha de objetivos, metas e ações (OMIA).....	77
Anexo 2: Planilha de coleta de dados.....	79
Anexo 3: Ficha espelho.....	81

Resumo

ARAÚJO, Fábio Aires. **Melhoria na atenção à saúde de usuários hipertensos e diabéticos na unidade de saúde da família parque dos coqueiros, natal, rn.** 2014. 80f. Universidade Federal de Pelotas. Curso de Especialização em Saúde da Família, Modalidade a Distância, turma 4, Pelotas.

O sistema HiperDia foi desenvolvido com os objetivos principais de permitir o monitoramento dos usuários atendidos e cadastrados na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS). Este projeto se constituiu como uma ação que teve como objetivo melhorar a atenção aos adultos portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus da unidade de saúde da família Parque dos Coqueiros em Natal/RN. O trabalho contemplou quatro eixos, sendo eles: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Ao longo de três meses, foram recrutados os usuários com essas patologias residentes da área adstrita. Foi efetuado o cadastramento no programa, aferição de medidas antropométricas, solicitação de exames complementares, estratificação de risco e prescrição de medicamentos e ações de promoção da saúde. Como resultado do trabalho, foi realizado o cadastramento de 93 hipertensos e 33 diabéticos, dentro de um universo de 189 hipertensos e 61 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade, o que representou um ganho de mais de 50% na cobertura do programa. Destaca-se também que mais de 70% dos usuários realizaram exame físico adequado e tiveram exames complementares atualizados e mais de 80% receberam a prescrição de medicamentos da farmácia popular. Quanto a promoção à saúde, 100% dos participantes receberam orientações quanto a atividade física, alimentação adequada e quanto aos riscos de tabagismo, além de outros objetivos conquistados que envolvem a estratificação de risco cardiovascular e registro adequado na ficha de acompanhamento. Discutindo-se os dados obtidos, notamos a necessidade de melhoramento desse programa na unidade e de como intervenções como esta são de extrema utilidade na busca desse objetivo.

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 de usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus na unidade de saúde de Parque dos Coqueiros no município de Natal, estado do Rio Grande do Norte e decorre de um trabalho de conclusão de curso que envolveu várias etapas para sua elaboração.

Este volume apresenta tais etapas em seis seções: a primeira está composta pelo Relatório da Análise Situacional, na qual é feito um relato da realidade da atenção básica do município e da unidade alvo deste trabalho; a segunda pela Análise Estratégica – Projeto de Intervenção, na qual é descrito justificativa, objetivos e metodologia do trabalho; a terceira pelo Relatório da Intervenção, onde é realizado uma análise do processo de trabalho, dificuldades encontradas e perspectivas futuras; a quarta pelo Relatório dos Resultados da Intervenção, na qual descrevemos os resultados e os analisamos em uma discussão, além de ser apresentado dois relatórios: uma para comunidade e outro para gestores. Na quinta seção, é realizada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e implementação da intervenção e por último, na sexta seção, temos as referências bibliográficas utilizadas no trabalho.

1. Análise Situacional

1.1. Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Desde o início de abril de 2013, trabalho como médico de umas das equipes de estratégia de saúde da família na unidade básica de saúde de Parque dos Coqueiros, conjunto habitacional do bairro Nossa Senhora da Apresentação, localizado em região periférica no município de Natal, Rio Grande do Norte. Trata-se de uma unidade que já desenvolve suas atividades há nove anos. É composta por quatro equipes, sendo todas formadas por um médico, uma enfermeira, um dentista, dois técnicos de enfermagem, um auxiliar de dentista e cinco agentes comunitários de saúde; a unidade também contempla um diretor, um administrador, uma auxiliar administrativa, um auxiliar de farmácia e duas auxiliares de limpeza, essas últimas são terceirizadas. O município também disponibiliza seis vigilantes que trabalham apenas no período noturno, quando a unidade não está aberta ao público.

Em relação à estrutura física, a unidade possui um prédio central e um salão anexo onde são desenvolvidas ações de acolhimento ou trabalhos em grupo com a população. No prédio central, há uma recepção, que também funciona como arquivo, uma copa e salas de expurgo, preparação de materiais, vacinas, curativos, dois banheiros destinados aos usuários, uma farmácia e cinco consultórios, sendo quatro deles destinados a cada equipe e uma maior reservado ao atendimento da odontologia; há ainda a sala da administração, de coleta de preventivo e preparo de pacientes.

A rotina de trabalho é a seguinte: cumpro oito horas de atendimento clínico atendendo em média vinte e cinco usuários ao longo do dia, sendo vinte marcados e cinco encaixes. A unidade não dispõe de sala de nebulização ou de leitos para ser feita qualquer medicação intravenosa, então caso chegue algum usuário que necessite de um maior suporte, ele é orientado a procurar um pronto socorro e o médico realiza um encaminhamento por escrito para o melhor acolhimento na unidade terciária. Se o usuário não conseguir locomover-se ou estiver inconsciente ou algo parecido, é necessário acionar o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) para o transporte do mesmo. Mas até agora, nunca aconteceu nenhum caso dessa natureza. Os

atendimentos são divididos por programas: clínica médica, HiperDia (Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético), puericultura, além de visita domiciliar. As marcações para as consultas médicas são realizadas uma vez por semana, as segundas-feiras, onde é feito o acolhimento pela equipe de enfermagem e realizada a triagem para o dia adequado. Sempre deixamos reservados espaço na agenda para atender as consultas de urgência ou não agendadas para que não haja retorno sem o atendimento.

A relação com a comunidade tem sido bastante agradável; havia dois anos que a equipe em que trabalho não possuía médico e por isso, a população estava descoberta e os atendimentos eram feitos de maneira aleatória por outras equipes. A unidade, apesar de muitos pontos negativos, sendo eles principalmente estruturais e de falta de insumos, possui um bom material humano, formado por profissionais comprometidos com o trabalho que desenvolvem.

1.2. Relatório da Análise Situacional

No município de Natal a rede de Atenção Básica está composta por 55 serviços de Saúde, destes, 37 são Unidades de Saúde da Família (USF) e dezoito são Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionalmente organizadas com equipes multiprofissionais. Atualmente existem 113 equipes, distribuídas nas seguintes modalidades: dezesseis Equipes de Saúde da Família (ESF); 54 Equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal; 34 Equipes de Agentes Comunitários (EAC) + Equipe de Saúde Bucal (EACS); nove Equipes de Agente Comunitário de Saúde (EACS).

No que tange a assistência odontológica na atenção primária, há 55 Unidades Básicas, sendo 37 Unidades de Saúde da Família com Equipe de Saúde Bucal (na proporção de uma equipe de Saúde bucal para uma equipe de Saúde da Família) em 101 equipes das 113 implantadas no Município. As atividades de assistência são desenvolvidas com um gabinete odontológico para duas equipes de Saúde Bucal, com uma cobertura de 33,72%, atendendo aproximadamente 59.340 famílias. Nesse contexto, coexiste dezoito Unidades Básicas que não fazem parte deste novo modelo de atenção, das quais sete funcionam com Pronto Atendimento Odontológico em regime de urgência 24h.

Há ainda um AME (Ambulatório Médico de Especialidades) com o atendimento odontológico dando suporte às Unidades Básicas de Saúde dos Distritos sanitários Norte I e II em Saúde Bucal.

A atenção secundária, por sua vez, foi implementada a partir dos pressupostos da Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente - ampliando e qualificando a atenção especializada, com a implantação no ano de 2005 de três Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), com um aumento significativo no número de procedimentos de média complexidade passando de 37.854 mil em 2004, 79.337 em 2005, 70.512 em 2007, 73.875 em 2008 e 51.914 em 2009, respectivamente. Cabe mencionar que a queda registrada em 2009 deveu-se a problemas de infraestrutura física e apoio logístico (manutenção, insumos). O município conta ainda com um Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD).

A rede Hospitalar do SUS no município conta com 35 unidades hospitalares, sendo a maioria do setor privado, cujo percentual em 2009 foi de 57,1%. As unidades estaduais representam 20% do total de estabelecimentos hospitalares e as unidades próprias municipais, 14,3%. A esfera federal conta com 8,6% da rede hospitalar. Essas unidades hospitalares possuíam um total de 3.039 leitos de internação com uma média de 3,8 leitos por mil habitantes. No entanto, contando apenas com os 2.252 leitos conveniados ao SUS, essa média cai para 2,8. Com relação à classificação de leitos por especialidade, verifica-se que a maior parte desses leitos são cirúrgicos e clínicos, com percentuais de 27,4% e 24,1%, respectivamente. Os leitos psiquiátricos atingiram um percentual de 18,4%, representando a terceira maior parcela dos leitos da rede hospitalar, seguidos dos leitos pediátricos e obstétricos. Nessa conjuntura, e detendo-nos a unidade alvo desse trabalho, partimos para uma breve descrição de sua estrutura, com o intuito de aprofundar a análise situacional realizada ao longo de doze semanas de coletas de dados junto as equipes que a compõe.

A unidade básica de saúde de Parque dos Coqueiros está localizada no município do Natal, Rio Grande do Norte em uma área urbana e desenvolve seus atendimentos em estratégia de saúde da família. É composta por quatro equipes, sendo todas formadas por um médico, uma enfermeira, um dentista, dois técnicos de enfermagem, um auxiliar de dentista e cinco agentes

comunitários de saúde; a unidade também contempla um diretor, um administrador, uma auxiliar administrativa, um auxiliar de farmácia e duas auxiliares de limpeza, essas últimas são terceirizadas. O município também disponibiliza seis vigilantes que trabalham apenas no período noturno, quando a unidade não está aberta ao público, a mesma é gerida pelo município e totalmente financiada pelo SUS.

Em relação à estrutura física, a unidade possui um prédio central e um salão anexo onde são desenvolvidas ações de acolhimento ou trabalhos em grupo com a população. No prédio central, há uma recepção, que também funciona como arquivo, uma copa e salas de: expurgo, preparação de materiais, vacinas, curativos, dois banheiros destinados aos usuários, uma farmácia e cinco consultórios, sendo quatro deles destinados a cada equipe e uma maior reservado ao atendimento da odontologia; há ainda a sala da administração, de coleta de preventivo e preparo de pacientes.

No que diz respeito à estrutura, há enormes pontos negativos a serem abordados, sendo o principal deles a falta de espaço físico para o atendimento, pois a existência de apenas um consultório por equipe exige que apenas um profissional realize atendimento: ou o médico ou a enfermeira; sem falar que todos os livros e registros de cada equipe são guardados em cada consultório, o que promove a interrupção do atendimento todas as vezes que alguém precisa entrar na sala para pegar algum desses materiais. Outro ponto preocupante é a falta de medicações na farmácia, a qual constitui uma deficiência enorme e limitante ao tratamento proposto ao usuário, nela faltam medicações realmente básicas como antitérmicos e antiparasitários. O mais agravante é a falta de antibióticos, que não existe porque não há um farmacêutico no quadro de funcionários e por isso o município impede a dispensação dessas medicações. Ainda mencionando os aspectos negativos da estrutura física, há as inúmeras infiltrações que alagam a unidade em períodos de chuva, a interdição de um banheiros dos usuários por completa impossibilidade de uso e a não limpeza da caixa d'água, a qual não é feita há anos e tem sido foco de proliferação de insetos e disseminação de doenças.

As estratégias utilizadas para superar essas deficiências tem sido, acima de tudo, o improvisado: rotatividade de atendimentos, enquanto um profissional realiza visita domiciliar o outro atende, e colocação de baldes nos pontos de

maiores infiltrações, as equipes também retiram dinheiro do próprio bolso para pintar a unidade ou comprar algo essencial que esteja em falta. Contudo, há limitações que apenas a verba municipal poderia resolver.

Essas equipes vem desenvolvendo, desde sua fundação, um trabalho adequado de atenção, prevenção, diagnóstico e tratamento junto aquela população através da estratégia de saúde da família. As quatro equipes desenvolvem o atendimento de hipertensos e diabéticos, pré-natal, puericultura e clínica médica, além de coleta de preventivo e administração de vacinas, algo positivo, tendo em vista as grandes dificuldades estruturais que a unidade enfrenta e que prejudicam o fluxo de atendimentos. Isso fica extremamente evidenciado pela ausência de insumos que impedem o funcionamento da sala de curativos, de esterilização e nebulização, prejudicando o atendimento de úlceras, suturas e crises asmáticas, por exemplo. Dessa forma, tanto a equipe quanto a população são prejudicadas por essas dificuldades, visto que a primeira perde seu poder de diagnósticos e resolutividade em doenças que poderiam ter seu primeiro atendimento naquele ambiente. A população, por sua vez, fica privada dessa atenção à saúde e sofre graves consequências. Nesse sentido, algumas ações devem ser repensadas pela gestão municipal, pois sobre os aspectos apontados, a equipe é dependente dos insumos necessários para ativação das salas. Na existência de casos que exigem essa estrutura, esses profissionais tem apenas encaminhado para outros serviços.

Abordando agora os aspectos demográficos da área adstrita da unidade, que é a do conjunto habitacional de Parque dos Coqueiros, o qual é apenas uma parcela de todo o bairro de Nossa Senhora da Apresentação, temos uma população total de 12.380 habitantes. Dados estimados a partir do censo de 2010 (IBGE), os quais foram utilizados na composição do caderno de ação programática fornecido pelo curso de especialização, mostram que maioria dessa população é composta por pessoas entre 10 e 44 anos (7180 habitantes), porém com progressivo aumento do número de idosos acima de 60 anos, (1362 idosos). O número de habitantes não está aquém do esperado, tendo em vista a unidade ser constituída por quatro equipes, entretanto, é válido ressaltar que esse número diz respeito a população adstrita, porém há um enorme déficit de cobertura do bairro, cuja população total é de quase

80.000 habitantes e as três unidades nele existente, juntas, cobrem apenas 30.000. Ou seja, lidamos com um grande número de usuários, fora de área de cobertura, que são sempre acolhidos pelas unidades, mas ficam sem o seguimento dos agentes de saúde.

Mesmo com esse grande número de foras de área, não há excesso para a demanda espontânea, pois os atendimentos são marcados semanalmente e sempre é reservado um número de vagas diariamente para as urgências, com isso lidamos bem com essa população. Esses usuários são acolhidos pela equipe do dia, composta por agentes, técnicos de enfermagem e enfermeira; ao chegar na recepção, o usuário é ouvido, direcionado a consulta de enfermagem e na necessidade de atendimento médico, ele é atendido conforme grau de prioridade: idosos, gestantes, crianças ou pessoas com condições clínicas que impedem a espera, como febre ou alteração de consciência, por exemplo, são atendidas primeiro.

Em relação à saúde da criança, a unidade desenvolve o trabalho de realização de vacinas e de puericultura através das consultas regularmente agendadas, as quais são norteadas pela faixa etária e seguem as orientações do Ministério da Saúde. Dessa forma, conseguimos estruturar essa atividade de uma maneira adequada e condizente com a realidade da população. Para o desenvolvimento da puericultura, os registros são feitos no prontuário da família, não há um registro especial para esse programa. As ações de monitoramento da qualidade do atendimento são feitas nas reuniões de equipe, as quais são semanais.

