

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL**

Especialização em Saúde da Família

Modalidade a Distância



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Qualificação da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes da USF  
de Bairro Novo, em São José do Mipibú-RN**

Teresa Monte de Hollanda Fernandes

Pelotas, 2015

Teresa Monte de Hollanda Fernandes

**Qualificação da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes da USF  
de Bairro Novo, em São José do Mipibú-RN**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de  
Especialização em Saúde da Família  
da Universidade Federal de Pelotas,  
como requisito parcial para obtenção  
do título de Especialista em Saúde da  
Família.

Orientadora: Dariane dos Santos Oleiro

Pelotas/RS-2015

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

F363q Fernandes, Teresa Monte de Hollanda

Qualificação da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes da USF de Bairro Novo, em São José do Mipibú-RN / Teresa Monte de Hollanda Fernandes; Dariane Dos Santos Oleiro, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

104 f. : il.

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

1.Saúde da Família. 2.Atenção Primária à Saúde. 3.Doença Crônica. 4.Diabetes Mellitus. 5.Hipertensão. I. Oleiro, Dariane Dos Santos, orient. II. Título

CDD : 362.14

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

## **Dedicatória**

Dedico esse trabalho à minha família que sempre esteve presente em todos os momentos da minha vida.

## **Agradecimentos**

Agradeço à toda a equipe da Unidade de Saúde da Família Bairro Novo pela disponibilidade de participar dessa intervenção em saúde, mesmo sabendo que ao aceitar esse projeto algumas teríamos muitos desafios.

À equipe UFPel, em especial a Dariane dos Santos Oleiro, por toda a paciência nos momentos em que mais precisei. Os desafios em uma orientação à distância são muitos, mas a senhora cumpriu com o seu papel.

À minha família que suportou a minha ausência em momentos importantes.

## Resumo

FERNANDES, Teresa Monte de Hollanda. **Melhoria do Programa de Atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes da Unidade de Saúde da Família de Bairro Novo, em São José do Mipibú-RN**, 2015 103f. Trabalho de conclusão de Curso - Especialização em Saúde da Família, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

O notável envelhecimento da população brasileira tem causado também mudanças no processo saúde-doença-cuidado dessa população. Sendo assim, se por um lado o Brasil ainda continua com problemas relacionados à desnutrição, a mortalidade materna e mortes por causas evitáveis, por outro há uma expansão das doenças crônicas não transmissíveis e seus respectivos fatores de risco. E, dentre essas doenças, surgem a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a diabetes mellitus (DM). Por isso, o objetivo desse trabalho é melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos da Unidade de Saúde da Família (USF) de Bairro Novo no município de São José do Mipibú. Para isso, foi realizada uma intervenção em saúde nessa unidade de saúde, com duração de 3 meses. Ela foi elaborada a partir dos eixos estruturantes: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço de saúde, engajamento público, qualificação da prática clínica. Os dados foram coletados e transformados em indicadores de qualidade e posteriormente em figuras sob forma de gráficos. O resultados indicaram que 100% dos usuários com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus foram submetidos a estratificação de risco cardiovascular, mesma proporção encontrada para os registros adequados na ficha de acompanhamento. Ao final da intervenção a cobertura do programa de atenção para HAS foi de 62,6% e de 56,4% para os usuários com DM. E, neste mesmo período, a proporção de usuários com exames complementares em dia foi de 67,6% para os usuários com HAS e 78,8% para aqueles com DM. A proporção dos usuários com medicamentos prescritos da Farmácia Popular/HIPERDIA foi de 99,3% para aqueles com HAS e 98,5% para os usuários com diagnóstico de DM. Além disso, a proporção de usuários com exame clínico em dia para os usuários com HAS foi de 92,3% e com DM foi de 95,5%. Contudo, diversos são os fatores que interferem nos indicadores de qualidade para que eles sejam satisfatórios ou não. Mas, os resultados desejáveis estão associados às mais diversas dimensões do cuidado, que incluem o acesso aos medicamentos, à

relação entre o profissional de saúde e o usuário, assim como esses últimos aderem à proposta terapêutica. Portanto, ao elaborar uma intervenção abordando a DM e a HAS, não há como não considerar todos esses fatores que interferem diretamente no sucesso da terapêutica.

**Palavras-Chave:** Estratégia de Saúde da Família; Hipertensão arterial sistêmica; Diabetes Mellitus; Atenção primária em saúde.

## Lista de figuras

Figura 1	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na USF Bairro Novo. São José do Mipibú/RN. 2014.	74
Figura 2	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao diabético na USF Bairro Novo. São José do Mipibú/RN. 2014.	75
Figura 3	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na USF Bairro Novo. São José do Mipibú/RN. 2014.	75
Figura 4	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na USF Bairro Novo. São José do Mipibú/RN. 2014.	76
Figura 5	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na USF Bairro Novo. São José do Mipibú/RN. 2014.	77
Figura 6	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na USF Bairro Novo. São José do Mipibú/RN. 2014.	77
Figura 7	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na USF Bairro Novo. São José do Mipibú/RN. 2014.	78



Figura 8	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na USF Bairro Novo. São José do Mipibú/RN. 2014.	78
Figura 9	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa USF Bairro Novo. São José do Mipibú/RN. 2014.	79
Figura 10	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa USF Bairro Novo. São José do Mipibú/RN. 2014.	80
Figura 11	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na USF Bairro Novo. São José do Mipibú/RN. 2014.	80
Figura 12	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na USF Bairro Novo. São José do Mipibú/RN. 2014.	81
Figura 13	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na USF Bairro Novo. São José do Mipibú/RN. 2014.	82
Figura 14	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na USF Bairro Novo. São José do Mipibú/RN. 2014	82
Figura 15	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na USF Bairro Novo. São José do Mipibú/RN. 2014	83
Figura 16	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na USF Bairro Novo. São José do Mipibú/RN. 2014	83

Figura 17	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física na USF Bairro Novo. São José do Mipibú/RN. 2014.	84
Figura 18	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física na USF Bairro Novo. São José do Mipibú/RN. 2014.	84
Figura 19	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na USF Bairro Novo. São José do Mipibú/RN. 2014.	85
Figura 20	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na USF Bairro Novo. São José do Mipibú/RN. 2014.	85
Figura 21	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal na USF Bairro Novo. São José do Mipibú/RN. 2014.	86
Figura 22	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal na USF Bairro Novo. São José do Mipibú/RN. 2014.	86
Figura 23	Foto indicativa da aferição de pressão arterial sistêmica realizada pela técnica de Enfermagem da equipe da Estratégia de Saúde da Família de Bairro Novo em São José do Mipibú/RN.	93
Figura 24	Foto indicativa da primeira reunião do grupo HIPERDIA da Unidade de Estratégia de Saúde da Família de Bairro Novo. São José do Mipibú –RN. 2014	94

## **Lista de Abreviaturas/Siglas**

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PROVAB	Programa de valorização do profissional da atenção básica
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
USF	Unidade de Saúde da Família