O aspecto positivo da saúde da criança, sem dúvida, é a adesão das mães a consulta de Crescimento e Desenvolvimento (CeD), a cobertura chega a 85%, índice bastante satisfatório. Todavia, há vários aspectos negativos, dentre eles, os mais preocupantes correspondem à triagem auditiva e a prevenção de acidentes. O primeiro deve-se a não realização da triagem auditiva na unidade, somando-se ao fato de muitas maternidades não a realizarem, seja por falta de material ou de profissional. É comum muitas mães trazerem esse item em branco no caderno da criança e quando questionadas, ou não sabem ou afirmam que na maternidade não havia como ser feito. Como

nem na unidade, nem no NASF há fonoaudiólogo ou material necessário, isso torna-se mais agravante.

Abordando agora o pré-natal, este é realizado com a regularidade prevista pelo ministério da saúde, de onde retiramos o embasamento teórico para nossas ações. Nele, também é realizada a coleta do preventivo e administração de vacinas. Há também o grupo de gestantes, com reuniões mensais na qual são feitas palestras, visando a promoção a saúde. Também, conforme preconizado, é feita a avaliação da saúde bucal, porém esse último item não tem sido regularmente realizado, ponto negativo na saúde das gestantes. Assim como os demais atendimentos, os registros também são feitos no prontuário da família, não há nenhum prontuário especial, porém isso não tem trazido problemas para uma cobertura adequada.

Em relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama: além da coleta da citologia oncótica e solicitação regulares de mamografias, são desenvolvidas ações de promoção a saúde da mulher como palestras em ocasiões como dia da mulher ou das mães. Não há, contudo, nenhum grupo de usuário portadora de câncer de mama ou de útero, pois não há demanda para isso. Assim como todos os programas, as consultas são anotadas no prontuário da família, não há um registro único para esses atendimentos. Infelizmente a cobertura dessas ações ainda é muito baixa: apenas 17% da população de mulheres entre 25 e 69 anos estão em dia o exame citopatológico do colo uterino e a solicitação de mamografia ainda tem sido muito baixa, apenas 10% da mulheres acima de 50 anos estão com a mamografia em dia. Para solucionar essa grave falha, a busca ativa de mulheres com exame em atraso faz-se indispensável.

Detendo-nos agora sobre a atenção dada aos hipertensos e diabéticos (HiperDia), as ações de assistência a esses doentes é feita de forma pouco organizada e com defasagem nos registros e marcação de consultas com a periodicidade correta. Além disso, possui cobertura pequena com 47% para Hipertensão e 26% para diabetes, e embora a explicação para essa baixa cobertura possam ser várias, sem dúvida a busca ativa deficiente é uma delas. Nesse quesito, a adesão da população as medidas terapêuticas que abordam

mudança do estilo de vida são as de maior dificuldade. Tentando modificar essa realidade, a unidade desenvolve um grupo de hipertensos e diabéticos com palestras mensais na igreja do bairro, além disso, todas as segundas feiras há um grupo de caminhadas, coordenado por um educador físico, com auxílio de alguns agentes comunitários de saúde da família.

A atenção à saúde dos idosos possui uma cobertura de 75% da população estimada pelo IBGE para a área de abrangência da unidade, número positivo, mas que pode melhorar ainda mais. Das ações desenvolvidas, há o atendimento clínico, muito deles inclusive compõe o grupo de usuários hipertensos e ou diabéticos e participam das ações desenvolvidas por esse grupo e citadas acima. A base teórica que fundamenta o atendimento aos idosos são as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde no caderno de atenção básica do idoso, todavia muitas dessas ações ainda não são desenvolvidas pela equipe, como por exemplo, triagem auditiva, visual, questões relacionadas a sexualidade, demência e a atenção aos cuidadores. Não há ações específicas para esse grupo e só agora a equipe começa a despertar para essa necessidade, pois cada membro pode desenvolver um papel importante no cuidado aos idosos. Os agentes de saúde, por exemplo, são a porta de entrada para muitos desses idosos, uma vez que ao realizar visita domiciliar são capazes de identificar aqueles pacientes que necessitam urgente de uma intervenção multidisciplinar. Entretanto, falta capacitação para esse reconhecimento precoce e principalmente, estruturação de protocolos que facilitam esses profissionais nessa busca ativa. Para médicos e enfermeiros, é imprescindível a consulta direcionada e pautada em escalas como de Lawton e Katz, além de daquelas de avaliação de depressão para o rastreio de dificuldades cognitivas que a família ainda não percebeu e assim, rastrear demências e perdas das atividades básicas e ou instrumentais precocemente.

Finalizando, abordamos os maiores desafios encontrados nessa unidade que são sem dúvida a precariedade de insumos e de estrutura física, que limitam muito o atendimento e tratamento do usuário. Há o acolhimento semanal e o tempo de espera para uma consulta médica é de no máximo de três dias, nunca desde que iniciamos as atividades naquela unidade, um

paciente foi procurá-la e voltou sem sua consulta agendada para aquela semana, mas infelizmente ele deixa aquele lugar sem ter acesso a sua medicação gratuitamente, muitas vezes, medicações básicas e de baixo custo. Para uma boa parcela da população, isso não representa uma barreira, mas para uma outra extremamente carente, significa a perpetuação de sacrifício e dor. Essas dificuldades podem ser estendidas à solicitação de exames ou consultas referenciadas, que pelo SUS podem chegar a meses. Sobre essas enormes barreiras, paira uma sensação de impotência em toda equipe e usuários, pois a solução depende em sua maior parte da gestão.

Todas essas dificuldades percebidas durante as semanas de coletas dos dados foram pautadas por questionários minuciosos que produziram insights interessantes, um deles foi, sem dúvida, a elaboração de prontuários específicos para o atendimento a determinado programa. Um dos grupos que mais se beneficiaria seriam os hipertensos e diabéticos, pois o HiperDia exige informações sobre triagens e monitoramento, que as vezes se perdem no prontuário da família. Sem dúvida, isso seria uma forma da unidade manter registros adequados. Além disso, outros programas como puericultura, poderiam ter registros exclusivos para o acompanhamento longitudinal. Por fim, pude perceber que mesmo com todas essas dificuldades, há um material humano composto por técnicos que possuem grande comprometimento com suas profissões e realizam, mesmo com tantas limitações, uma atividade de assistência e atenção à saúde digna e humanizada.

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

Houve uma peculiaridade das minhas atividades no decorrer da especialização, pois por uma decisão da coordenação do PROVAB (Programa de Valorização da Atenção Básica) estadual, fui removido da unidade em que originalmente fui alocado devido à demora em transformá-la em ESF, condição principal para a realização desta especialização. Mesmo assim, elaboro um comentário comparativo entre o início das atividades e a realização deste relatório.

Sem dúvida, não houve mudanças nos aspectos mais difíceis da unidade, porém pude notar um engrandecimento na minha análise técnica sobre todos os aspectos mencionados nos itens acima. Isso foi possível com ajuda dos questionários que me permitiram realizar uma descrição mais minuciosa, detalhada e construtiva, dessa forma, se ao adentrar naquele lugar construir uma impressão, agora, após toda essa análise, consigo entender o porquê, pois minha análise foi pautada em dados objetivos que me ajudaram a entender o que era bom ou ruim, de acordo com o que se preconiza com atenção básica

2. Análise Estratégica - Projeto de Intervenção

2.1. Justificativa

A atenção a hipertensos e diabéticos constitui-se em um dos principais pilares da atenção básica no país, tendo em vista a grande prevalência dessas doenças e o número de comorbidades associadas a elas. No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos ou mais (MS,2013). Quando pensamos em diabetes, a situação não é diferente. Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde, o número de portadores da doença em todo o mundo era de 177 milhões em 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025 (MS, 2013). Dessa forma, em virtude da grande demanda desses usuários e da constante necessidade de diagnosticar precocemente e de prevenir complicações, tais como doença cérebro-vascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença renal crônica e doença arterial periférica, as quais diminuem a sobrevida e são responsáveis por maiores internamentos hospitalares, uma ação programática voltada para hipertensos e diabéticos é indispensável.

A população alvo deste projeto é composta por cento e oitenta e nove hipertensos e sessenta e um diabéticos, segundo dados do último SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) de setembro de 2013. A qualidade dessa atenção na unidade, apesar de boa, ainda possui aspectos a serem melhorados, principalmente no que tange ao seguimento clínico, rastreamento de

complicações e mudanças de estilo de vida, pois essas últimas são entusiasticamente recomendadas na prevenção primária tanto da hipertensão, quanto da diabetes. Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e a adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. As principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária da hipertensão, por exemplo, são: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e de álcool, ingestão de potássio e combate ao sedentarismo e ao tabagismo (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010). Embora já existam ações nesse sentido na unidade, elas não são atreladas a um completo programa de HiperDia, isto é, sem registros ou monitoramento de resultados. Nela há um grupo de caminhadas semanais e mensalmente são organizadas palestras para um grupo de hipertensos e diabéticos na tentativa de realizar a promoção a saúde.

Nesse sentido, as dificuldades para essa ação programática são muitas, mas sem dúvida, a falta de insumos como medicamentos, fitas de hemoglicoteste e outros instrumentos utilizados no exame físico desses doentes formam a principal barreira desse foco de atenção. Mesmo assim, é nítido o grau de comprometimento dos profissionais envolvidos o que garantirá uma abrangência quase total da área adstrita.

Portanto, em virtude da demanda existente e da urgência no melhoramento dessa ação programática, uma intervenção que agregue valor aos projetos já existentes e contribua para a redução dos danos a saúde é indispensável para a unidade. Ela será viabilizada pelo trabalho conjunto de toda uma equipe e os recursos a serem utilizados serão instrumentos para exame físico como tensiômetro, fita métrica, balança, diapasão e monofilamento, todos existentes na rede. Por fim, fica claro que esta intervenção promoverá uma completa mudança no trabalho já desenvolvido, contribuindo para o diagnóstico precoce, tratamento adequado e para uma promoção a saúde mais efetiva.

2.2. Objetivos e Metas

2.2.1. Objetivo Geral

Melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na Unidade de Saúde da Família Parque dos Coqueiros – Natal/RN.

2.2.2. Objetivos específicos e respectivas metas

1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.
 - Meta 1: cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;
 - Meta 2: cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

2. Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa
 - Meta 3: buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada;
 - Meta 4: buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

3. Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde
 - Meta 5: realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos;
 - Meta 6: realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos;
 - Meta 7: garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
 - Meta 8: garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
 - Meta 9: garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

- Meta 10: garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
4. Melhorar o registro das informações
- Meta 11: manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;
 - Meta 12: manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular
- Meta 13: realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
 - Meta 14: realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
6. Promoção da saúde
- Meta 15: garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.
 - Meta 16: garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.
 - Meta 17: garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes hipertensos.
 - Meta 18: garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes diabéticos.
 - Meta 19: garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.
 - Meta 20: garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

As metas relativas à saúde bucal, que também fazem parte do objetivo de promoção à saúde, foram retiradas desse projeto, mediante aval da orientadora e coordenador pedagógico, em virtude da ausência do profissional dentista da equipe durante grande parte da aplicação da intervenção, uma vez que ela encontrava-se de férias.

2.3. METODOLOGIA

2.3.1. AÇÕES E SEU DETALHAMENTO

Serão desenvolvidas ações dentro dos quatro eixos pedagógicos do curso: organização e gestão do serviço, engajamento público, qualificação da prática clínica e monitoramento e avaliação. A seguir serão apresentados as ações e seus detalhamentos para os referidos eixos

Eixo: Monitoramento e avaliação

Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa de atenção a hipertensão e diabetes mellitus da unidade

Detalhamento: para garantir que o cadastramento no programa, será preenchido um formulário com as informações básicas de identificação e uma ficha espelho com espaços para anotações de medicações, medidas antropométricas e exames complementares realizados, além disso, será distribuído a caderneta do HiperDia que a prefeitura já disponibiliza, onde há espaço reservado para anotações de aferições de pressões e glicemia capilar.

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

Detalhamento: checar semanalmente no livro de marcação os usuários cadastrados no HiperDia que faltaram à consulta. Durante a implementação do projeto, será destinado um número de semanas para o atendimento desses usuários; como é possível ter a relação nominal de todos eles, ao final de cada semana, os faltosos serão checados.

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

Detalhamento: utilização da ficha-espelho, a qual que obedece as orientações do protocolo do Ministério da Saúde, a ser aplicado pelo menos uma vez ao longo do projeto.

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

Detalhamento: a unidade não possui nem um protocolo, será utilizado aquele proposto pelo Ministério da Saúde.

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

Detalhamento: o instrumento mencionado possuirá um espelho de exames no qual além de poder ser acompanhado a evolução do tratamento, poderá ser checado se a periodicidade é compatível com o preconizado pelo protocolo.

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia.

Detalhamento: ação retirada. A escassez de medicamentos na unidade é muito acentuada, de forma que quase a totalidade dos usuários consegue-os nas farmácias privadas conveniadas ao programa do governo de farmácia popular. Caberá ao médico prescrever os medicamentos em duas vias, junto com o endereço e em letra legível, o que já é realizado, mas garantir que o usuário terá acesso na farmácia, já não é possível ser feito.

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

Detalhamento: com a aplicação da ficha espelho, poderemos não apenas registrar a primeira consulta, como garantir o seguimento desses pacientes

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

Detalhamento: os escores de estratificação de risco fazem parte da ficha espelho, sendo anotados e acompanhados

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

Detalhamento: retirado. Os impedimentos para a realização da saúde bucal deve-se a ausência do profissional responsável durante grande parte do período de implementação do projeto, entretanto, isso não impedirá que essa ação seja aplicada após a intervenção.

Monitorar a realização de orientação nutricional, quanto à atividade física regular e riscos quanto ao tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: essas orientações já fazem parte da rotina do atendimento médico, bem como são constantes alvos de palestras e ações em grupo, ao checar a periodicidade das consultas, já estamos checando se esses pacientes receberam ou não essas orientações. Além disso, há a perspectiva de criação de um grupo de tabagismo na unidade com o intuito de transformar aquele local em um centro para a cessação do cigarro, com o cadastramento e a possibilidade de recebimento de medicações próprias. Se isso de fato ocorrer, essas orientações serão exaustivamente trabalhadas.

Eixo: organização e gestão do serviço

Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa

Detalhamento: tanto o cadastramento quanto o registro já será realizado pela equipe 91 da unidade de saúde de Parque dos Coqueiros, Natal-RN, conforme relatado acima

Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e diabetes

Detalhamento: o acolhimento na unidade já feito pela equipe do dia, ao esclarecer os trabalhadores quanto a existência do projeto, eles saberão informar melhor os usuários sobre como devem proceder e a quem devem se dirigir. Também será elaborada uma carta convite que será dada aos usuários do programa, pedindo que compareçam a unidade para uma consulta trazendo seus exames mais recentes.

Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento: esses dispositivos já estão disponíveis na unidade, em caso de falta, comunicarei a direção

Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde

Detalhamento: material será solicitado junto a gestão para a realização do projeto.

Organizar visitas domiciliares para buscar os hipertensos e diabéticos faltosos, bem como organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: após o levantamento semanal será verificado quais pacientes atendem critérios para visita domiciliar, sendo assim, incluídos nas visitas que

já realizo semanalmente. Aqueles que não atendem critérios serão novamente chamados a unidade e se não compareceram a segunda chamada, uma visita domiciliar será agendada.

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

Detalhamento: antes da implementação do projeto será realizado uma reunião para esclarecimento do projeto e como cada membro da equipe poderá contribuir, inclusive aproveitando a oportunidade para revisar com os técnicos de enfermagem a propedêutica de aferição de pressão e hemoglicoteste.

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

Detalhamento: na mencionada reunião, serão abordados as principais dúvidas sobre essas patologias, além disso, durante outras reuniões de equipe será retirado um momento para discussão de casos e atualização científica.

Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais

Detalhamento: reuniões de equipe poderão ser utilizadas para atualização científica.

Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde

Detalhamento: uma versão será impressa e deixada na direção da gestão.

Garantir a solicitação dos exames complementares

Detalhamento: isso já faz parte da propedêutica médica, além disso os exames preconizados para o acompanhamento desses doentes serão sempre solicitados, claro, obedecendo a indicação clínica.

Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo

Detalhamento: ação difícil de ser realizada, para isso seria necessário um entendimento da gestão quanto a essa necessidade e mudar aspectos estruturais da rede, a qual está muito defasada e foi declarada como estado de calamidade pública. Portanto, garantir maior agilidade nesse contexto e em tão pouco tempo será muito difícil, mas todos os ganhos do projeto serão reiterados junto ao gestor.

Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados

Detalhamento: durante o seguimento clínico, a percepção de atraso em exames será corrigida com novas solicitações, obedecendo, claro, critérios clínicos.

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: retirado, a farmácia não dispõe de medicamento anti-hipertensivos como já mencionado acima.

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

Detalhamento: ao final do projeto, será feito um levantamento das principais medicações utilizadas e dado a direção para que sirva de pleito junto à gestão de envio dessas drogas a unidade.

Manter as informações do SIAB atualizadas

Detalhamento: todas as informações pertinentes serão atualizadas no SIAB pela equipe.

Implantar planilha/registro específico de acompanhamento

Detalhamento: a ficha espelho atuará com o registro próprio do HiperDia.

Pactuar com a equipe o registro das informações

Detalhamento: registros ficarão arquivados em pasta própria e por ordem alfabética, discriminados por microárea.

Definir responsável pelo monitoramento registros

Detalhamento: o monitoramento dos registros caberá ao médico especializando.

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: a ficha espelho terá essa finalidade.

Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco

Detalhamento: uma vez identificado isso, o paciente será alertado e as consultas serão menos espaçadas.

Organizar a agenda para o atendimento desta demanda

Detalhamento: toda semana são marcadas consultas médicas e se necessário, encaixe são feitos.

Organizar a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético; estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico e demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes.

Detalhamento: todas as ações relativas a saúde bucal não se aplicam a este projeto pelo ausência do profissional dentista durante grande parte da intervenção, dessa forma, pela dificuldade de viabilizá-las em tempo hábil, foram retiradas, porém com a perspectivas de continuação da ação e ampliação para outras equipes, elas poderão fazer parte em um futuro próximo.

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável

Detalhamento: esse tema será abordado nas reuniões dos hipertensos que ocorre mensalmente.

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

Detalhamento: o NASF será comunicado sobre o projeto e esperamos contar com o apoio da nutricionista responsável.

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: já existe um grupo de caminhadas organizado por um educador físico, nele serão feitas inserções com palestras e dinâmica em grupo.

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

Detalhamento: o NASF será comunicado sobre o projeto e com isso instituiremos parceria com os profissionais educadores físicos.

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

Detalhamento: retirado. Isso só seria possível se a unidade se transformasse em uma unidade tratadora de tabagismo e como até então isso não é certo, o município não envia tais medicações a unidade, além disso, tem ocorrido certa

escassez desses medicamentos pela grande defasagem na rede e por isso tal ação não pode ser implementada em tempo hábil.

Eixo: engajamento público

Todas as ações destinadas a esse eixo dizem respeito basicamente a orientações que já são realizadas nas consultas e visitas domiciliares e que serão reforçadas nos grupo de HiperDia e caminhadas, bem como em ações voltadas para esse público. É importante ressaltar que no local de cadastramento dos pacientes poderemos realizar palestras como uma atividade de sala de espera que também reforça as medidas preconizadas para esse eixo. No bairro, não há conselho comunitário o que prejudica a existência de líder comunitários mais atuantes, o que exige dos membros da equipe o constante incentivo através de palestras e inclusão desse tema em atividades já realizadas na unidade.

Eixo: qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: ação a ser realizada e reuniões periódicas durante a intervenção.

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

Detalhamento: ação a ser realizada e reuniões periódicas durante a intervenção.

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

Detalhamento: ação a ser realizada e reuniões periódicas durante a intervenção.

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

Detalhamento: ação a ser desenvolvidas em reunião com equipe para esclarecimento do projeto.

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: ação a ser realizada e reuniões periódicas durante a intervenção.

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

Detalhamento: ação a ser realizada e reuniões periódicas durante a intervenção.

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.

Detalhamento: a criação de curso de atualização dessa natureza cabe a gestão, que tem realizado cursos com enfermeiros e médicos periodicamente. Entretanto, as reuniões de equipe serão também utilizadas para atualização científica.

Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia.

Detalhamento: esse tema fará parte das reuniões semanais de equipe, inclusive, a maioria dos agentes são muito bem informados sobre o acesso a farmácia popular.

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

Detalhamento: será feito durante as reuniões de equipe, principalmente no que tange ao preenchimento correto do cartão do HiperDia.

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

Detalhamento: feito durante as reuniões de equipe.

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação do pés.

Detalhamento: a estratificação do risco devem seguir critérios que médicos, além das particularidade individuais de cada usuário, dessa forma, esse tema será debatido em reuniões de equipe.

Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento: feito em reuniões de equipe.

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

Detalhamento: feito em reuniões de equipe.

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

Detalhamento: objetivo retirado, ação não se aplica.

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

Detalhamento: feito em reuniões de equipe.

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

Detalhamento: feito em reuniões de equipe.

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

Detalhamento: feito em reuniões de equipe.

Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.

Detalhamento: feito em reuniões de equipe.

2.3.2. Indicadores

Indicador referente a meta 1:

Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

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

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

Indicador referente a meta 2:

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

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

- Denominador: número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde

Indicador referente a meta 3:

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

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

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

Indicador referente a meta 4:

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

-Numerador: número de diabéticos faltosos à consulta médica com busca ativa.

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

Indicador referente a meta 5:

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

-Numerador: número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

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

Indicador referente a meta 6:

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

-Numerador: número de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

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

Indicador referente a meta 7:

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

-Numerador: número total de hipertensos com exame complementar em dia de acordo com o protocolo.

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

Indicador referente a meta 8:

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

-Numerador: número total de diabéticos com exame complementar em dia em dia de acordo com o protocolo.

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

Indicador referente a meta 9:

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

-Numerador: número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia.

-Denominador: número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Indicador referente a meta 10:

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

-Numerador: número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia.

-Denominador: número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Indicador referente a meta 11:

Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

Indicador referente a meta 12:

Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

Indicador referente a meta 13:

Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Indicador referente a meta 14:

Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Indicador referente a meta 15:

Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

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

Indicador referente a meta 16:

Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

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

Indicador referente a meta 17:

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

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

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

Indicador referente a meta 18:

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

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

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

Indicador referente a meta 19:

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.

Indicador referente a meta 20:

Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

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

2.3.3. Logística

Para o desenvolvimento desta intervenção será utilizado como protocolo o caderno de atenção básica número 37- Hipertensão arterial sistêmica e o caderno de atenção básica número 36-Diabetes Mellitus, ambos publicados no ano de 2013 pelo Ministério da Saúde.

Eixo: Monitoramento e avaliação

Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados, bem como e monitorar a qualidade dos registros desses pacientes acompanhados na unidade de saúde pelo programa de atenção hipertensão e diabetes mellitus (HiperDia)

Onde: na UBS

Como: o cadastramento desses usuários já está sendo feito pelos agentes de saúde; para garantir que ele está cadastrado no programa, será distribuído junto com a carteira da unidade, o cartão do HiperDia que a prefeitura já disponibiliza, onde há espaço reservado para anotações de aferições de pressões, bem como dos medicamentos utilizados. Durante as consultas, será checado se o usuário possui o cartão, o que garante que o cadastramento foi realizado, bem como se este encontra-se atualizado com as medicações atuais.

Quando: durante todo o processo de intervenção.

Quem será o responsável: equipe.

O que será preciso: caderneta do HiperDia, ficha espelho do projeto.

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

Onde: UBS.

Como: checar semanalmente no livro de marcação os pacientes cadastrados no HiperDia que faltaram a consulta. Durante a implementação do projeto, será destinado um número de semanas para o atendimento desses usuários e como é possível ter a relação nominal de todos eles, ao final de cada semana, checarei os faltosos.

Quando: durante toda intervenção.

Quem será o responsável: enfermeiro e médico.

O que será preciso: caderneta do HiperDia, ficha espelho do projeto, livro de marcação de consultas.

Monitorar a realização de exame clínico apropriado e o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde, bem como a realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Onde: na UBS.

Como: tal monitorização será feita através da aplicação da ficha espelho elaborada para a intervenção. Nela constam todas as informações necessárias para o seguimento clínico desses usuários, o que inclui exame físico alterado e exames laboratoriais atualizados, portanto, ao preencher semanalmente a planilha de coleta de dados, será possível saber quem são esses pacientes e assim, tomar as medidas necessárias para a correção desses aspectos.

Quando: durante toda intervenção.

Quem será responsável: equipe.

O que será preciso: ficha espelho do projeto.

Monitorar a realização de orientação nutricional, para atividade física e orientações para os risco do tabagismo para hipertensos e diabéticos.

Onde: na UBS.

Como: tal ação também será feita através da avaliação minuciosa das fichas espelhos que serão aplicadas durante toda intervenção. O processo de aplicação dessas fichas e o tabelamento dos dados garantem uma monitorização regular e semanal de todos os aspectos necessários para o seguimento clínico desses usuários.

Quando: durante toda intervenção.

Responsável: médico.

O que será preciso: ficha espelho do projeto.

Eixo: organização e gestão do serviço

Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa; Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados; Implantar planilha/registro específico de acompanhamento e 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.

Onde: na UBS.

Como: todas essas atividades serão feitas com a aplicação das fichas-espelho e assim será possível garantia a coleta dos dados e digitalização das informações na planilha. Dessa forma, conseguiremos obter uma organização dos dados dos usuários cadastrados no programa e intervir de maneira rápida quando identificado pacientes de risco ou em atraso nas estratificações e exames complementares.

Quando: durante toda unidade.

Responsável: médico.

O que será preciso: planilha de coleta de dados e indicadores.

Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS e diabetes

Onde: na UBS.

Como: o acolhimento na unidade já feito pela equipe do dia; ao esclarecer aos membros da equipe sobre a existência do projeto, eles saberão informar melhor os usuários sobre como devem proceder e a quem devem se dirigir. Também será elaborada uma carta convite que será dada aos usuários do programa, pedindo que compareçam a unidade para uma consulta trazendo seus exames mais recentes.

Quando: nas duas primeiras semanas de intervenção.

Responsável: equipe.

O que será preciso: agendar reunião com todos os envolvidos.

Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Onde: UBS.

Como: esses dispositivos já estão disponíveis na unidade, em caso de falta, comunicarei a direção. Também serão checados prazos de validade, última inspeção e demais aspectos técnicos.

Quando: na primeira semana de intervenção.

Responsável: médico.

O que será preciso: material citado.

Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde

Onde: na UBS.

Como: Será solicitado ao distrito o material necessário para o hemoglicoteste, porém não podemos garantir que seremos bem sucedidos, haja vista a completa defasagem de materiais desse tipo no município. É muito provável que essa ação não será realizada como planejado.

Quando: nas duas semanas que antecedem a intervenção.

Responsável: médico.

O que será preciso: aparelho de hemoglicoteste.

Organizar visitas domiciliares para buscar os hipertensos e diabéticos faltosos, bem como organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

Onde: UBS.

Como: após o levantamento semanal será verificado quais pacientes atendem critérios para visita domiciliar, sendo assim, incluídos nas visitas que já realizo semanalmente. Aqueles que não atendem critérios serão novamente chamados a unidade e se não compareceram a segunda chamada, uma visita domiciliar será agendada.

Quando: durante toda intervenção.

Responsável: equipe.

O que será preciso: planilha de coleta de dados e indicadores, livro de marcação de consultas.

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos; organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde; estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais; pactuar com a equipe o registro das informações e definir responsável pelo monitoramento registros.

Onde: UBS.

Como: antes de iniciar a coleta de dados, será realizada uma reunião com a equipe para esclarecimento da intervenção e do papel de cada membro neste projeto, bem como a pactuação quanto aos registros das informações. Além disso, durante toda a intervenção, uma das pautas das reuniões de equipe será sempre o monitoramento das ações e as capacitações profissionais poderão ser realizadas através do diálogo e discussão dos protocolos instituídos.

Responsável: equipe.

O que será preciso: agendar reunião com equipe.

Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde

Onde: UBS.

Como: uma versão será impressa e deixada na direção da unidade.

Quando: durante toda intervenção.

Responsável: médico.

O que será preciso: cópia do material mencionado.

Garantir a solicitação dos exames complementares

Onde: UBS.

Como: isso já faz parte da propedêutica médica, além disso os exames preconizados para o acompanhamento desses doentes serão sempre solicitados, claro, obedecendo a indicação clínica.

Quando: durante toda intervenção.

Responsável: médico e enfermeira.

O que será preciso: prontuários e ficha espelho do projeto.

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

Onde: UBS.

Como: ao final do projeto, será feito um levantamento das principais medicações utilizadas e dado a direção para que sirva de pleito junto a gestão para envio dessas drogas a unidade.

Quando: ao final da intervenção.

Responsável: médico.

O que será preciso: planilha de coleta de dados e indicadores.

Manter as informações do SIAB atualizadas

Onde: UBS.

Como: todas as informações pertinentes serão dadas a enfermeira da área que atualizará as informações que são cadastradas no SIAB. Esse projeto também servirá como suporte a implementação da PMAQ, que está ocorrendo na unidade.

Quando: ao final do projeto.

Responsável: médico, enfermeira e direção da unidade.

O que será preciso: planilha de coleta de dados e indicadores.

Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Onde: UBS.

Como: com aplicação dos escores de Framingham será possível identificar todos os usuários de alto risco e por isso, retornos precoces deverão ser agendados para garantir um seguimento clínico adequado. Como a marcação de consultas é feita semanalmente, faremos o planejamento do número de pacientes que precisam de um atendimento prioritário, agendando-os no dia estabelecido para a aplicação das fichas espelho.

Responsável: equipe.

O que será preciso: exames complementares e aferição da pressão arterial.

Organizar a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético; estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico e demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes.

Objetivo retirado pelos motivos já explicados.

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável, orientação de atividade física regular e abandono do tabagismo.

Onde: UBS e igreja do bairro.

Como: para a realização dessas atividades, aproveitaremos os encontros que já existem com esses usuários que são as reuniões mensais, que ocorrem na igreja do bairro, e o grupo de caminhadas que se reúne todas as segundas feiras, na própria unidade. Nesses momentos, aproveitaremos para realizar breves palestras e dinâmicas em grupo para incentivar a alimentação saudável, atividade física regular e abandono do tabagismo. Quando a esse último tema, existe a intenção de criação de um grupo de combate ao tabagismo, pois alguns membros foram capacitados para transformar a unidade em uma unidade de tratamento do tabagismo.

Quando: na quarta, sexta, oitava e décima semana de intervenção.

Responsável: equipe.

O que será preciso: agendar reunião com os trabalhadores.

Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas e educadores físicos nesta atividade nesta atividade.

Onde: UBS.