## Sumário

	<b>Apresentação</b>	13
<b>1</b>	<b>Análise situacional</b>	14
1.1	Situação da ESF/APS	14
1.2	Relatório de Análise Situacional	15
1.3	Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório de Análise Situacional	18
<b>2</b>	<b>Análise estratégica – Projeto de Intervenção</b>	20
2.1	Justificativa	20
2.2	Objetivos e metas	21
2.2.1	Objetivo Geral	21
2.2.2	Objetivos Específicos	21
2.3	Metodologia	23
2.3.1	Ações, detalhamento das ações	23
2.3.2	Indicadores	53
2.3.3	Logística	62
2.3.4	Cronograma	66
<b>3</b>	<b>Relatório da intervenção</b>	67
	As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas,	
<b>3.1</b>	examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente	67
	As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas,	
<b>3.2</b>	descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas	70
	Dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados	
<b>3.3</b>	relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.	70

<b>3.4</b>	Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e a viabilidade da continuidade da ação programática como rotina do serviço, descrevendo aspectos que serão adequados e melhorados para que isso ocorra.	71
<b>4</b>	<b>Avaliação da intervenção</b>	73
4.1	Resultados	73
4.2	Discussão	87
4.3	Relatório da Intervenção para Gestores	89
4.4	Relatório da intervenção para Comunidade	92
<b>5</b>	<b>Reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem</b>	95
<b>6</b>	<b>Referências</b>	97
<b>7</b>	<b>Anexos</b>	98
7.1	Anexo 1 - Ficha espelho	99
7.2	Anexo 2 - Planilha de coleta de dados	101
7.3	Anexo 3 – Documento do Comitê de Ética	103

## **Apresentação**

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi constituído por uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde aos usuários hipertensos e/ou diabéticos da Unidade de Saúde Bairro Novo do município de São José do Mipibú-RN. O volume está organizado em cinco unidades de trabalho sequenciais e interligadas. Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Na quinta e última parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês março, quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de janeiro, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

## 1. ANÁLISE SITUACIONAL

### 1.1 Situação da ESF/APS

A Unidade de Saúde da Família (USF) de Bairro Novo está muito aquém do preconizado. Pois, faltam instrumentos básicos como esfigmomanômetro e sonar. E, quando algum instrumento apresenta defeito, não há estoque para repor. É importante destacar que isso dificulta bastante o trabalho, uma vez que é inviável conduzir usuários hipertensos sem a verificação de pressão arterial ou realizar pré-natal de uma gestante sem fazer a ausculta fetal.

Muitos outros problemas são percebidos, além dos problemas de acessibilidade e as barreiras arquitetônicas. Afinal, na unidade não há nem telefone, nem internet e também não há computador. O sinal de telefone celular é precário e quando recebo algum usuário mais grave é difícil conseguir uma ligação para tentar encaminhá-lo para um serviço de urgência.

Na farmácia falta praticamente tudo, desde uma simples dipirona gotas até anti-hipertensivos básicos como o Captopril. O que existe, na verdade, é uma farmácia popular na região, que é a Farmácia Central, para onde os usuários são encaminhados para adquirir medicamentos que não tem na USF. Vale lembrar que muitos usuários apresentam dificuldade para conseguir transporte, sendo difícil para estes se locomoverem para a farmácia central para adquirir os medicamentos, dificultando o manejo adequado do agravo do usuário.

Por outro lado, alguns materiais que existem na USF são pouco utilizados, como material para sutura e algumas ampolas de medicamentos. Ademais, foram encontrados na farmácia outros medicamentos, como Dopamina, e que na verdade nem deveriam estar lá, pois não são medicamentos utilizados na atenção primária.

Desta forma, destaca-se que a melhor forma de sanar essas dificuldades é relatando o problema à Secretaria Municipal de Saúde, enfatizando a dificuldade de se conduzir os usuários sem estrutura, medicamentos e instrumentos básicos. Afinal, na unidade anteriormente citada, muitas situações já foram reportadas à secretaria Municipal de saúde, mas até agora a equipe não obteve nenhuma solução

concreta. Porém, ressalta-se que está prevista uma reforma na unidade, embora nenhuma data tenha sido divulgada.

Por fim, torna-se importante destacar que a unidade possui uma equipe completa de ESF e as relações interpessoais tornam o ambiente de trabalho muito agradável. Além disso, o atendimento aos usuários é realizado utilizando tecnologias leve e leve-dura, que está em consonância com as necessidades dos usuários durante os atendimentos realizados em Unidades de Saúde da Família.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O município de São José do Mipibú possui 39.776 habitantes e para dar vazão às necessidades de saúde, o município dispõe de 17 Unidades Básicas de Saúde, todas com Estratégia de Saúde da Família, e todas as unidades têm o auxílio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Ademais, o município possui serviço hospitalar, disponibilidade para realização de exames complementares e um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

A Unidade de Saúde da Família de Bairro Novo não possui nenhum vínculo com instituições de ensino. E, concernente à equipe de saúde, a unidade possui 06 agentes comunitários de saúde, 01 enfermeira, 01 médica, 02 técnicas de Enfermagem, 01 arquivista, 01 dentista e 01 auxiliar de dentista.

A estrutura da unidade de saúde da família está sendo reformada. Por isso, o atendimento aos usuários foi deslocado para uma casa alugada e improvisada. Essa mudança acarretou várias perdas temporárias para o efetivo atendimento aos usuários, mas ela é necessária para que a unidade de origem possa ser reformada e posteriormente estar mais adequada ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde para a estrutura física das unidades de saúde. Além disso, a dentista e auxiliar de dentista estão atendendo no CEO por não haver na unidade de saúde improvisada um espaço adequado para que haja atendimento aos usuários.

Torna-se importante ressaltar que durante o preenchimento do Caderno de Ações programáticas, pôde-se observar que a equipe não realizava algumas das atribuições constantes nos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde.



Todavia, muitas das atribuições presentes nesses cadernos eram executadas, mesmo diante da falta de estrutura tão presente na unidade de saúde.

Dentre algumas das ações que não eram executadas pelos profissionais da equipe da unidade estão a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico para hipertensos e/ou diabéticos; E, a palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso, assim como a medida da sensibilidade do pés nos últimos 3 meses também. Já a avaliação de saúde bucal só era realizada em 9% dos usuários. E, o motivo pelo qual esses procedimentos não eram realizados era o desconhecimento das técnicas.

A população da área adscrita é de aproximadamente 3100 pessoas e está adequada para uma única equipe de saúde da família. Afinal, de acordo com o Ministério da Saúde, uma equipe de saúde da família deve abranger entre 3000 e 4000 pessoas.

A unidade de saúde possui uma forma de agendamento prévio, porém alguns usuários que não o fizeram chegam à unidade nas primeiras horas do dia para ter acesso a uma ficha de atendimento. Todavia, não há nenhum tipo de escuta acerca da demanda do usuário e, dessa forma, alguns indivíduos com demandas mais urgentes podem não ser atendidos quando o número de fichas é ultrapassado.

Na unidade de saúde existem 46 crianças acompanhadas pela equipe de um total de 47 cadastradas. Sendo assim, a taxa de cobertura encontrada foi de 98%. As ações executadas pela equipe, conforme foi identificado no caderno de ações programáticas, está próximo ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde. Ressalta-se que a triagem auditiva (0%) não é realizada na unidade de saúde e que o teste do pezinho até sete dias de vida também apresentou baixa taxa (17%). Esses valores podem estar relacionados à ausência de recursos humanos e materiais para que essas triagens pudessem ser realizadas na própria unidade de saúde.