Como: o NASF será comunicado sobre o projeto e esperamos contar com o apoio da nutricionista, psicóloga e educador físico para a implementação do projeto.

Quando: antes da intervenção.

Responsável: médico e direção da unidade.

O que será preciso: emitir ofício ao órgão responsável.

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

Detalhamento: Retirado. Isso só seria possível se a unidade se transformasse em uma unidade tratadora de tabagismo, e até então isso não é certo. Não podemos garantir tal adesão.

Eixo: engajamento público

Onde: UBS.

Como: todas as ações destinadas a esse eixo dizem respeito basicamente a orientações que já são realizadas nas consultas e visitas domiciliares e que serão reforçadas nos grupos de HiperDia e caminhadas. Além disso, todas essas informações serão reforçadas junto aos agentes para que estes também sejam agentes multiplicadores e ajudem a criar atores sociais naquela comunidade.

Quando: durante toda intervenção.

Responsável: equipe.

O que será preciso: orientar usuários em consultas e em várias oportunidades de promoção à saúde.

Eixo: qualificação da prática clínica

Onde: UBS.

Como: a qualificação da prática clínica será realizada basicamente através das reuniões entre os membros de equipe que já são rotina da unidade. Sempre a base para qualquer discussão serão os protocolos do Ministério da Saúde, entretanto outras fontes poderão ser usadas como, por exemplo, artigos

científicos. As reuniões de capacitação dos membros de equipe quanto a aferição de pressão, utilização do hemoglicoteste, exame físico e anamnese, bem como das complicações dessas doenças serão feitas das duas primeiras semanas do projeto, porém nas reuniões de equipe que ocorrerão semanalmente, as quais servirão também como oportunidade de monitoramento da intervenção, poderão ser utilizadas para discussão e assim, capacitação e qualificação da prática clínica, obedecendo é claro, a necessidade de todos os membros.

Quando: durante toda intervenção.

Responsável: médico.

O que será preciso: artigos científicos, manuais e protocolos do Ministério da Saúde.

3. Relatório de Intervenção

O fim da intervenção traz, de fato, grandes reflexões sobre os desafios e conquistas ao longo das semanas dedicadas a esse projeto. Sem dúvida, ele representou o primeiro passo para uma mudança do HiperDia da unidade, que até então era visto apenas como renovação de receitas para hipertensos e diabéticos. Antes dele, existia um programa que servia para mostrar dados, mas não havia um seguimento clínico, um acompanhamento médico e rastreio de complicações secundárias dessas doenças.

Em virtude dessas dificuldades, a escolha por esse tema acabou sendo extremamente plausível e também necessária, pois ele permitiu mostrar principalmente para a equipe que qualquer programa não deve visar apenas a promoção, mas também o olhar clínico e a atenção constante a necessidades físicas. Contudo, é necessário mencionar que essa barreira sempre foi difícil de ser quebrada em virtude da grande rotatividade de médicos no posto, pois ao longo dos últimos anos foi grande a dificuldade de manter esse profissional, seja pelos baixos salários, atrasos no pagamento ou dificuldades estruturais que pude conhecer bem ao longo do período que trabalhei naquele local. O mais irônico é que passei a fazer parte desta equipe em virtude de um programa do governo que visa a permanência do profissional apenas por um ano e novamente, aquela comunidade, que comecei a conhecer, será obrigada a se adaptar a um novo profissional nos próximos meses. Fato esse que me deixa apreensivo quanto ao seguimento do programa e exige sempre a motivação da equipe para a continuidade do trabalho.

Ações desenvolvidas

Com a intervenção, realizamos o cadastramento de 101 usuários entre hipertensos e diabéticos em um período de três meses, além disso, aproveitamos as reuniões de equipe para discussão quanto ao andamento do projeto, avaliando suas dificuldades e méritos, além de anseios e dúvidas dos profissionais envolvidos; fizemos o cadastramento de cerca de dez usuários acamados que não puderam comparecer ao local da coleta de dados. Também com a intervenção, conseguimos convocar usuários pouco assíduos a unidade

e que portanto estavam com exames atrasados. Muitos deles, acredito que mais da metade, não haviam ainda realizado rastreio das complicações secundárias, como neuropatia periférica, retinopatia ou proteinúria, assim tivemos a oportunidade de solicitar tais exames/ encaminhamentos. Dessa forma, com o projeto conseguimos realizar em sua totalidade o eixo de monitoramento e avaliação do HiperDia.

Outro eixo que também conseguimos desenvolver foi o de qualificação de prática clínica, pois realizamos atualização científica através da discussão dos protocolos do ministérios da saúde, além de capacitação quanto: ao preenchimento da ficha espelho, noções básicas sobre exame físico e de medidas antropométricas, cálculo do escore de Framingham e exame do pé diabético. Outro aspecto realizado em sua totalidade foram as orientações quanto a alimentação saudável, prática de atividade física e cessação do tabagismo.

Embora muitas ações tenham sido desenvolvidas, algumas delas não puderam ser feita em seu todo, principalmente no que tange ao engajamento público, pois acredito terem sido realizadas poucas palestras sobre o assunto. Além disso, a ausência de um conselho comunitário e de usuários mais atuantes tornou difícil o despertar dos participantes quanto a importância de uma presença mais efetiva na unidade. Ao longo desse período, pude perceber que não apenas os usuários, mas também a equipe possui pouco engajamento político para mudanças e isso talvez seja uma das tarefas mais difíceis de ser realizadas, pois exige uma reconstrução no pensar de cada indivíduo e portanto, mais tempo seria necessário.

Ações não desenvolvidas

Um eixo que não teve sua totalidade atingida foi o de organização e gestão do serviço, pois apesar de garantirmos o registro dos usuários, melhorar o acolhimento, realizar visitas domiciliares, garantir solicitação de exames, manter o SIAB organizado e determinar prioridades na agenda, não tivemos o apoio de qualquer gestor seja para captar recursos ou instituir parcerias com para outras instituições. Como a farmácia da unidade não possui os medicamento necessários para o programa e também não há a mínima

previsão para que esses medicamentos cheguem, não foi realizado controle de estoque ou demandamos a compra de medicamento faltosos.

Como já comentado ainda na elaboração do projeto, a saúde bucal também não foi contemplada nessa ação, pois grande parte dela ocorreu durante as férias da dentista da minha área e se esperássemos pela sua chegada haveria grande atraso na realização do projeto. Assim, com o aval da coordenação da especialização esse item foi retirado da intervenção, embora, após a volta dessa profissional e com o seguimento do projeto, que espero que ocorra, a saúde bucal terá um papel mais importante no programa.

Dificuldades encontradas

Sem dúvida, duas foram as maiores dificuldades dessa intervenção: a greve dos agentes de saúde e a falta de apoio da gestão. A primeira delas durou cerca de quatro semanas e prejudicou essencialmente a convocação dos usuários ao comparecimento a unidade ou igreja do bairro, local onde foi feita grande parte da ação. Sem os agentes de saúde, que realizavam a convocação, a coleta reduziu bastante e ficou sendo essencialmente pela demanda espontânea, ou seja, quando um usuário comparecia a unidade para consulta, aproveitávamos a oportunidade para o preenchimento da ficha espelho e cadastramento no programa. Com isso houveram semanas que não passamos de três usuários cadastrados, dificultando bastante obter as metas instituídas no início do projeto.

A segunda grande dificuldade foi o completo descaso por parte da gestão para com o projeto. Apesar de o enviarmos ao distrito, fazermos ofício, tentarmos agendar reunião com a diretora do distrito norte II, não foi possível obter qualquer recurso, nem mesmo o mínimo como caixas arquivos, canetas, balança, tensiômetros e aparelhos ou fitas de hemoglicoteste. Aliás, a ausência deste impossibilitou a realização do teste durante o preenchimento da ficha espelho, no início ainda o fizemos utilizando o aparelho emprestado de uma técnica de enfermagem, mas obviamente essa situação não pode ser levada por muito tempo. Também no início da intervenção, até mesmo as cópias das fichas espelho foram pagas por mim e só depois, após a auxiliar administrativa se mobilizar, conseguimos imprimir as cópias na impressora do posto. Apesar

das dificuldades na coleta, o cálculo dos indicadores e a criação de gráficos foi realizado sem grandes dificuldades com a ajuda da planilha de coleta de dados fornecida pelo curso

Perspectivas futuras

Apesar de ser dado o início da análise dos resultados das últimas semanas, acredito que a intervenção será incorporada a rotina da unidade, pois continuaremos com a captação dos dados e cadastramento dos usuários nas semanas subsequentes, uma vez que para totalizar as cinco microáreas, ainda falta cadastrar cerca de 90 usuários de acordo com o último SIAB. Durante a intervenção, convocamos por microárea, assim, em uma semana, determinado agente chamava os pacientes da sua região e assim em diante. Agora começamos a chamar aqueles de uma microárea cujo agente é bastante atuante e acredito que conseguiremos um bom número. Torço também que quando terminarmos de cadastrar os pacientes, a rotina de seguimento clínico persista, além das ações de prevenção e de promoção à saúde.

4. Avaliação da Intervenção

4.1. Resultados

Finalizada a coleta de dados, é possível descrever a evolução dos indicadores estabelecidos no início do projeto e analisar as metas e objetivos a que eles se referem. Nesse sentido, pontuamos os resultados obtidos ao longo de três meses de intervenção, na forma abaixo:

Objetivo 1: ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos.

Meta 1 e 2: cadastrar 60% e 70% dos hipertensos e diabéticos, respectivamente, da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

O total de hipertensos e diabéticos com vinte anos ou mais residentes na área de abrangência da UBS, são respectivamente, 189 e 61. Desses usuários, conseguimos cadastrar 49 no primeiro mês, 70 no segundo e 93 no terceiro mês. Em relação aos diabéticos, tivemos 15 no primeiro, 26 no segundo e 33 no terceiro mês. Esses números estão em caráter acumulativo, ou seja, o valor de um mês foi calculado pela soma do obtido nele e do mês anterior. Portanto, ao longo de toda intervenção cadastramos 101 usuários, pois 25 deles possuíam ambos os diagnósticos. Em todos os objetivos desta intervenção os números obtidos a cada mês foram transformados em percentuais com base nos indicadores para cada meta, cujos numeradores e denominadores foram mostrados na metodologia. Em seguida, foram plotados nos gráficos mostrados abaixo.

Com relação ao nosso primeiro objetivo, percebemos que mantivemos percentuais ascendentes em cada mês, com os valores nos gráficos abaixo (Figuras 1 e 2).

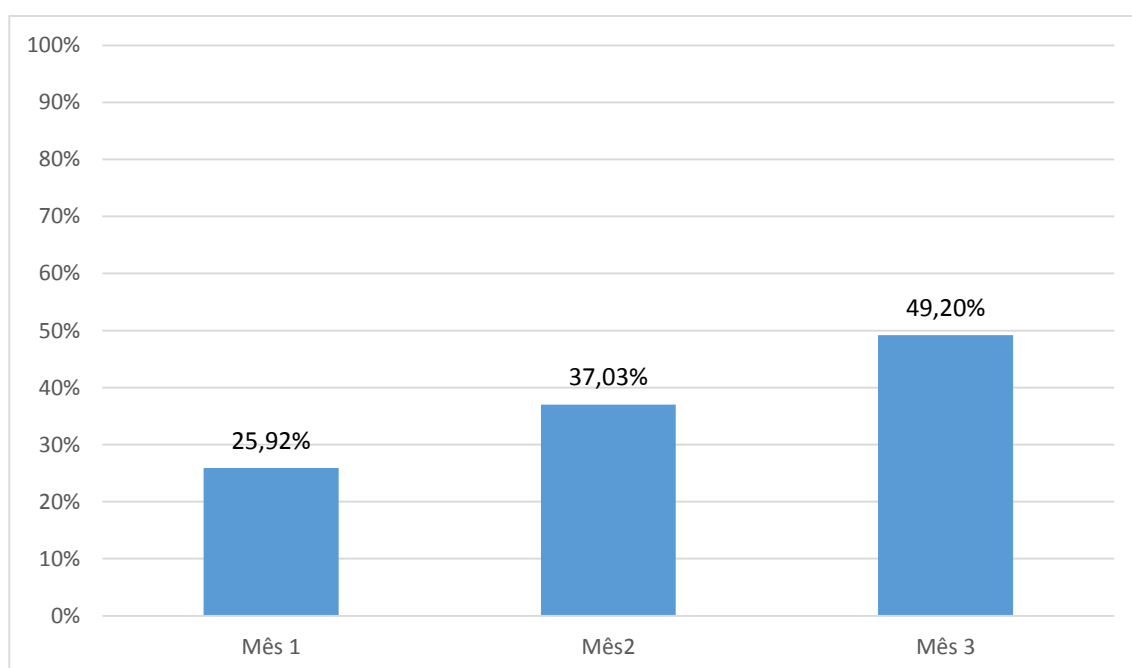


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso. Equipe 91. UBS Parque dos Coqueiros, Natal-RN, 2013. Fonte: planilha de coleta de dados e indicadores

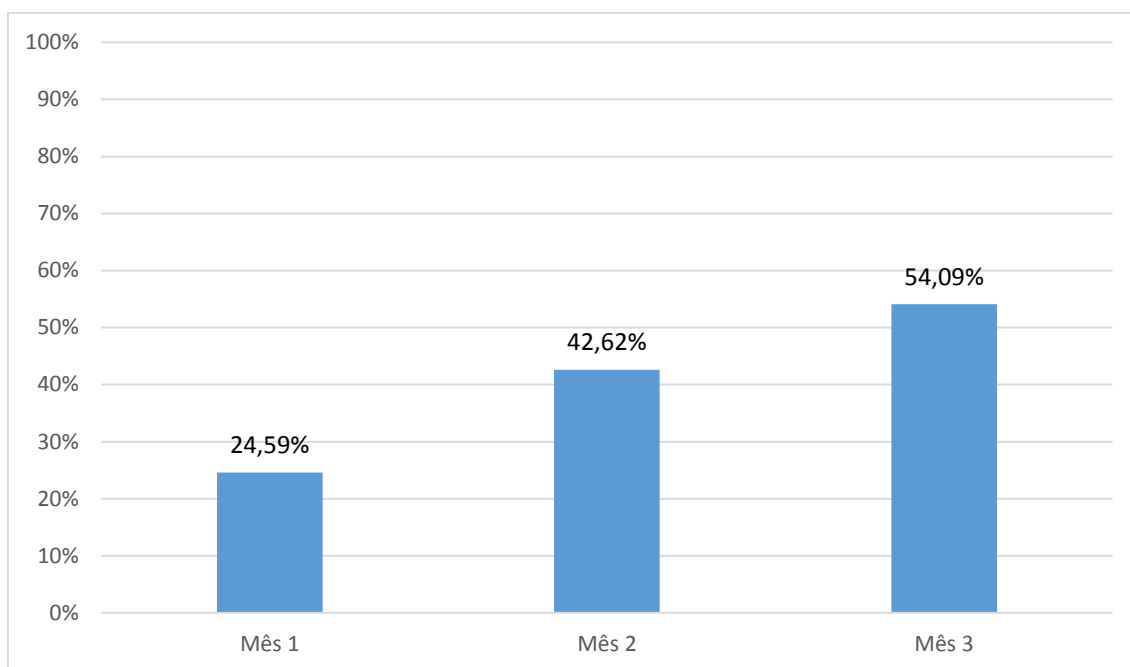


Figura 2: Cobertura do Programa de atenção ao diabético. Equipe 91. UBS Parque dos Coqueiros, Natal-RN, 2013. Fonte: planilha de coleta de dados e indicadores

Apesar de ascendente, o número de usuários cadastrados, assim como a maioria dos indicadores, não tiveram sua totalidade atingida conforme o estabelecido como meta inicial (60% e 70%, respectivamente). Isso ocorreu em grande parte pela dificuldade na convocação desses usuários para comparecimento ao local de preenchimento da ficha espelho, o que não foi realizado na unidade, mas na igreja do bairro. É importante frisar que este espaço já era utilizado pela equipe para realização de atividades com os hipertensos e diabéticos, mesmo antes de iniciado a intervenção, fato que nos leva a concluir que possivelmente o maior entrave do cadastramento e conseqüentemente dos outros indicadores tenha sido a greve dos agentes de saúde e técnicos de enfermagem, que ocorreu entre os meses de novembro e dezembro de 2013 e impediu que os usuários fossem convocados semanalmente, uma vez que esse trabalho era feito pelos agentes de saúde, sendo cada semana um número para cada microárea.