Com relação ao pré-natal, embora a taxa de cobertura tenha sido de 69%, os indicadores de qualidade avaliados no caderno de ações programáticas podem ser considerados como muito bons. Pois, dos 09 indicadores, 06 apresentaram valor igual a 100%. E, embora o indicador relacionado à saúde bucal tenha apontado a taxa de 27%, esse pode estar relacionado à ausência de alguns dados em virtude

das reformas na unidade de saúde e o deslocamento da equipe de saúde bucal para o CEO.

Para os indicadores de câncer do colo do útero e do câncer de mama, a unidade possui uma taxa de cobertura de 17% e 21%, respectivamente. Todavia, os indicadores de qualidade foram muito bons. Um ponto relevante relacionado ao câncer de mama é que embora haja no município uma alta disponibilidade para realização de exames por imagem, apenas uma pequena parcela de mulheres elegíveis está com a mamografia em atraso. E, para o câncer do colo do útero, apenas 05 mulheres de um total de 136 apresentaram exame citopatológico para câncer do colo de útero alterado.

Ademais, estão cadastrados na unidade 227 hipertensos e 48 diabéticos. E, para esse grupo específico, há na unidade a adesão ao Programa de HIPERDIA do Ministério da Saúde. Todavia, quando os indicadores de qualidade foram analisados, pode-se observar que há uma grande dissonância do que é preconizado pelos Cadernos de Atenção Básica para Doenças Crônicas, tanto para hipertensão quanto para diabetes. Torna-se importante ressaltar que, como é comum nas doenças crônicas, muitos dos usuários não aderem totalmente às terapêuticas propostas pelos profissionais. Além disso, a equipe observa uma baixa adesão ao grupo do Hiperdia. Sendo assim, muitos dos usuários só comparecem à unidade de saúde para que tenham suas prescrições de medicamentos renovadas.

A unidade dispõe de um atuante grupo de idosos e toda a equipe da unidade participa das atividades desse grupo e há uma boa assiduidade dos usuários. Mas, avaliando o caderno de ações programáticas, observou-se que o atendimento clínico ao idoso apresentava algumas dissonâncias do que seria o ideal. Indicadores de qualidade importantes como a avaliação de risco para morbidade e a investigação de indicadores de fragilização na velhice tiveram taxas de 5% e 0%.

Por fim, ressalta-se que um grande desafio que a unidade apresenta é a estrutura física para a realização do atendimento aos usuários. Além disso, alguns equipamentos que são essenciais para o adequado atendimento clínico dos usuários não estão disponíveis para os profissionais, como é o caso do kit de monofilamentos para teste de sensibilidade nos pés dos idosos. Já com relação aos recursos

humanos, a equipe está formada de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

Diante do que foi exposto, conclui-se que dentre as ações programáticas analisadas, os indicadores de qualidade que apresentaram mais fragilidade foram aqueles relacionados às doenças crônicas e à saúde da pessoa idosa. E, essa observação pode relacionar-se ao fato de que essas duas ações programáticas exigem um acompanhamento do usuário por longos anos. E, a tendência do usuário com o passar do tempo é afastar-se da terapêutica por considerar que já pode ter o controle do processo saúde-doença-cuidado sozinho, sem auxílio dos profissionais da equipe.

### **1.3 Comentário comparativo entre a situação da estratégia de saúde da família e o Relatório da análise situacional**

A situação da ESF e o relatório de análise situacional apresentam diferentes pontos do cenário da atenção básica no município de São José do Mipibú, e mais especificamente, na unidade de Bairro Novo. Afinal, se por um lado faltam materiais básicos para o exercício profissional, como foi apontado na situação da ESF, por outro há um número de profissionais de saúde compatível com a área adscrita.

Além disso, ressalta-se que a unidade logo no início do programa passou por reformas na estrutura física, o que dificultou muito a realização de algumas atividades previstas pela especialização vinculada ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB).

Entretanto, ao ler o relatório da análise situacional, pode-se perceber que embora a unidade de saúde cumpra com diversas ações programáticas que são preconizadas pelo Ministério da Saúde, nenhuma delas é realizada de forma ideal, como é o caso da atenção ao usuário hipertenso e/ou diabético.

Todavia, destaca-se que o não cumprimento está vinculado tanto ao exercício profissional com distorções do que é preconizado pelos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde como é o caso da não realização da estratificação de risco cardiovascular, quanto pela não participação da população nas atividades realizadas pela unidade de saúde.

Ademais, é importante destacar o papel fundamental da Secretaria Municipal de Saúde de São José do Mipibú. Pois, se por um lado há um esforço para que as

ações de atenção à saúde sejam bem executadas, por outros existem entraves que as impedem. Afinal, o município não dispõe de muitos exames laboratoriais. E, exames simples como um hemograma, podem demorar até dois meses para que o resultado seja entregue ao usuário, o que pode comprometer o seguimento e a terapêutica elaborada para o usuário.

Por fim, ao analisar o relatório da análise situacional, observa-se a necessidade de intervir nas ações programáticas desenvolvidas pela unidade de saúde da família para que elas se aproximem mais do que é preconizado pelos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

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

### **2.1 Justificativa**

O notável envelhecimento da população brasileira tem causado também mudanças no processo saúde-doença-cuidado dessa população. Sendo assim, se por um lado o Brasil ainda continua com problemas relacionados à desnutrição, a mortalidade materna e mortes por causas evitáveis, por outro há uma expansão das doenças crônicas não transmissíveis e seus respectivos fatores de risco. E, dentre essas doenças, surgem a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a diabetes mellitus (DM) que estão fortemente relacionadas com o tabagismo, a inatividade física, a alimentação inadequada, assim como ao sobrepeso e a obesidade.

A unidade de saúde conta com uma equipe completa da ESF, com 6 agentes comunitários de saúde e o auxílio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). E, a estrutura física da unidade tem diversas distorções do que seria ideal para uma Unidade de Saúde da Família, inclusive pela falta de alguns equipamentos e medicamentos que são essenciais na atenção básica.

A escolha da intervenção envolvendo as ações programáticas da HAS e da DM se justifica em virtude das discordâncias verificadas na realização do exame clínico realizado com o que é preconizado no Caderno de Atenção Básica: estratégias para o cuidado de pessoas com doença crônica. Sendo assim, além de aumentar a cobertura é preciso que o indivíduo efetivamente atendido no serviço, tenha um atendimento com a qualidade compatível com o que é definido pelo Ministério da Saúde. Ademais, destaca-se a importância epidemiológica que as doenças cardiovasculares têm em todo o território brasileiro e, não destoante disso, no município de São José do Mipibú e a relação direta com as doenças crônicas como hipertensão e diabetes.

Diante do que foi exposto, a importância do desenvolvimento de uma intervenção que contemple as doenças crônicas como HAS e DM provém da necessidade intervir precocemente na história natural das doenças e, quem sabe, reduzir os índices de morbimortalidade encontradas no município. Pois, o curso

dessas doenças está intimamente relacionado ao correto manejo dos profissionais da unidade de saúde da família, e a adesão dos usuários ao tratamento proposto

## **2.2 Objetivos e Metas**

### **2.2.1 Objetivo Geral**

Melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos da USF de Bairro Novo no município de São José do Mipibú.

### **2.2.2 Objetivos Específicos**

1. Objetivo: Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos.
  - Meta 1.1: Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
  - Meta 1.2: Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
2. Melhorar a qualidade na atenção a diabéticos e hipertensos na ESF.
  - Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
  - Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.
  - Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
  - Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
  - Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
  - Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

3. Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa do HIPERDIA.

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

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

4. Melhorar o registro das informações.

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

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

5. Identificar os usuários com diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes mellitus que tenham risco de doença cardiovascular.

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

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

6. Promover a saúde dos hipertensos e/ou diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

### **2.3.1 Ações e Detalhamento das Ações.**

As ações e os detalhamentos das ações serão discutidos abaixo de acordo com cada um objetivos específicos propostos.

- Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos.
- Meta: 1.1: Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
  - Eixo Monitoramento e Avaliação
    - Ação 1: Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
    - Detalhamento da Ação 1: Acompanhar semanalmente o número de usuários cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
  - Eixo Organização e Gestão do Serviço
    - Ação 2: Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.
    - Detalhamento da Ação 2: Será utilizado um livro ata, com páginas numeradas, para que todos os membros da equipe da ESF possam se certificar que um determinado usuário foi efetivamente cadastrado no programa, ou se há alguma pendência impeditiva para tal ação.



- Ação 3: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde
  - Detalhamento da Ação 3: Criar um check-list para que materiais como esfigmomanômetro, manguitos e fita métrica, estejam disponíveis em todos os turnos da USF. E, caso haja algum dano material que impossibilite a utilização, que toda a equipe seja comunicada e a troca desse possa ser realizada com brevidade.
- Eixo Engajamento Público
- Ação 4: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
  - Detalhamento da Ação 4: Serão realizadas reuniões com lideranças comunitárias, equipe da ESF e o grupo do HIPERDIA para abordar temas relacionados à Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus.
  - Ação 5: Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir de 18 anos, pelo menos, anualmente.
  - Detalhamento da Ação 5: Serão realizadas busca ativa de usuários que tenham fatores de risco relacionados ao desenvolvimento de HAS e de DM para que esses sejam avaliados. E, se houver o diagnóstico de HAS ou de DM, que ele seja realizado precocemente.
  - Ação 6: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
  - Detalhamento da Ação 6: Durante as visitas domiciliares, os agentes comunitários de saúde e os demais membros da equipe da ESF irão abordar a HAS como fator de risco para a DM.

- Ação 7: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.
- Detalhamento da Ação 7: Durante as consultas realizadas na USF, principalmente as que não sejam do HIPERDIA, os profissionais da ESF irão abordar os fatores de risco para a HAS e a DM.
- Eixo Qualificação da Prática Clínica
  - Ação 8: Capacitar os ACS para o cadastramento dos indivíduos hipertensos residentes em toda a área de abrangência da unidade de saúde.
  - Detalhamento da Ação 8: Será realizada uma oficina de sensibilização e qualificação com todos os ACS da USF. Essa oficina será promovida pelos profissionais médico e enfermeiro da USF.
  - Ação 9: Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
  - Detalhamento da Ação 9: Será realizada uma oficina de sensibilização e qualificação com todos os membros da equipe da USF. Essa oficina será promovida pelos profissionais médico e enfermeiro da USF.
- Meta 1.2: Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
  - Eixo Monitoramento e Avaliação
    - Ação 1: Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde
    - Detalhamento da Ação 1:
  - Eixo Organização e Gestão do Serviço
    - Ação 2: Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa

- Detalhamento da Ação 2: Será utilizado um livro ata, com páginas numeradas, para que todos os membros da equipe da ESF possam se certificar que um determinado usuário foi efetivamente cadastrado no programa, ou se há alguma pendência impeditiva para tal ação.
  - Ação 3: Garantir material adequado para a tomada da medida de glicemia na unidade de saúde esteja disponível na unidade de saúde.
  - Detalhamento da Ação 3: Criar um check-list para que os glicosímetros estejam disponíveis em todos os turnos da USF. E, caso haja algum dano material que impossibilite a utilização, que toda a equipe seja comunicada e a troca desse possa ser realizada com brevidade.
- Eixo Engajamento Público
- Ação 4: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde
  - Detalhamento da Ação 4: Divulgar as ações desenvolvidas pela USF para a comunidade, tanto por meio de material impresso fixado na estrutura física da unidade, quanto nas consultas clínicas realizadas pelos profissionais da equipe da ESF.
- Eixo Qualificação da Prática Clínica
- Ação 5: Capacitar os ACS para o cadastramento dos indivíduos diabéticos residentes em toda a área de abrangência da unidade de saúde.
  - Detalhamento da Ação 5: Será realizada uma oficina de sensibilização e qualificação com todos os ACS da USF. Essa oficina será promovida pelos profissionais médico e enfermeiro da USF.

- Ação 6: Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
  - Detalhamento da Ação 6: Será realizada uma oficina de sensibilização e qualificação com todos os membros da equipe da USF. Essa oficina será promovida pelos profissionais médico e enfermeiro da USF.
  - Ação 7: Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde
  - Detalhamento da Ação 7: Será realizada uma oficina de sensibilização e qualificação com todos os ACS da USF. Essa oficina será promovida pelos profissionais médico e enfermeiro da USF.
  - Ação 8: Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
  - Detalhamento da Ação 8: Será realizada uma oficina de sensibilização e qualificação com o objetivo de ao identificar um usuário com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, qualquer membro da equipe possa realizar o hemoglicoteste. Essa oficina será promovida pelos profissionais médico e enfermeiro da USF.
- Objetivo 2: Melhorar a qualidade na atenção a diabéticos e hipertensos na ESF.
  - Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos
    - Eixo Monitoramento e Avaliação
      - Ação 1: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos
      - Detalhamento da Ação 1: O monitoramento da realização do exame clínico apropriado será realizado a partir do acompanhamento dos itens contemplados na ficha de coleta de dados, que está em consonância com o que é

preconizado pelo Caderno de Atenção Básica: estratégias para o cuidado à pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica.

- Eixo Organização e Gestão do Serviço
  - Ação 2: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos
  - Detalhamento da Ação 2: Será realizada uma oficina de sensibilização e qualificação com todos os membros da equipe da USF utilizando como base o Caderno de Atenção Básica: estratégias para o cuidado à pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica. Essa oficina será promovida pelos profissionais médico e enfermeiro da USF.
  - Ação 3: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde
  - Detalhamento da Ação 3: A oficina de sensibilização e capacitação da equipe da ESF será elaborada a partir do Caderno de Atenção Básica: estratégias para o cuidado à pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica.
  - Ação 4: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
  - Detalhamento da Ação 4: A atualização dos profissionais da equipe acontecerá mensalmente. Além disso, a qualquer momento, todos os membros da equipe poderão conversar sobre quaisquer dúvidas que possam surgir ao longo da intervenção.
  - Ação 5: Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde
  - Detalhamento da Ação 5: Serão solicitadas à Secretaria Municipal de Saúde de São José do Mipibú, 4 versões impressas do Caderno de Atenção Básica: estratégias para o cuidado à pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial

Sistêmica. Essas versões serão distribuídos entre as salas de consultas clínicas e a sala dos ACS.