Objetivo 2: melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa

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

Indicador 3: proporção de hipertensos faltosos com a consulta médica com busca ativa.

Indicador 4: proporção de diabéticos faltosos a consulta médica com busca ativa.

Ao longo da intervenção, tivemos quatro hipertensos faltosos a consulta com busca ativa no primeiro mês, sete no segundo e 12 no terceiro. Para diabéticos esse número foi de dois, três e cinco respectivamente. Dessa forma, observamos que a proporção de hipertensos faltosos a consulta com busca ativa foi maior no segundo mês de intervenção, 7,5% em relação ao primeiro mês e 12,5% em relação ao terceiro mês (Figura 3), porém quando analisamos o número de diabéticos (Figura 4), esse foi o mês de maior queda, 16,7% em relação ao primeiro mês e 21,4% em relação ao terceiro mês. É importante mencionar que ambas patologias caminham conjuntamente, sendo que grande parte dos diabéticos também são hipertensos, dessa forma se torna difícil analisar separadamente e, afirmar que a busca ativa nesse segundo mês foi maior para hipertensos e menor para diabéticos seria um erro. O que pode ter ocorrido, é que como fizemos a convocação por microárea, as áreas cadastradas naqueles meses poderiam ter mais diabéticos que hipertensos.

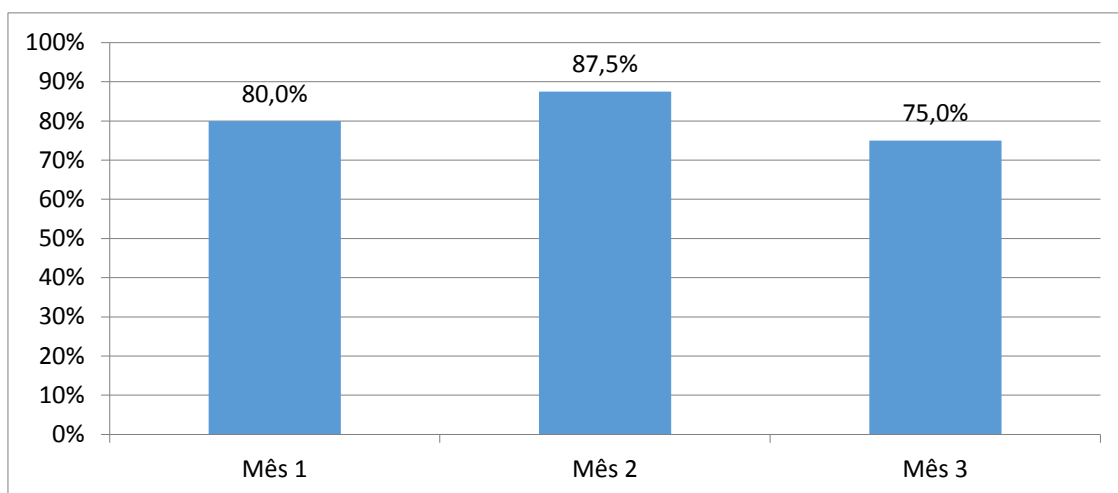


Figura 3: Proporção hipertensos faltosos às consultas com busca ativa. Equipe 91. UBS Parque dos Coqueiros, Natal-RN, 2013. Fonte: planilha de coleta de dados e indicadores.

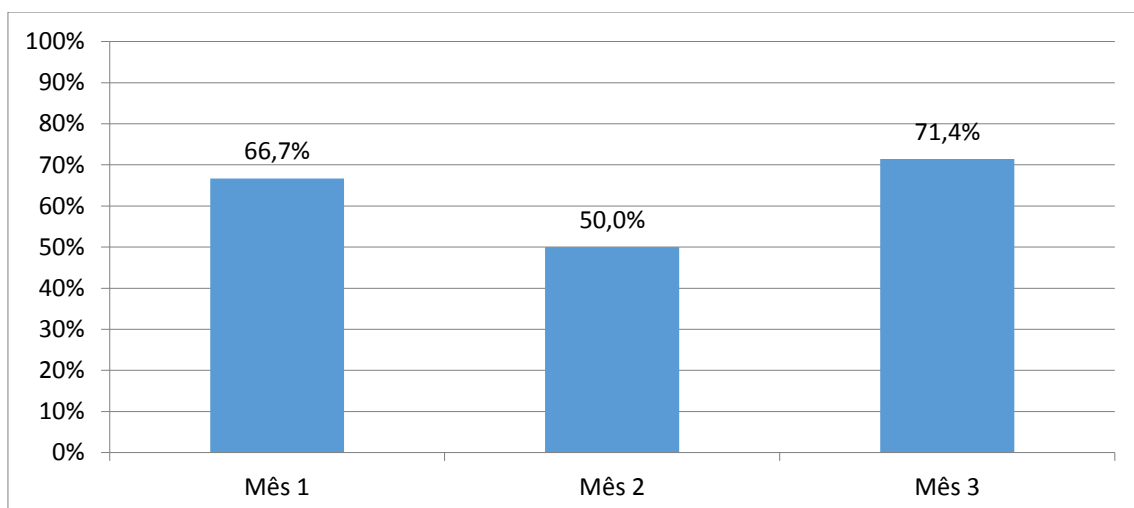


Figura 4: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa. Equipe 91. UBS Parque dos Coqueiros, Natal-RN, 2013. Fonte: planilha de Coleta de dados e Indicadores

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

Meta 5 e 6: realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e ou diabéticos.

Indicador 5: proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 6: proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

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

Indicador 7: proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 8: proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Talvez os indicadores que melhor ilustrariam a realidade da intervenção sejam as proporções de hipertensos com exames clínicos e complementares em dia, pois os gráficos a eles correspondentes (figuras 5 e 6), evidenciaram uma queda ao longo dos meses de intervenção. Em número absolutos, os hipertensos que estavam com o exame clínico em dia de acordo com protocolo foram 43 no primeiro mês, 61 no segundo e 76 no terceiro; já os números de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo são, respectivamente: 40, 56 e 70. Todavia, a proporção em relação aos hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS é descendente, fato esse que pode ser explicado da seguinte forma: no início da intervenção, os usuários que responderam imediatamente ao convite do agentes de saúde foram aqueles mais assíduos, que sempre comparecem a unidade e souberam da intervenção desde o seu início. Esse perfil de usuário geralmente é mais aderente ao tratamento, tem várias consultas registradas e por isso possui exames, rastreios e escores atualizados.

A medida que a intervenção progrediu, começamos a abordar os usuários menos assíduos, que só foram ao local de coleta quando a receita perdeu sua validade e assim ficaram impedidos de conseguir seus medicamentos na farmácia popular. Foi nessa etapa que descobrimos muitos usuários jovens e economicamente ativos, que não vão a unidade por alegar não ter tempo. Além disso, foi com o decorrer da intervenção que realizamos o cadastro de pacientes acamados, os quais muitos possuíam atrasos principalmente na realização de exames complementares, porque as famílias encontram barreiras para realiza-los, seja porque não podem levá-los a um laboratório ou porque não há um profissional que possa comparecer a residência desse paciente para coletar o sangue. No bairro, há apenas uma

laboratório privado que dispõe desse serviço, mas algumas famílias alegam a barreira do preço.

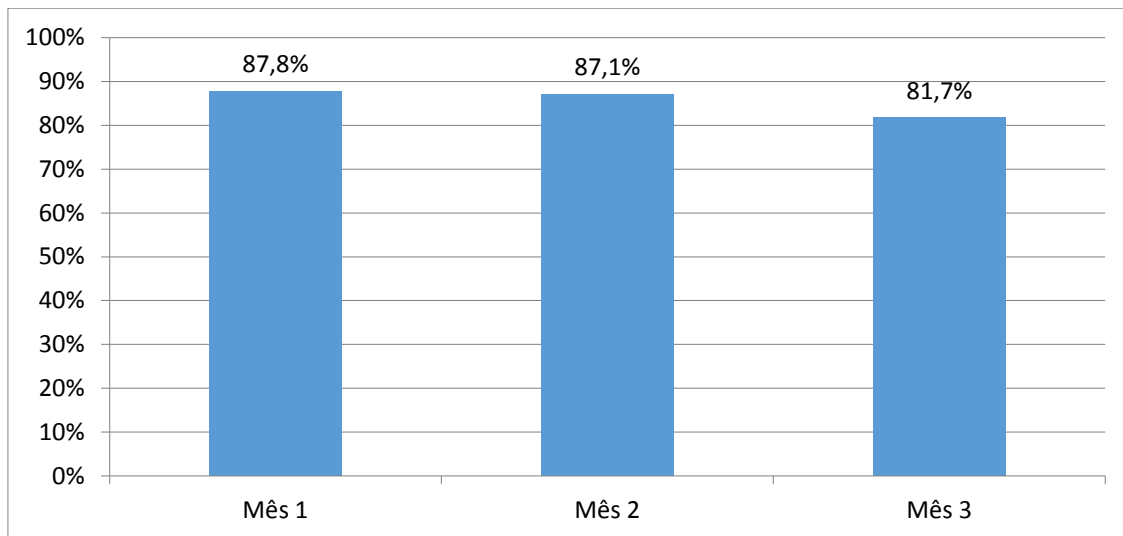


Figura 5: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia. Equipe 91. UBS Parque dos Coqueiros, Natal-RN, 2013. Fonte: planilha de coleta de dados e indicadores.

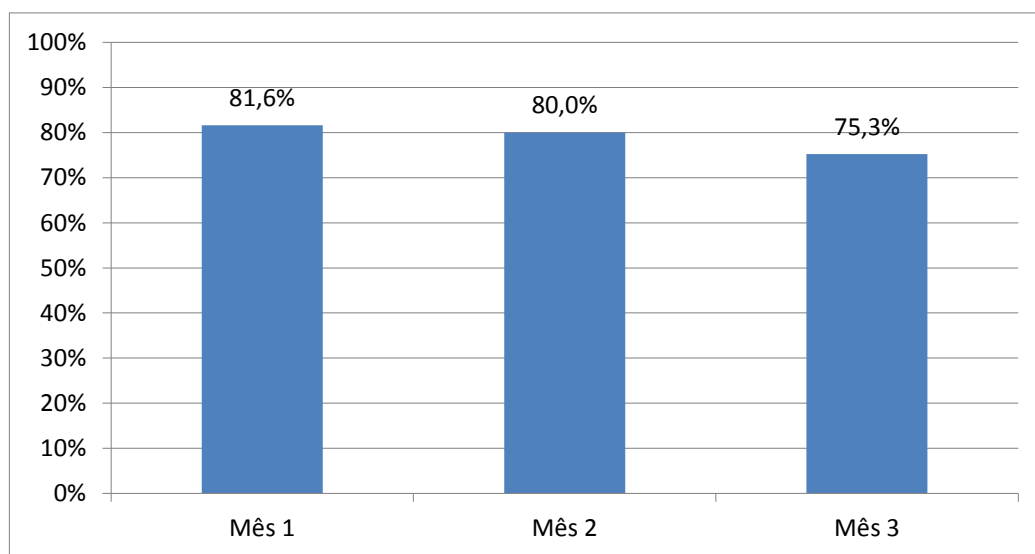


Figura 6: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia. Equipe 91. UBS Parque dos Coqueiros, Natal-RN, 2013. Fonte Planilha de coleta de dados e indicadores.

Contudo, os indicadores mencionados acima não assumem a mesma distribuição quando se referem aos diabéticos (Figuras 7 e 8), pois ora são ascendentes, ora são descendentes ou apresentam pico ou queda no segundo

mês. Os diabéticos que possuíam o exame clínico em dia de acordo com o protocolo foram 11, 20 e 25 respectivamente; já os que possuíam os exames complementares em dia de acordo com o protocolo foram 10, 19 e 24 ao longo dos três meses de intervenção. Porém, a irregularidade encontrada na proporção mostrada nos gráficos abaixo, talvez possa ser novamente explicada pelo menor número de usuários com essa patologia que os hipertensos. Como um “n” muito pequeno é mais susceptível a grandes variações, as mudanças abruptas nessas proporções pesquisadas poderiam ser explicadas.

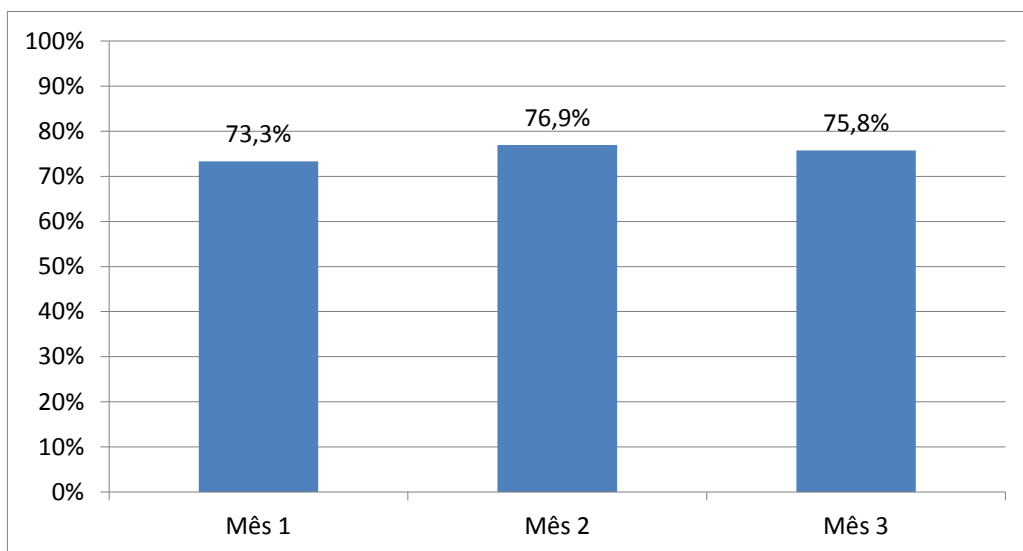


Figura 7: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia. Equipe 91, UBS Parque dos Coqueiros. Natal-RN, 2013. Fonte: planilha de coleta de dados e indicadores.