- Eixo Engajamento Público

- Ação 6: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes de hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Detalhamento da Ação 6: A orientação dos usuários e da comunidade acontecerá durante todas as consultas clínicas que aconteçam na USF, e nos momentos de encontro do grupo do HIPERDIA.

- Eixo Qualificação da Prática Clínica

- Ação 7: Capacitar a equipe para a realização do exame clínico apropriado.
- Detalhamento da Ação 7: A oficina de sensibilização e capacitação da equipe da ESF, no que concerne ao exame clínico apropriado, seguirá o que está preconizado no Caderno de Atenção Básica: estratégias para o cuidado à pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica.

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

- Eixo Monitoramento e Avaliação

- Ação 1: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos.
- Detalhamento da Ação 1: O monitoramento da realização do exame clínico apropriado será realizado a partir do acompanhamento dos itens contemplados na ficha de coleta de dados, que está em consonância com o que é preconizado pelo Caderno de Atenção Básica: estratégias

para o cuidado à pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus.

○ Eixo Organização e Gestão do Serviço

- Ação 2: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos
- Detalhamento da Ação 2: Será realizada uma oficina de sensibilização e qualificação com todos os membros da equipe da USF utilizando como base o Caderno de Atenção Básica: estratégias para o cuidado à pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus. Essa oficina será promovida pelos profissionais médico e enfermeiro da USF.
- Ação 3: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde
- Detalhamento da Ação 3: A oficina de sensibilização e capacitação da equipe da ESF será elaborada a partir do Caderno de Atenção Básica: estratégias para o cuidado à pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus.
- Ação 4: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Detalhamento da Ação 4: A atualização dos profissionais da equipe acontecerá mensalmente. Além disso, a qualquer momento, todos os membros da equipe poderão conversar sobre quaisquer dúvidas que possam surgir ao longo da intervenção.
- Ação 5: Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde
- Detalhamento da Ação 5: Serão solicitadas à Secretaria Municipal de Saúde de São José do Mipibú, 4 versões impressas do Caderno de Atenção Básica: estratégias para o cuidado à pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus. Essas versões serão distribuídos entre as salas de consultas clínicas e a sala dos ACS.

- Eixo Engajamento Público
  - Ação 6: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes de hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
  - Detalhamento da Ação 6: A orientação dos usuários e da comunidade acontecerá durante todas as consultas clínicas que aconteçam na USF, e nos momentos de encontro do grupo do HIPERDIA.
  
- Eixo Qualificação da Prática Clínica
  - Ação 7: Capacitar a equipe para a realização do exame clínico apropriado.
  - Detalhamento da Ação 7: A oficina de sensibilização e capacitação da equipe da ESF, no que concerne ao exame clínico apropriado, seguirá o que está preconizado no Caderno de Atenção Básica: estratégias para o cuidado à pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus.
  
- Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
  
- Eixo Monitoramento e Avaliação
  - Ação 1: Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
  - Detalhamento da Ação 1: O número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados será monitorado quinzenalmente a partir do livro ata do grupo do HIPERDIA, assim como da ficha de coleta de dados.
  - Ação 2: Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.



- Detalhamento da Ação 2: O monitoramento do número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados será realizado quinzenalmente pela análise do prontuário, assim como pelo acompanhamento da ficha de coleta de dados.
- Eixo Organização e Gestão do Serviço
  - Ação 3: Garantir a solicitação dos exames complementares
  - Detalhamento da Ação 3: Os exames complementares serão solicitados em momento oportuno durante a consulta clínica dos usuários. Ademais, os profissionais da equipe acompanharão no livro ata do grupo do HIPERDIA, assim como na ficha de coleta de dados, os usuários que tiveram os exames complementares solicitados. E, no caso dos exames não solicitados, os profissionais da equipe devem justificar o motivo pelo qual os exames não foram solicitados.
  - Ação 4: Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.
  - Detalhamento da Ação 4: Para um melhor acompanhamento dos exames complementares, a evolução dos prontuários dos usuários terá um destaque, exclusivamente na parte dos exames complementares, em verde, amarelo ou vermelho. Desta forma, o verde significará que os exames estão em dia; O amarelo indicará que eles estão próximos de perder a validade; E, serão destacados em vermelho os prontuários dos indivíduos com exames complementares em atraso.
- Eixo Engajamento Público
  - Ação 5: Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares
  - Detalhamento da Ação 5: A orientação dos usuários e da comunidade no que concerne à necessidade de realização de exames complementares acontecerá durante as consultas clínicas que aconteçam na USF, e nos momentos de encontro do grupo do HIPERDIA.

- Ação 6: Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
  - Detalhamento da Ação 6: A orientação dos usuários e da comunidade acontecerá durante as consultas clínicas que aconteçam na USF, e nos momentos de encontro do grupo do HIPERDIA.
- Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
    - Eixo Monitoramento e Avaliação
      - Ação 1: Monitorar a número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde
      - Detalhamento da Ação 1: O número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados será monitorado quinzenalmente a partir do livro ata do grupo do HIPERDIA, assim como da ficha de coleta de dados.
      - Ação 2: Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada
      - Detalhamento da Ação 2: O monitoramento do número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados será realizado quinzenalmente pela análise do prontuário, assim como pelo acompanhamento da ficha de coleta de dados.
    - Eixo Organização e Gestão do Serviço
      - Ação 3: Garantir a solicitação dos exames complementares.
      - Detalhamento da Ação 3: Os exames complementares serão solicitados em momento oportuno durante a consulta clínica dos usuários. Ademais, os profissionais da equipe acompanharão no livro ata do grupo do HIPERDIA, assim

como na ficha de coleta de dados, os usuários que tiveram os exames complementares solicitados. E, no caso dos exames não solicitados, os profissionais da equipe devem justificar o motivo pelo qual os exames não foram solicitados.

- Eixo Engajamento Público

- Ação 4: Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares
- Detalhamento da Ação 4: A orientação dos usuários e da comunidade no que concerne à necessidade de realização de exames complementares acontecerá durante as consultas clínicas que aconteçam na USF, e nos momentos de encontro do grupo do HIPERDIA.
- Ação 5: Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- Detalhamento da Ação 5: A orientação dos usuários e da comunidade acontecerá durante as consultas clínicas que aconteçam na USF, e nos momentos de encontro do grupo do HIPERDIA.

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

- Eixo Monitoramento e Avaliação

- Ação 1: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia.
- Detalhamento da Ação 1: Ao prescrever um medicamento da Farmácia Popular/ Hiperdia, o profissional da equipe da ESF deve orientar o usuário para que, caso não consiga obter o medicamento, ele comunique a equipe para que sejam observados os motivos pelos quais o medicamento não foi adquirido.