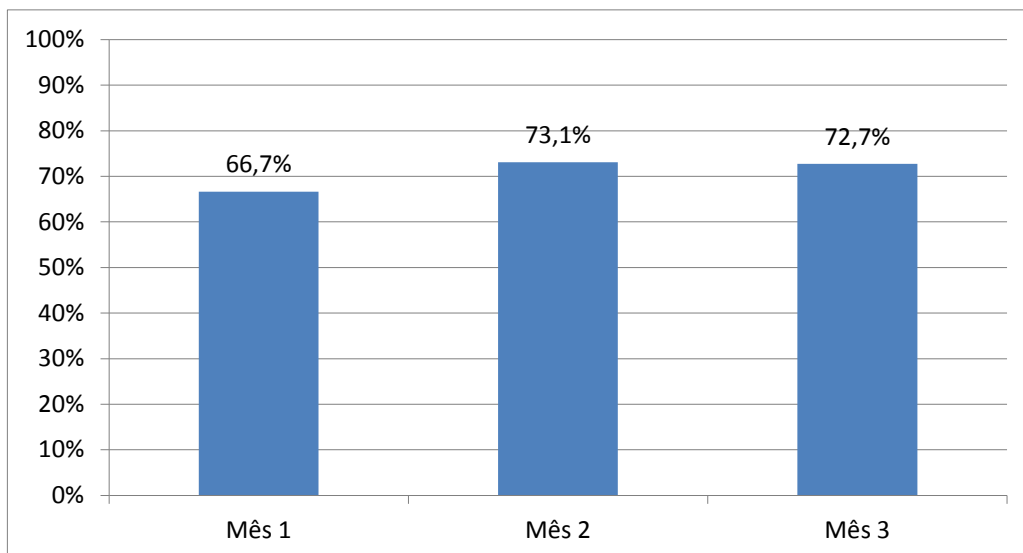


Figura 8: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia. Equipe 91. UBS Parque dos Coqueiros, Natal-RN, 2013. Fonte: planilha de coleta de dados e indicadores

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

Indicador 9: proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia.

Indicador 10: proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia.

No período da intervenção tivemos em cada mês 38, 56 e 75 hipertensos e 13, 22 e 29 diabéticos em tratamento medicamentoso da lista do HiperDia ou da farmácia popular. Esses números ajudaram a formar os últimos indicadores deste terceiro objetivo (Figuras 9 e 10), o quais não tiveram sua amostragem descendente, sendo o maior índice obtido no último mês. Porém isso não contradiz a explicação dada acima, pois os pacientes do final da intervenção foram aqueles que compareceram ao local da coleta porque a farmácia privada do bairro, conveniada com o programa de farmácia popular, recebe a mesma receita apenas por quatro meses, dessa forma, uma vez vencida, eles se viram obrigados a comparecer pela necessidade de renovação da prescrição, ou seja, a partir desse período, a intervenção começou a atingir aqueles pacientes menos assíduos.

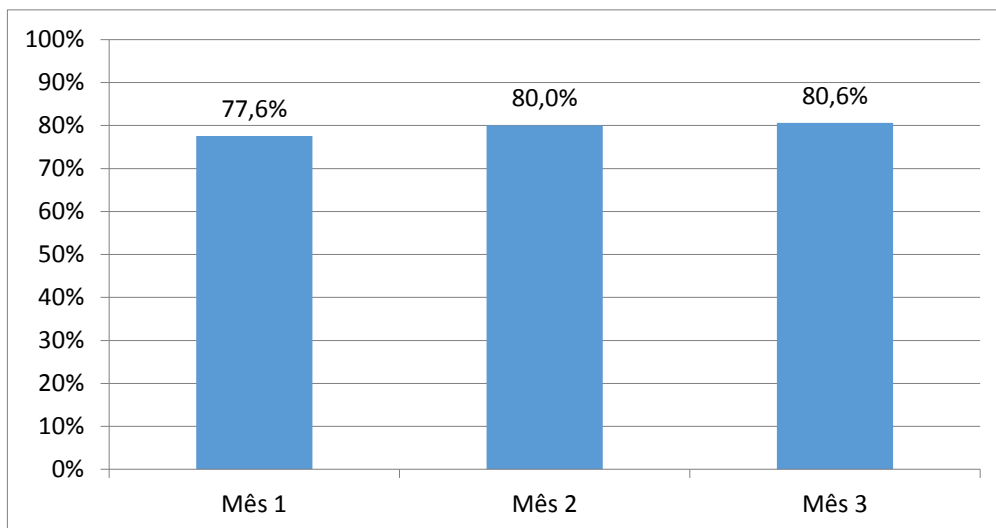


Figura 9: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do HiperDia ou da Farmácia Popular. Equipe 91. UBS Parque dos Coqueiros, Natal-RN, 2013. Fonte: Planilha de Coleta de dados e indicadores.

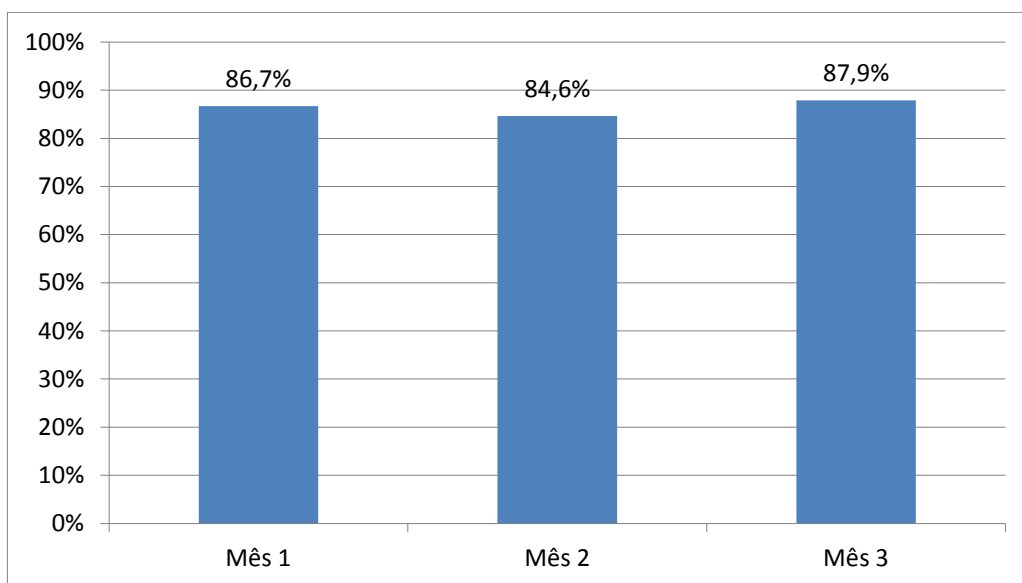


Figura 10: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do HiperDia ou da Farmácia Popular. Equipe 91. UBS Parque dos Coqueiros. Natal-RN, 2013. Fonte: Planilha de coleta de dados e indicadores.

Objetivo 4: melhorar o registro das informações

Metas 11 e 12: manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 11: proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Indicador 12: proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

O número obtido de usuários com registro adequado na ficha de acompanhamento ao longo da intervenção foram, respectivamente 43,61 e 75 para hipertensos e 12, 20 e 25 para diabéticos. A proporção desses números que compõem os indicadores mostrados nos gráficos (Figuras 11 e 12) segue o raciocínio dos demais, uma vez que a abordagem de usuários menos assíduos no final da intervenção trouxe, conseqüentemente, aqueles cujos registros não eram atualizados há vários meses, por isso verificamos os menores números no terceiro mês nos gráficos abaixo:

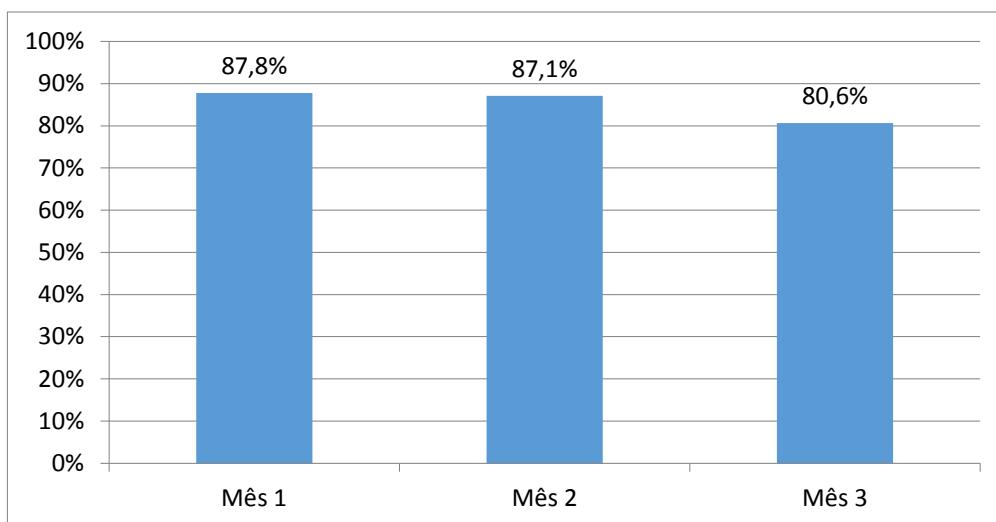


Figura 11: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Equipe 91. UBS Parque dos Coqueiros, Natal-RN 2013. Fonte: Planilha de coleta de dados e indicadores.

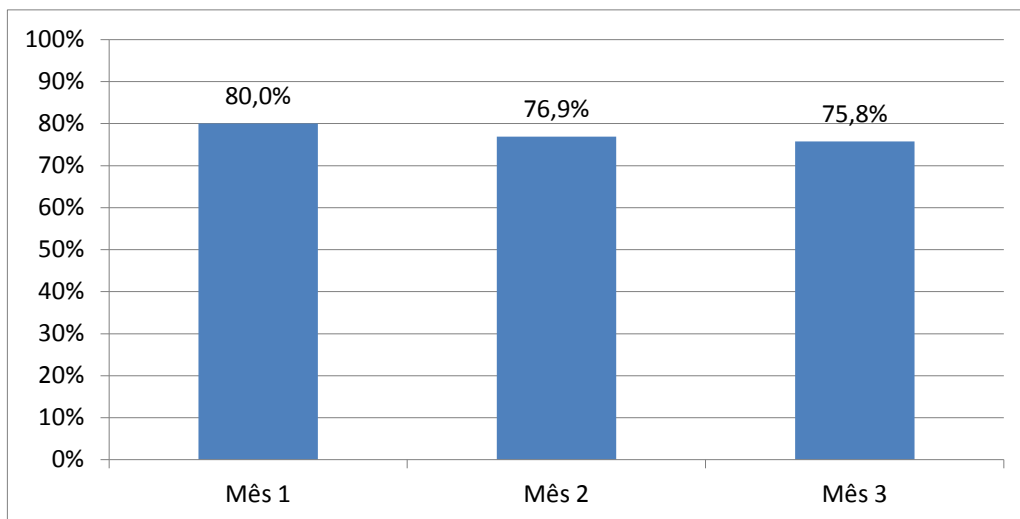


Figura 12: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Equipe 91. UBS Parque dos Coqueiros, Natal-RN,2013..Fonte: Planilha da coleta de dados e indicadores.

Objetivo 5: mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Metas 13 e 14: realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 13: proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Indicador 14: proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

O número usuários com estratificação do risco cardiovascular encontrados, em cada mês, na intervenção foi respectivamente: 38, 53 e 67 para hipertensos e 10, 17 e 23 para diabéticos. Na análise da proporção dos hipertensos com estratificação de risco (Figura 13) segue o ocorrido com os demais indicadores: pacientes alcançados com a busca ativa possuiriam obviamente atrasos da estratificação de risco. Porém, quando analisamos os diabéticos (Figura 14), o mesmo não ocorre. Todavia ressalta-se que além do número desses usuários ser menor, o que altera a proporção, muitos diabéticos abordados nesse último mês era do tipo um, e por isso possuíam controle mais estrito, tanto pela atenção básica, quanto em nível terciário e portanto com estratificações atualizadas.

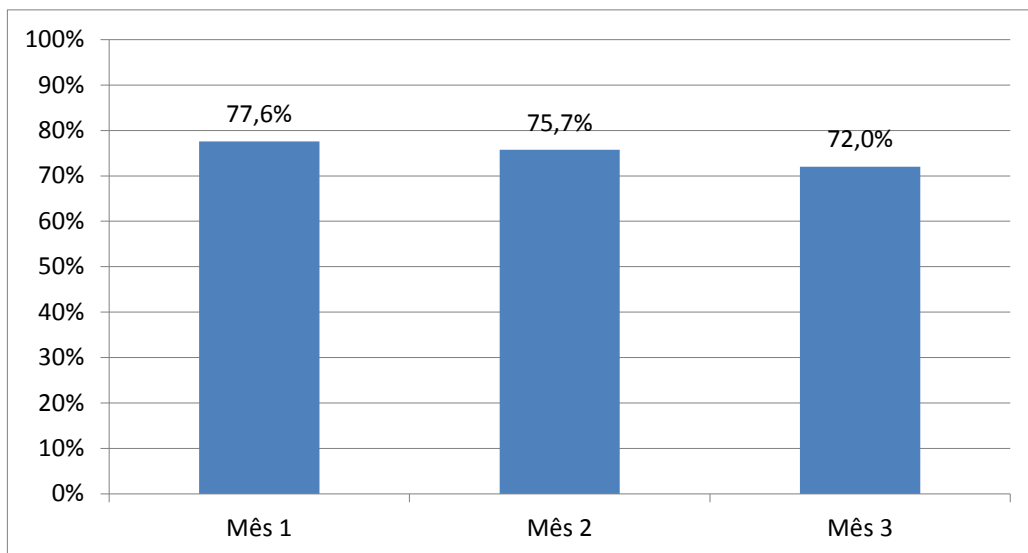


Figura 13: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Equipe 91. UBS Parque dos Coqueiros, Natal-RN, 2013. Fonte: Planilha de coleta de dados e indicadores.

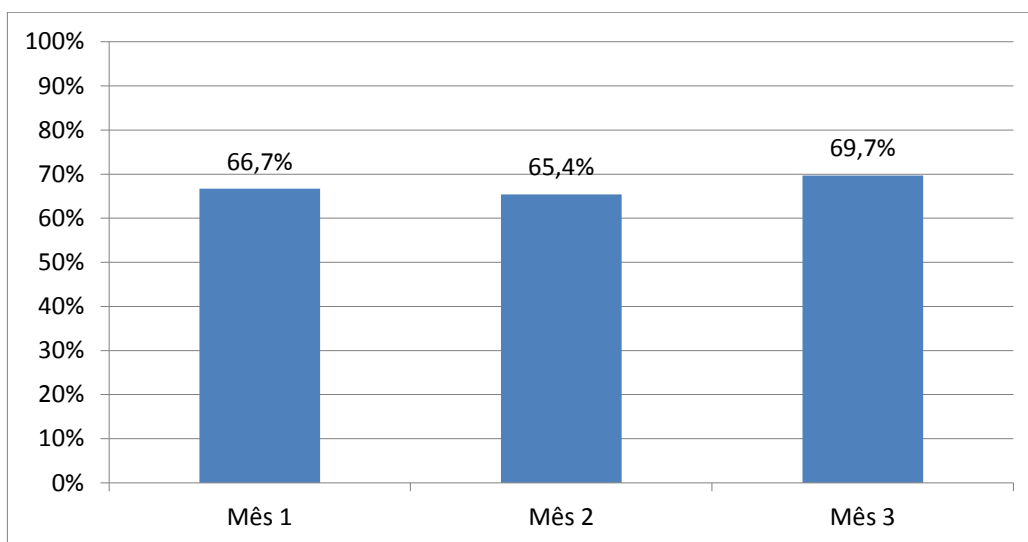


Figura 14: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Equipe 91. UBS Parque dos Coqueiros, Natal-RN, 2013. Fonte: planilha de coleta de dados e indicadores.

Objetivo 6: promoção à saúde

Metas 15 e 16: garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 15: proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Indicador 16: proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Metas 17 e 18: garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 17: proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular.

Indicador 18: proporção de diabéticos com orientação sobre prática de atividade física regular.

Metas 19 e 20: garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 19: proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Indicador 20: proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Por fim, analisamos os últimos indicadores, os quais tiveram 100% dos pacientes atingidos durante a intervenção para ambas patologias: orientação nutricional, prática de atividade física e riscos sobre o tabagismo. Essa totalidade foi conseguida porque orientar os pacientes acerca dos riscos de uma alimentação inadequada, sedentarismo e do tabagismo, fazem parte da rotina do atendimento clínico. Além disso, houve muitas oportunidades em que esses temas foram ilustrados em atividades de prevenção e promoção a saúde, seja durante a intervenção e até mesmo antes dela existir, como grupo de caminhadas, dia do idoso, dia da saúde do homem e na própria consulta médica.

4.2. Discussão

O Sistema HiperDia foi desenvolvido com os objetivos principais de permitir o monitoramento dos pacientes atendidos e cadastrados na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS) e gerar informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos, de maneira

sistemática, a estes pacientes (FERREIRA,2009). Dessa forma, é mais do que fundamental torná-lo atuante em todas as unidades básicas e em estratégias de saúde da família, pois constitui-se como uma necessidade da atenção primária em qualquer região do país.

Tal necessidade, decorre também do fato da grande prevalência de hipertensão arterial e diabetes no Brasil, o que não passa de uma reflexo da transição demográfica identificada desde o século passado e que determinou um perfil de risco em que as doenças crônicas não transmissíveis, por serem altamente prevalentes, de alto custo social e grande impacto na morbimortalidade da população brasileira e do mundo, assumiram papel importante e impuseram ônus crescente e preocupante para os governantes (MS,2004).

Na unidade na qual esse projeto foi desenvolvido, havia projetos isolados de promoção à saúde, como grupo de caminhadas e palestras, mas isso não era atrelado a um programa bem determinado de registro e seguimento clínico. Em virtude disso, muitos portadores de algumas dessas patologias compareciam a unidade, renovavam suas receitas, mas não possuíam registros adequados, não possuíam a caderneta do programa, não seguiam uma rotina de rastreios de complicações secundárias e não tinham suas estratificação de riscos realizadas periodicamente. Nesse sentido, fica evidente que uma mudança nesse programa se fazia necessária e urgente e por isso escolhemos essa ação programática como projeto de intervenção.

Tal projeto alcançou grande mudança para unidade, estabelecendo uma ampliação da cobertura de atenção ao hipertenso e diabético em uma curva ascendente ao longo dos três períodos de intervenção. Além disso, permitiu a atualização dos dados cadastrais dos pacientes e realização dos exames complementares de grande parte dos participantes; mais da metade desses pacientes tiveram a prescrição de seus medicamentos garantidos e dessa forma, as ações que eram até então isoladas, passaram a ser estruturadas em um projeto com melhores definições, trazendo um ganho tanto para comunidade, como para o serviço e para equipe.

A primeira passou a contar com consultas médicas regulares, exames solicitados com critério, atualização das estratificações de risco e rastreios adequados das complicações secundárias dessas doenças. Todos os pacientes passaram a ter a caderneta do programa, o que facilitou o acompanhamento dos níveis tensionais dos hipertensos com mais exatidão. Além disso, os pacientes passaram a ser verdadeiramente monitorizados, com consultas agendadas com periodicidade e busca ativa mais efetiva.

Para o serviço, a intervenção serviu como modelo e plano de ação para uma das vertentes para o PMAQ, o qual começou a ser introduzido na unidade. Além disso, o ganho também foi na atualização dos dados cadastrais, permitindo o melhor conhecimento do perfil de seus usuários e um registro adequado do SIAB. Além disso, com a experiência produtiva, o projeto poderá ser expandido as demais equipes e a unidade poderá melhorar sua assistência aos usuários, aumentando seu poder de resolutividade.

Em relação a equipe, essa passou a criar uma rotina de trabalho que até então não existia, o que ajudou a mudar o pensar desses profissionais, estabelecendo uma diretriz de raciocínio clínico e conduta. À equipe foi permitido uma atualização do conhecimento através das reuniões semanais onde era discutido os casos mais interessantes e os protocolos do ministério da saúde. Além disso, ela passou a contar um treinamento para habilidades de exame físico e aferição de medidas antropométricas, o que muitos não sabiam, como por exemplo o simples cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC). Cada membro passou a ter seu papel definido na ação o que não apenas permitiu uma maior organização, como ajudou a criar um senso de responsabilidade, aumentando o grau de comprometimento de todos com a intervenção.

Caso fosse possível mudar algo no projeto, estabeleceria uma alternância entre os lugares de coleta, sendo por algumas vezes também na unidade, pois percebi maior número de usuários quando fizemos no prédio anexo ao posto. Todavia, até por uma escolha da equipe, optamos pela igreja do bairro pela parceria já estabelecida anteriormente, com as reuniões de promoção a saúde que eram feitas mensalmente, mas que estavam paradas, antes do projeto. O fato de coletarmos os dados naquele local também ajudava

na organização do projeto, porque na unidade éramos muito interrompidos tanto por usuários como membros de outra equipes, contudo, acredito que se tivéssemos exposto esses problemas aos outros profissionais e solicitado esse entendimento, talvez tivéssemos conseguido colaboração de todos.

Finalmente, quanto a viabilidade da intervenção ser incorporada a rotina da unidade, acredito ser possível, pois continuaremos com a captação dos dados e cadastramento dos pacientes nas semanas subsequentes, totalizando as cinco microáreas adstritas do projeto. No entanto, para que essas ações sejam ampliadas, será necessário sensibilizar mais a gestão municipal para a distribuição de insumos, pois a falta de recursos foi um grande entrave a intervenção. É necessário refletirmos que o grande número de médicos do PROVAB vinculados a especialização, não apenas esse ano, como para o próximo, deve ser vista como uma oportunidade de mudanças para a rede de atenção básica para o município e se todos são obrigados a desenvolver uma ação programática, que esta verdadeiramente tenha capacidade de mudar uma realidade muito dura que os natalenses vivenciam há anos.

4.3. Relatório da intervenção para os gestores

O ônus das doenças cardiovasculares na economia brasileira, especialmente no tocante aos custos para internação e tecnologias terapêuticas de alto preço, esteve presente em 5% da população com mais de 35 anos em 2002. Os gastos chegaram a aproximadamente 30,8 bilhões de reais, com especial atenção ao sistema previdenciário. Este fato é preocupante pelo acelerado envelhecimento populacional nas próximas décadas e diagnósticos tardios, com a doença já complicada ou desfecho primeiro e fatal, como se dá, muitas vezes, com a doença coronariana aguda e o acidente vascular encefálico (AZAMBUJA,2008).

Dessa forma, fica claro que pela importância assumida por essas doenças, tanto no que tange ao seu quadro epidemiológico e nos gastos de vida e financeiros que elas podem promover, toda e qualquer estratégia que atue no diagnóstico precoce, no acompanhamento regular, na promoção a saúde e na prevenção de complicações secundárias, as quais só aumentariam os custos para o orçamento do município, deve ser fomentadas. Portanto,

incentivar o HiperDia é mais do que fundamental para redução de custos e melhoramento da assistência da atenção primária. Por isso, desenvolvemos essa ação com este grupo populacional na unidade de Parque dos Coqueiros no município de Natal-RN, entre outubro a dezembro de 2013.

Ações desenvolvidas

Com a intervenção, realizamos o cadastramento de 101 usuários, dentro de um universo de 189 hipertensos e 61 diabéticos conforme os dados do último SIAB, o que representou um ganho de mais de 50% na cobertura do programa. Além disso, aproveitamos as reuniões de equipe para discussão quanto ao andamento do projeto, avaliando suas dificuldades, méritos e dúvidas dos profissionais envolvidos; fizemos o cadastramento também de pacientes acamados que não puderam comparecer ao local da coleta de dados. Também com a intervenção, conseguimos convocar usuários pouco assíduos a unidade e que portanto estavam com exames atrasados. Muitos deles, acredito que mais da metade, não haviam ainda realizado rastreio das complicações secundárias, como neuropatia periférica, retinopatia ou proteinúria, assim tivemos a oportunidade de solicitar tais exames/encaminhamentos e conseguir que mais de 80% dos participantes tivessem seus exames e registros atualizados.

Outra ação plenamente desenvolvida foi a de melhoria da prática clínica, pois realizamos atualização científica do profissionais envolvidos através da discussão dos protocolos do ministérios da saúde, além de capacitação quanto: ao preenchimento da ficha espelho utilizada para coleta de dados, noções básicas sobre exame físico e de medidas antropométricas, cálculo do score de Framingham e exame do pé diabético. Outro aspecto realizado em sua máxima foram as orientações quanto a alimentação saudável, prática de atividade física e cessação do tabagismo, sendo 100% dos participantes orientados em relação a esses aspectos.

Todas essas ações foram permitidas pelo apoio da direção da unidade de saúde de Parque dos Coqueiros, Natal-RN, que possibilitou a reestruturação do cronograma da equipe, disponibilizou as cópias do material impresso e se empenhou ao máximo para conseguir o instrumental para anamnese e exame

físico desses pacientes. A gestão municipal foi muito positiva ao eleger diretores e funcionários administrativos com uma grande visão, não apenas humana, mas logística e abertos a mudanças que possam trazer melhorias na assistência à atenção básica.

Ações não desenvolvidas e dificuldades encontradas

Não foi possível realizar a aferição da glicemia capilar, nem o exame adequado da sensibilidade do pé diabético, por falta de instrumentais como fita de hemoglicoteste, diapasão e monofilamento. Como a farmácia da unidade não possui os medicamento necessários para o programa e também não há previsão para que eles cheguem, não foi realizado controle de estoque ou demandamos a compra de medicamento faltosos.

É de extrema importância mencionar que todo esse material já deveria fazer parte do acervo da unidade, pois constitui como propedêutica adequada para correta avaliação clínica de qualquer portador de hipertensão ou diabetes. Como afirmamos acima, toda e qualquer ação voltada a um programa dessa natureza representa um ganho para a economia do município e garante que a atenção básica desenvolva plenamente o seu papel de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação a que se propõe.

Perspectivas futuras

Como perspectivas futuras acredito que a intervenção será incorporada a rotina da unidade, pois continuaremos com a captação dos dados e cadastramento dos pacientes nas semanas subsequentes, totalizando as cinco microáreas adstritas do projeto, o que demonstra o grau de empenho e comprometimento dos profissionais envolvidos. Todavia, isso não é suficiente para realizamos ações programáticas que tragam benefício a unidade.

É muito importante ressaltar que insumos são necessários e a gestão pode contribuir disponibilizando os matérias faltosos descritos acima, ajudando a ampliar o projeto e atingir ainda mais pacientes. Outro aspecto a ser corrigido e que pode ser viabilizado pela gestão é a disponibilização de um farmacêutico para unidade, pois a ausência desse profissional prejudica a liberação de

medicamentos essenciais como antibióticos e anti-hipertensivos, o que torna a escassez da farmácia um dos maiores problemas na resolutividade da equipe.

Muitas outras ações como essa podem ser desenvolvidas em todas as unidades da cidade e com uma breve capacitação e poucos recursos, grandes danos à saúde podem ser prevenidos resultando em economia o orçamento anual. Ao ajudar a melhorar o HiperDia dessa unidade, ajudamos não apenas a evitar o número de internações e despesas com medicamentos, como aprimoramos a qualidade de vida desses pacientes. Se a gestão incentivar mais ações como essa, voltadas por exemplo, pra saúde da criança, saúde do idoso e atenção ao pré-natal, ela contribuirá para ampliar a rede de melhorias na assistência à saúde do município e alcançará um grande nível de satisfação do usuário.

4.4. Relatório de intervenção para comunidade

A necessidade de mudar a maneira como os usuários com hipertensão e diabetes eram conduzidos na unidade de Saúde de Parque dos Coqueiros, em Natal-RN era urgente, por isso realizar um projeto em cima do programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético (HiperDia) tornou-se uma prioridade para a equipe que conduziu este trabalho e por isso algumas mudanças nos horários de atendimentos durante o período da intervenção, entre outubro e dezembro de 2013, foram tomadas, o que exigiu grande compreensão de todos os usuários envolvidos. Agora, após três meses de intervenção é chegada a hora de fazermos um balanço sobre esse projeto e mostrar para a comunidade o que ele representou e quais os benefícios que trouxe.

Antes dele, haviam ações isoladas de promoção a saúde como grupo de caminhadas e palestras, mas isso não era vinculado a um programa bem determinado de registro e seguimento clínico. Em virtude disso, muitos usuários compareciam a unidade, renovavam suas receitas, mas não possuíam registros adequados ou a caderneta do programa, não seguiam uma rotina de acompanhamento de complicações que poderiam ocorrer se não fossem pesquisadas periodicamente. Em resumo, não eram acompanhados como deveriam ser, ficando dependentes de encaminhamentos para especialistas para algo que poderia e deveria ser resolvido na unidade.

Essa realidade passou e conseguimos aumentar a cobertura de atenção a esses usuários, mesmo que pra isso tenha sido exigido certo sacrifícios como: comparecer a outro lugar do usual de atendimentos, solicitar que trouxessem documentos e realizar várias medidas do abdome, braço, altura e peso.

Nossa comunidade passou a contar com consultas médicas regulares, exames solicitados com critério, atualização de riscos e investigação adequadas das complicações dessas doenças. Todos os usuários passaram a ter a caderneta do programa, o que facilitou o acompanhamento dos níveis pressão arterial com mais exatidão. Além disso, os usuários passaram a ser verdadeiramente monitorizados, com consultas agendadas com periodicidade e a busca daqueles faltosos. Muitos dos participantes estavam com seus dados desatualizados, com esse trabalhos conseguimos modificar essa realidade

Muitos usuários diabéticos não havia feito exame físico dos pés e muitos desconheciam várias orientações para evitar ferimentos, fato que foi mudado com a intervenção. Também encontramos vários deles descompensados quanto ao nível açúcar no sangue e que por necessidade, iniciaram o uso de insulina, tendo sido ensinados a se medicarem e com isso a melhorar de muitos sintomas. Além disso encontramos vários diabéticos que nunca tinham feito exames para alterações dessa doença, como cegueira, dor nos ossos e problemas nos rins.

Por fim, desejamos nosso sincero agradecimento a todos os usuários que nos ajudaram a melhorar nosso trabalho, contribuindo não apenas para o seu próprio bem estar, como para toda comunidade, fortalecendo o engajamento político e a criação de atores sociais, ajudando a deixar um trabalho que poderá ser compartilhado por todos em um futuro próximo, pois o projeto continuará e poderá ser, em breve, ampliado para outras equipes.

5. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Longos meses decorreram desde o início dessa especialização e muito esforço foi necessário para elaboração de todo um projeto de intervenção que

foi construído paulatinamente, cercado por uma análise minuciosa de vários aspectos do território em que ele seria aplicado e desenvolvido.