- Eixo Organização e Gestão do Serviço
  - Ação 2: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
  - Detalhamento da Ação 2: Colocar no livro ata do programa HIPERDIA os medicamentos prescritos para cada usuário, para que os membros da equipe possam realizar um planejamento para os medicamentos mais prescritos e minimizar a possibilidade de falta desses por atraso na reposição desses medicamentos.
  
- Eixo Engajamento Público
  - Ação 3: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.
  - Detalhamento da Ação 3: A orientação dos usuários e da comunidade no que concerne à necessidade de realização de exames complementares acontecerá durante as consultas clínicas que aconteçam na USF, e nos momentos de encontro do grupo do HIPERDIA.
  
- Eixo Qualificação Clínica
  - Ação 4: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.
  - Detalhamento da Ação 4: A atualização da equipe acontecerá durante as reuniões mensais com toda a equipe. Todavia, qualquer membro pode tirar dúvidas a qualquer momento durante a intervenção.
  - Ação 5: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
  - Detalhamento da Ação 5: A oficina de sensibilização e capacitação da equipe da ESF abordará de forma

sistemática as alternativas para que o usuário tenha acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia.

- Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
  - Eixo Monitoramento e Avaliação
    - Ação 1: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia.
    - Detalhamento da Ação 1: Ao prescrever um medicamento da Farmácia Popular/ Hiperdia, o profissional da equipe da ESF deve orientar o usuário para que, caso não consiga obter o medicamento, ele comunique a equipe para que sejam observados os motivos pelos quais o medicamento não foi adquirido.
  - Eixo Organização e Gestão do Serviço
    - Ação 2: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
    - Detalhamento da Ação 2: Colocar no livro ata do programa HIPERDIA os medicamentos prescritos para cada usuário, para que os membros da equipe possam realizar um planejamento para os medicamentos mais prescritos e minimizar a possibilidade de falta desses por atraso na reposição desses medicamentos.
  - Eixo Engajamento Público
    - Ação 3: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.
    - Detalhamento da Ação 3: A orientação dos usuários e da comunidade no que concerne à necessidade de realização

de exames complementares acontecerá durante as consultas clínicas que aconteçam na USF, e nos momentos de encontro do grupo do HIPERDIA.

- Eixo Qualificação Clínica
  - Ação 4: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.
  - Detalhamento da Ação 4: A atualização da equipe acontecerá durante as reuniões mensais com toda a equipe. Todavia, qualquer membro pode tirar dúvidas a qualquer momento durante a intervenção.
  - Ação 5: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
  - Detalhamento da Ação 5: A oficina de sensibilização e capacitação da equipe da ESF abordará de forma sistemática as alternativas para que o usuário tenha acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia.
- Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa do HIPERDIA.
- Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.
- Eixo Monitoramento e Avaliação
  - Ação 1: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas dos hipertensos previstas no protocolo (consultas em dia).
  - Detalhamento da Ação 1: Para monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas dos hipertensos, conforme está no protocolo, serão observados quinzenalmente o livro ata do grupo do HIPERDIA, assim como a ficha de coleta de dados.

- Eixo Organização e Gestão do Serviço
  - Ação 2: Organizar visitas domiciliares para buscar os hipertensos faltosos
  - Detalhamento da Ação 2: A cada semana e distribuídos por área adscrita, os ACS irão identificar e agendar uma visita domiciliar para os usuários identificados como faltosos às consultas.
  - Ação 3: Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.
  - Detalhamento da Ação 3: A agenda da equipe estará aberta para que semanalmente o ACS possa agendar a visita domiciliar que contará com toda a equipe da ESF.
  
- Eixo Engajamento Público
  - Ação 4: Informar a comunidade hipertensa sobre a importância de realização das consultas.
  - Detalhamento da Ação 4: A orientação dos usuários e da comunidade sobre a importância de realização de consultas clínicas acontecerá durante os momentos de encontro do HIPERDIA, assim como durante as visitas domiciliares.
  - Ação 5: Esclarecer aos portadores de hipertensão e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.
  - Detalhamento da Ação 5: A orientação dos usuários e da comunidade no que concerne à periodicidade preconizada para a realização das consultas acontecerá durante as consultas clínicas que aconteçam na USF, e nos momentos de encontro do grupo do HIPERDIA.
  
- Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.
  
- Eixo Monitoramento e Avaliação

- Ação 1: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas dos diabéticos previstas no protocolo(consultas em dia).
  - Detalhamento da Ação 1:Para monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas dos diabéticos, conforme está no protocolo, serão observados quinzenalmente o livro ata do grupo do HIPERDIA, assim como a ficha de coleta de dados.
- Eixo Organização e Gestão do Serviço
    - Ação 2: Organizar visitas domiciliares para buscar os diabéticos faltosos.
    - Detalhamento da Ação 2: A cada semana e distribuídos por área adscrita, os ACS irão identificar e agendar uma visita domiciliar para os usuários com diagnóstico de diabetes mellitus identificados como faltosos às consultas.
    - Ação 3: Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares
    - Detalhamento da Ação 3: A agenda da equipe estará aberta para que semanalmente o ACS possa agendar a visita domiciliar que contará com toda a equipe da ESF.
- Eixo Engajamento Público
    - Ação 4: Informar a comunidade diabética sobre a importância de realização das consultas.
    - Detalhamento da Ação 4: A orientação dos usuários e da comunidade sobre a importância de realização de consultas clínicas acontecerá durante os momentos de encontro do HIPERDIA, assim como durante as visitas domiciliares.
    - Ação 5: Esclarecer aos portadores de diabetes e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.
    - Detalhamento da Ação 5: A orientação dos usuários e da comunidade sobre a importância de realização de consultas



clínicas com a periodicidade definida pela equipe acontecerá durante os momentos de encontro do HIPERDIA, assim como durante as visitas domiciliares.

- Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.
- Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
  - Eixo Monitoramento e Avaliação
    - Ação 1: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.
    - Detalhamento da Ação 1: O monitoramento da qualidade dos registros dos usuários hipertensos acompanhados na unidade será realizado quinzenalmente por meio da observação do livro ata, assim como da ficha de coleta de dados do grupo do HIPERDIA.
  - Eixo Organização e Gestão do Serviço
    - Ação 2: Pactuar com a equipe o registro de informações.
    - Detalhamento da Ação 2: A pactuação com a equipe no que concerne ao registro das informações será realizada durante a oficina de capacitação e sensibilização que será realizada com toda a equipe da ESF no início da intervenção.
    - Ação 3: Definir responsável pelo monitoramento registros
    - Detalhamento da Ação 3: Todos os membros da equipe serão corresponsáveis pelo registro das informações. Todavia, o profissional enfermeiro é que verificará quinzenalmente se os registros estão sendo realizados adequadamente.
    - Ação 4: 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 estratificação de

risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

- Detalhamento da Ação 4: As situações de alerta como o atraso na realização de consulta de acompanhamento, o atraso na realização de exame complementar, a não realização estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo, ou mesmo o estado de compensação da doença, tão logo seja verificado, será destacado em vermelho para ser realizado o mais rápido possível, seja por meio da marcação de uma nova consulta clínica ou por meio de uma visita domiciliar.

- Eixo Engajamento Público

- Ação 5: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.
- Detalhamento da Ação 5: A orientação dos usuários e da comunidade acerca da manutenção dos registros de saúde e a possibilidade do acesso à segunda via desses registros, caso seja necessário, será realizado nos espaços de encontro e educação em saúde do HIPERDIA. Ademais, serão utilizadas as estruturas físicas da USF onde serão fixadas orientações sobre esse assunto.

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

- Eixo Monitoramento e Avaliação

- Ação 1: Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde
- Detalhamento da Ação 1: O monitoramento da qualidade dos registros dos usuários diabéticos acompanhados na unidade será realizado quinzenalmente por meio da observação do

livro ata, assim como da ficha de coleta de dados do grupo do HIPERDIA.

- Eixo Organização e Gestão do Serviço
  - Ação 2: Pactuar com a equipe o registro de informações.
  - Detalhamento da Ação 2: A pactuação com a equipe no que concerne ao registro das informações será realizada durante a oficina de capacitação e sensibilização que será realizada com toda a equipe da ESF no início da intervenção.
  - Ação 3: Definir responsável pelo monitoramento registros.
  - Detalhamento da Ação 3: Todos os membros da equipe serão corresponsáveis pelo registro das informações. Todavia, o profissional enfermeiro é que verificará quinzenalmente se os registros estão sendo realizados adequadamente.
  - Ação 4: 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 estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.
  - Detalhamento da Ação 4: As situações de alerta como o atraso na realização de consulta de acompanhamento, o atraso na realização de exame complementar, a não realização estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo, ou mesmo o estado de compensação da doença, tão logo seja verificado, será destacado em vermelho para ser realizado o mais rápido possível, seja por meio da marcação de uma nova consulta clínica ou por meio de uma visita domiciliar.
  
- Eixo Engajamento Público

- Ação 5: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário
  - Detalhamento da Ação 5: A orientação dos usuários e da comunidade acerca da manutenção dos registros de saúde e a possibilidade do acesso à segunda via desses registros, caso seja necessário, será realizado nos espaços de encontro e educação em saúde do HIPERDIA. Ademais, serão utilizadas as estruturas físicas da USF onde serão fixadas orientações sobre esse assunto.
- Objetivo 5: Identificar os usuários com diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes mellitus que tenham risco de doença cardiovascular.
- Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
  - Eixo do Monitoramento e Avaliação
    - Ação 1: Monitorar o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.
    - Detalhamento da Ação 1: O monitoramento do número de usuários hipertensos que tenham realizado pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano será realizada quinzenalmente pelo acompanhamento do livro ata do grupo do HIPERDIA, assim como da ficha de coleta de dados.
  - Eixo Organização e Gestão do Serviço
    - Ação 2: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco (hipertensos).
    - Detalhamento da Ação 2: Ao avaliar um usuário como de alto risco, o profissional deve imediatamente comunicar a todos os membros da equipe para que seja realizada uma consulta conjunta com os profissionais médico e enfermeiro.

- Ação 3: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda
- Detalhamento da Ação 3: Semanalmente terão vagas na agenda dos profissionais que serão destinadas aos usuários que forem avaliados como alto risco.
- Eixo Engajamento Público
  - Ação 4: Orientar os usuários hipertensos quanto ao nível de risco e a importância do acompanhamento regular.
  - Detalhamento da Ação 4: A orientação aos usuários hipertensos, de acordo com o nível de risco, será realizado dentro das consultas clínicas ou mesmo durante as visitas domiciliares.
- Eixo Qualificação da Prática Clínica
  - Ação 5: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
  - Detalhamento da Ação 5: A oficina de sensibilização e capacitação da equipe da ESF abordará de forma sistemática a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões de órgãos alvo.
- Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
  - Eixo do Monitoramento e Avaliação
    - Ação 1: Monitorar o número de pacientes diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano
    - Detalhamento da Ação 1: O monitoramento do número de usuários diabéticos que tenham realizado pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano será realizada

quinzenalmente pelo acompanhamento do livro ata do grupo do HIPERDIA, assim como da ficha de coleta de dados.

- Eixo Organização e Gestão do Serviço
  - Ação 2: Priorizar o atendimento dos usuários diabéticos avaliados como de alto risco
  - Detalhamento da Ação 2: Ao avaliar um usuário como de alto risco, o profissional deve imediatamente comunicar a todos os membros da equipe para que seja realizada uma consulta conjunta com os profissionais médico e enfermeiro.
  - Ação 3: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda
  - Detalhamento da Ação 3: Semanalmente terão vagas na agenda dos profissionais que serão destinadas aos usuários que forem avaliados como alto risco.
  
- Eixo Engajamento Público
  - Ação 4: Orientar os usuários diabéticos quanto ao nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
  - Detalhamento da Ação 4: A orientação aos usuários diabéticos, de acordo com o nível de risco, será realizada dentro das consultas clínicas ou mesmo durante as visitas domiciliares.
  
- Eixo da Qualificação da Prática Clínica
  - Ação 5: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés.
  - Detalhamento da Ação 5: A oficina de sensibilização e capacitação da equipe da ESF abordará de forma sistemática a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões de órgãos alvo.
  
- Objetivo 6: Promover a saúde dos hipertensos e diabéticos.

- Meta 6.1: Garantir a orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.
  - Eixo monitoramento e avaliação
    - Ação 1: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.
    - Detalhamento da Ação 1: O monitoramento da realização de orientação nutricional aos hipertensos será feito por meio do acompanhamento da ficha espelho disponibilizada pela UFPEL e que ficará disponível para toda a equipe da ESF possa consultá-la. Ele será realizado mensalmente pelo profissional enfermeiro.
  - Eixo Engajamento Público.
    - Ação 2: Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com o dentista.
    - Detalhamento da ação 2: Nas reuniões com as lideranças comunitárias e demais participantes do grupo do HIPERDIA será destacada a responsabilidade dos gestores municipais com relação à disponibilização do atendimento com o dentista.
  - Eixo Organização e Gestão do Serviço.
    - Ação 3: Organizar a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertensos.
    - Detalhamento da ação 3: A agenda do profissional dentista será organizada de forma a coincidir os dias de atendimento do HIPERDIA da enfermeira e da médica da unidade. Pois, caso tenha alguma alteração de terapêutica necessária, os profissionais poderão discutir o caso no mesmo momento.
  - Eixo Qualificação da Prática Clínica.

- Ação 4: Capacitar a equipe para avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso.
  - Detalhamento da ação 4: O dentista da unidade irá participar da primeira reunião de capacitação e sensibilização da equipe da ESF para explanar acerca da avaliação e da importância do tratamento bucal do usuário hipertenso.
- Meta 6.2: Garantir a orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.
    - Eixo monitoramento e avaliação
      - Ação 1: Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.
      - Detalhamento da Ação 1: O monitoramento da realização de orientação nutricional aos diabéticos será feito por meio do acompanhamento da ficha espelho disponibilizada pela UFPEL e que ficará disponível para toda a equipe da ESF possa consultá-la. O monitoramento será realizado mensalmente pelo profissional enfermeiro.
    - Eixo Engajamento Público.
      - Ação 2: Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com o dentista.
      - Detalhamento da ação 2: Nas reuniões com as lideranças comunitárias e demais participantes do grupo do HIPERDIA será destacada a responsabilidade dos gestores municipais com relação à disponibilização do atendimento com o dentista.
    - Eixo Organização e Gestão do Serviço.
      - Ação 3: Organizar a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertensos.
      - Detalhamento da ação 3: A agenda do profissional dentista será organizada de forma a coincidir os dias de atendimento do HIPERDIA da enfermeira e da médica da unidade. Pois,



caso tenha alguma alteração de terapêutica necessária, os profissionais poderão discutir o caso no mesmo momento.