Apesar das várias dificuldades ao longo do processo, que envolveram barreiras na estrutura física e humana da unidade, foi possível moldar uma ação que serviu para melhorar a assistência à saúde daquela comunidade. Mais do que isso, serviu também para mudar o pensar dos profissionais envolvidos, trazendo uma injeção de ânimo e perspectiva para aqueles trabalhadores.

Tais perspectivas também se aplicam à comunidade, que presenciou o começo da substituição de uma estrutura de atendimento já ultrapassada para uma nova, mais acolhedora e resolutiva. Além disso, o projeto ajudou a mostrar para a gestão que é possível desenvolver grandes ações que promovam saúde e acompanhamento clínico, sem envolver grandes montantes de verbas municipais. Sem dúvida, espero sinceramente que esse projeto possa ser visto como precursor de mais ações programáticas em outros seguimentos da unidade.

Refletindo sobre o ano de trabalho decorrido, posso afirmar que este trabalho foi de grande importância para meu aprendizado e crescimento pessoal, contribuindo para o aprimoramento do meu raciocínio clínico, minha relação com meus pacientes e para o meu firmamento profissional, ajudando a me estabelecer como médico não apenas para aquela comunidade, mas para mim mesmo.

Por isso, sou grato a todas as pessoas nele envolvidas, que me ajudaram a torná-lo realidade, desejando aqui meus mais sinceros votos de paz, sabedoria e alegria no trabalho e na vida. Que todos não se deixem levar pelas dificuldades do dia a dia e dos percalços que envolvem especialmente a atenção básica brasileira. Essa, sem dúvida, necessita de todo nosso ânimo para sustentá-la e elevá-la a um novo patamar de qualidade de um atendimento, o qual imprima humanização e amor ao próximo e que nos transforme em cidadãos cada vez mais conscientes e voltados para o bem.

6. Referências

1. AZAMBUJA M.I.R.; FOPPA, M; MARANHÃO, M.C.; ACHUTTI, A.C. **Impacto econômico dos casos de doença cardiovascular grave no Brasil: uma estimativa baseada em dados secundários.** Arq Bras Cardiol. 2008;91(3): 163-71
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília. 2013. 160 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília. 2013. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)
4. FERREIRA, C.L.R.A e FERREIRA, M.G. **Características de pacientes diabéticos da rede pública de saúde: análise a partir de do sistema HiperDia.** Arq. Bras. Endocrinol. Metab. 2009, vol. 53: 80-86.
5. Ministério da Saúde. **Fórum Global das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis.** Coordenação-geral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis; 2004
6. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **VI Diretriz Brasileira de Hipertensão.** Rev. Bras. Hiper. 2010.17(1).

Apêndice

Carta Convite

Caro usuário, estamos realizando uma atividade que pretende melhorar a atenção aos hipertensos e diabéticos, acompanhados pela equipe 91 da Unidade de Saúde de Parque dos Coqueiros. Esta carta é para convidá-lo a comparecer a Igreja do Nazareno, na próxima quarta-feira, pela manhã, portando seu documento de Identidade, CPF e Cartão SUS, além dos seus exames mais atuais para atualização de seus de seus dados e melhor seguimento clínico.

Contamos com sua ajuda e aguardamos sua presença ansiosamente.

Atenciosamente,

Equipe 91, UBS Parque dos Coqueiros

Anexos

Anexo 1 – Planilha de objetivos, metas e ações (OMIA)

Objetivo Geral: Melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus.						
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	METAS	INDICADORES	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	EIXOS		
				ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO	ENGAJAMENTO PÚBLICO	QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA
1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos	1.1. Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde	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. (123) Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde. (222) etc.	• Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde	• Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa. • Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS. • Garantir material adequado para tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.	• Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. • Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. • Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. • Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.	• Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde. • Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
	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	1.2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. (46) Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde (64) etc.	• Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde	• Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa. • Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de diabetes. • Garantir material adequado para realização de hemoglicose na unidade de saúde.	• Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. • Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos). • Esclarecer aos portadores de hipertensão e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.	• Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde. • Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização de hemoglicose em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
2. Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa	2.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.	2.1. Proporção de hipertensos faltosos com a consulta médica com busca ativa. Numerador: Número de hipertensos faltosos à consulta médica com busca ativa. (53) Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas. (222) 23,8%	• Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).	• Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos. • Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.	• Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.	• Treinar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
	2.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde	2.2. Proporção de diabéticos faltosos com a consulta médica com busca ativa. Numerador: Número de diabéticos faltosos à consulta médica com busca ativa. Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas. (64) 21,85%	• Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas	• Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos	• Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.	• Treinar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
A	B	C	D	E	F	G
	3.5. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.	3.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. (186) Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. (54)	Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.	• Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. • Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.	• Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.	• Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão. • Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
	3.6. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.	3.5. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. (54) Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. (54)	Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.	• Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. • Manter um registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.	• Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.	• Realizar atualização do profissional no tratamento do diabetes. • Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
4. Melhorar o registro das informações	4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.	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. (106) Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde. (222) 47,74%	• Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.	• Manter as informações do SIAB atualizadas. • Implantar planilha registro específico de acompanhamento. • Pactuar com a equipe o registro das informações. • Definir responsável pelo monitoramento registros. • Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo, e o estado de saúde atualizado.	• Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.	• Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso. • Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.
	4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.	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. (14) Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde. (64) 21,85%	• Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.	• Manter as informações do SIAB atualizadas. • Implantar planilha registro específico de acompanhamento. • Pactuar com a equipe o registro das informações. • Definir responsável pelo monitoramento registros. • Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de	• Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.	• Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do diabético. • Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular	5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.	5.1. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular. Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular. (47) Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde. (222) 21,17%	• Monitorar o número de pacientes hipertensos com verificação de pelo menos uma verificação de estratificação de risco por ano.	• Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco. • Manter a agenda para o atendimento desta demanda.	• Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular. • Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).	• Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de testes em órgãos alvo. • Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação. • Capacitar a equipe para as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.
	5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.	5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular. Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular. (14) Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde. (64) 21,85%	• Monitorar o número de pacientes diabéticos com realização de pelo menos uma verificação na estratificação de risco por ano.	• Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco. • Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.	• Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular. • Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).	• Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de testes em órgãos alvo, em especial a avaliação do pé. • Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação. • Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. • Capacitar a equipe para a
6. Desenvolver						

6.3. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.	6.3. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável. (136) Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.	• Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.	• Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável. • Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.	• Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.	• Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável. • Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
6.4. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.	6.4. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável. (54) Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde. (64) 84,38%	• Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos	• Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável. • Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.	• Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.	• Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável. • Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
6.5. Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes hipertensos.	6.5. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular. Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular. (136) Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.	• Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.	• Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física. • Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.	• Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.	• Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular. • Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
6.6. Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes diabéticos.	6.6. Proporção de diabéticos com orientação sobre prática de atividade física regular. Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular. (54) Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.	• Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.	• Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física. • Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.	• Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.	• Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular. • Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
6.7. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.	6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo. Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. (136) Denominador: Número de hipertensos	• Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.	• Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".	• Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.	• Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas. • Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
6.8. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos	6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos	• Monitorar realização de orientação sobre riscos do	• Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento	• Orientar os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o	• Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes

Anexo 2 – Planilha de coleta de dados

Informações da sua UBS:	Marque com X	
	SIM	NÃO
Existe protocolo para atenção ao hipertenso ou diabético?	X	
É adotada a Caderneta do hipertenso ou diabético?	X	
Existe registro específico para a atenção ao hipertenso ou diabético?		X
É realizado agendamento / agendamento das consultas ao hipertenso ou diabético?	X	
As informações são monitoradas regularmente?	X	
É realizada busca ativa dos hipertensos ou diabéticos que não comparecem às consultas?	X	
É feita avaliação periódica do programa de atenção ao hipertenso ou diabético?		X
Os dados são utilizados para o planejamento das ações?	X	

OBSERVAÇÕES
Pode ser protocolo do Ministério da Saúde ou de outra instituição.
Considere a caderneta oficial do Ministério da Saúde.
Além do prontuário, assinale se existe ficha espelho ou ficha sombra do Cartão do hipertenso / diabético ou Ficha do Programa de Atenção aos hipertensos.
Considere se os hipertensos ou diabéticos são informados sobre a data de retorno na UBS e o agendamento deste retorno (dia e horário).
Considere a revisão das fichas (registros) para monitorar os hipertensos ou diabéticos faltosos.
Considere se é feito contato (visita domiciliar, telefone, ...) com os hipertensos ou diabéticos para avisar sobre a necessidade de retorno ao serviço de saúde.
Considere se periodicamente (ex: mensal, trimestre, semestre ou anual) os dados são reunidos e discutidos pela equipe.
Assinale se a equipe ou a gestão utiliza os dados para subsidiar o planejamento de ações dirigidas aos hipertensos ou diabéticos.

HIPERTENSOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção	49	70	93	
DIABÉTICOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada mês da intervenção	15	26	33	

OBSERVAÇÕES
Considere as pessoas que são APENAS HIPERTENSOS residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao hipertenso. Você pode obter este dado contando as fichas de hipertensos / fichas espelho / fichas sombra.

Considere as pessoas que são APENAS DIABÉTICOS residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao diabético.

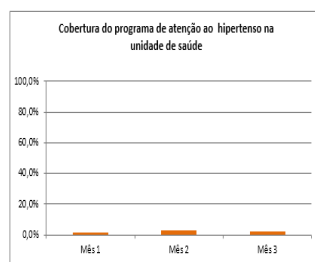
Apresentação	Orientações	Dados da UBS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Indicadores	Plan1	(+)
--------------	-------------	--------------	-------	-------	-------	-------------	-------	-----

<table border="1"> <thead> <tr> <th>HIPERTENSOS</th> <th>Mês 1</th> <th>Mês 2</th> <th>Mês 3</th> <th>Mês 4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção</td> <td>49</td> <td>70</td> <td>93</td> <td></td> </tr> <tr> <th>DIABÉTICOS</th> <th>Mês 1</th> <th>Mês 2</th> <th>Mês 3</th> <th>Mês 4</th> </tr> <tr> <td>Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada mês da intervenção</td> <td>15</td> <td>26</td> <td>33</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	HIPERTENSOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção	49	70	93		DIABÉTICOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada mês da intervenção	15	26	33		<table border="1"> <thead> <tr> <th>OBSERVAÇÕES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Considere as pessoas que são APENAS HIPERTENSOS residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao hipertenso. Você pode obter este dado contando as fichas de hipertensos / fichas espelho / fichas sombra.</td> </tr> <tr> <td>Considere as pessoas que são APENAS DIABÉTICOS residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao diabético.</td> </tr> </tbody> </table>	OBSERVAÇÕES	Considere as pessoas que são APENAS HIPERTENSOS residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao hipertenso. Você pode obter este dado contando as fichas de hipertensos / fichas espelho / fichas sombra.	Considere as pessoas que são APENAS DIABÉTICOS residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao diabético.
HIPERTENSOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4																				
Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção	49	70	93																					
DIABÉTICOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4																				
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada mês da intervenção	15	26	33																					
OBSERVAÇÕES																								
Considere as pessoas que são APENAS HIPERTENSOS residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao hipertenso. Você pode obter este dado contando as fichas de hipertensos / fichas espelho / fichas sombra.																								
Considere as pessoas que são APENAS DIABÉTICOS residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao diabético.																								
<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)</td> <td>189</td> </tr> <tr> <td>Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)</td> <td>61</td> </tr> </tbody> </table>	Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)	189	Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)	61	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Considere o total de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao hipertenso na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.</td> </tr> <tr> <td>Considere o total de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao diabético na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.</td> </tr> </tbody> </table>	Considere o total de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao hipertenso na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.	Considere o total de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao diabético na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.																	
Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)	189																							
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)	61																							
Considere o total de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao hipertenso na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.																								
Considere o total de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao diabético na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">*Estimativa no território</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>População total</td> <td>2589</td> </tr> <tr> <td>Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da população total)</td> <td>1734,63</td> </tr> <tr> <td>Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22,7%) (VIGITEL, 11)</td> <td>394</td> </tr> <tr> <td>Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (5,6%) (VIGITEL, 11)</td> <td>97</td> </tr> </tbody> </table>	*Estimativa no território		População total	2589	Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da população total)	1734,63	Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22,7%) (VIGITEL, 11)	394	Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (5,6%) (VIGITEL, 11)	97	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.</td> </tr> <tr> <td>Este seria o número total estimado de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C19.</td> </tr> <tr> <td>Este seria o número total estimado de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C20.</td> </tr> </tbody> </table>	Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.	Este seria o número total estimado de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C19.	Este seria o número total estimado de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C20.										
*Estimativa no território																								
População total	2589																							
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da população total)	1734,63																							
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22,7%) (VIGITEL, 11)	394																							
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (5,6%) (VIGITEL, 11)	97																							
Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.																								
Este seria o número total estimado de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C19.																								
Este seria o número total estimado de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C20.																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Apresentação</th> <th>Orientações</th> <th>Dados da UBS</th> <th>Mês 1</th> <th>Mês 2</th> <th>Mês 3</th> <th>Indicadores</th> <th>Plan1</th> <th>(+)</th> </tr> </thead> </table>	Apresentação	Orientações	Dados da UBS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Indicadores	Plan1	(+)															
Apresentação	Orientações	Dados da UBS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Indicadores	Plan1	(+)																

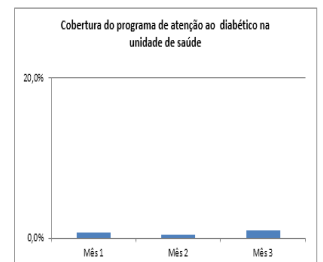
Indicadores HAS e DM - Mês 1									
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Todos os medicamentos são da lista do Hipertida ou da Farmácia Popular?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente realizou avaliação odontológica?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1	1								
2	2								
3	3								
4	4								
5	5								
6	6								
7	7								
8	8								
9	9								
10	10								
11	11								
12	12								
13	13								
14	14								
15	15								
16	16								

INDICADORES

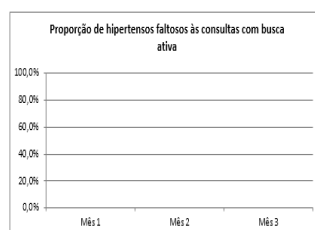
	Mês 1	Mês 2	Mês 3
Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde	14%	2,8%	2,3%
Numerador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UES	30	60	50
Denominador: Número total de residentes com 20 anos ou mais na área de abrangência da unidade de saúde	2154,05	2154,05	2154,05



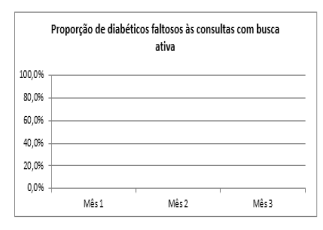
	Mês 1	Mês 2	Mês 3
Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde	0,7%	0,5%	0,3%
Numerador: Número total de diabéticos residentes na área e acompanhados na UES	15	10	20
Denominador: Número total de residentes com 20 anos ou mais na área de abrangência da unidade de saúde	2154,05	2154,05	2154,05



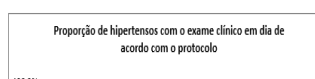
	Mês 1	Mês 2	Mês 3
Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
Numerador: número de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa	0	0	0
Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram às consultas	0	0	0



	Mês 1	Mês 2	Mês 3
Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
Numerador: número de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa	0	0	0
Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram às consultas	0	0	0



	Mês 1	Mês 2	Mês 3
Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	0,0%	0,0%	0,0%



	Mês 1	Mês 2	Mês 3
Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	0,0%	0,0%	0,0%