○ Eixo Qualificação da Prática Clínica.

- Ação 4: Capacitar a equipe para avaliação e tratamento bucal do usuário diabético.
- Detalhamento da ação 4: O dentista da unidade irá participar da primeira reunião de capacitação e sensibilização da equipe da ESF para explanar acerca da avaliação e da importância do tratamento bucal do usuário diabético.

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

○ Eixo Monitoramento e Avaliação.

- Ação 1: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.
- Detalhamento da ação 1: O monitoramento da realização da orientação nutricional aos usuários será realizado pelo acompanhamento do preenchimento das fichas espelho disponibilizada pela UFPeL.

○ Eixo Engajamento Público.

- Ação 2: Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Detalhamento da ação 2: As orientações quanto a importância da alimentação saudável acontecerão durante as consultas clínicas realizadas na USF.

○ Eixo Organização e Gestão do Serviço.

- Ação 3: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Detalhamento da ação 3: Em todas as reuniões do HIPERDIA haverá um lanche coletivo onde os alimentos

serão apropriados para o consumo dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

○ Eixo Qualificação da Prática Clínica.

- Ação 4: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre as práticas de alimentação saudável.
- Detalhamento da ação 4: A capacitação da equipe da USF acerca das práticas de alimentação saudável será realizada pela nutricionista do NASF. Ademais, essa profissional também participará da primeira reunião do grupo HIPERDIA, juntamente com os demais componentes do NASF.

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

○ Eixo Monitoramento e Avaliação.

- Ação 1: Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.
- Detalhamento da ação 1: O monitoramento da realização da orientação nutricional aos usuários será realizado pelo acompanhamento do preenchimento das fichas espelho disponibilizada pela UFPeL.

○ Eixo Engajamento Público.

- Ação 2: Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Detalhamento da ação 2: As orientações quanto a importância da alimentação saudável acontecerão durante as consultas clínicas realizadas na USF.

○ Eixo Organização e Gestão do Serviço.

- Ação 3: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

- Detalhamento da ação 3: Em todas as reuniões do HIPERDIA haverá um lanche coletivo onde os alimentos serão apropriados para o consumo dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.
- Eixo Qualificação da Prática Clínica.
  - Ação 4: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre as práticas de alimentação saudável.
  - Detalhamento da ação 4: A capacitação da equipe da USF acerca das práticas de alimentação saudável será realizada pela nutricionista do NASF. Ademais, essa profissional também participará da primeira reunião do grupo HIPERDIA, juntamente com os demais componentes do NASF.
- Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.
  - Eixo Monitoramento e Avaliação:
    - Ação 1: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.
    - Detalhamento da Ação 1: O monitoramento da realização da orientação nutricional aos usuários será realizado pelo acompanhamento do preenchimento das fichas espelho disponibilizada pela UFPeL.
  - Eixo Engajamento Público.
    - Ação 2: Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
    - Detalhamento da ação 2: O profissional educador físico participará da primeira reunião do grupo HIPERDIA, juntamente com os demais componentes do NASF.
  - Eixo Organização e Gestão do Serviço.

- Ação 3: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Detalhamento da ação 3: Serão realizadas reuniões com o grupo HIPERDIA. E, o tema da primeira reunião do HIPERDIA será: A importância da alimentação saudável e da prática de atividade física regular. A coordenação dessa reunião ficará sob a responsabilidade da equipe do NASF.
- Eixo Qualificação da Prática Clínica.
  - Ação 4: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
  - Detalhamento da ação 4: A capacitação da equipe da USF acerca da prática de atividade física regular será realizada pelo educador físico do NASF durante a segunda reunião da equipe da ESF.
- Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.
  - Eixo Monitoramento e Avaliação:
    - Ação 1: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.
    - Detalhamento da Ação 1: O monitoramento da realização da orientação nutricional aos usuários será realizado pelo acompanhamento do preenchimento das fichas espelho disponibilizada pela UFPeL.
  - Eixo Engajamento Público.
    - Ação 2: Orientar os diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
    - Detalhamento da ação 2: O profissional educador físico participará da primeira reunião do grupo HIPERDIA, juntamente com os demais componentes do NASF.

- Eixo Organização e Gestão do Serviço.
  - Ação 3: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
  - Detalhamento da ação 3: Serão realizadas reuniões com o grupo HIPERDIA. E, o tema da primeira reunião do HIPERDIA será: A importância da alimentação saudável e da prática de atividade física regular. A coordenação dessa reunião ficará sob a responsabilidade da equipe do NASF.

- Eixo Qualificação da Prática Clínica.

- Ação 4: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Detalhamento da ação 4: A capacitação da equipe da USF acerca da prática de atividade física regular será realizada pelo educador físico do NASF durante a segunda reunião da equipe da ESF.

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

- Eixo Monitoramento e Avaliação:

- Ação 1: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.
- Detalhamento da Ação 1: O monitoramento da realização da orientação nutricional aos usuários será realizado pelo acompanhamento do preenchimento das fichas espelho disponibilizada pela UFPeL.

- Eixo Qualificação da Prática Clínica.

- Ação 2: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde
- Detalhamento da ação 2: A capacitação da equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde será realizada em todas as reuniões da equipe. Pois,

cada reunião será elaborada utilizando metodologias ativas como roda de conversa, simulação e discussões entre pequenos grupos.

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

- Eixo Monitoramento e Avaliação:

- Ação 1: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos
- Detalhamento da Ação 1: O monitoramento da realização da orientação nutricional aos usuários será realizado pelo acompanhamento do preenchimento das fichas espelho disponibilizada pela UFPeL.

- Eixo Qualificação da Prática Clínica.

- Ação 2: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Detalhamento da ação 1: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde
- Detalhamento da ação 2: A capacitação da equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde será realizada em todas as reuniões da equipe. Pois, cada reunião será elaborada utilizando metodologias ativas como roda de conversa, simulação e discussões entre pequenos grupos.

### 2.3.2 Indicadores

Os indicadores de qualidade que serão utilizados nessa intervenção serão descritos abaixo.

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

1.1 Meta: Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

$$\begin{array}{l} \text{Cobertura do programa} \\ \text{de atenção ao} \\ \text{hipertenso na unidade} \\ \text{de saúde} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{Número de hipertensos residentes na área de} \\ \text{abrangência da unidade de saúde cadastradas no} \\ \text{programa de atenção a Hipertensão Arterial e da} \\ \text{unidade de saúde} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{Número total de hipertensos com 20 anos ou mais} \\ \text{residentes na área acompanhados na unidade de} \\ \text{saúde} \end{array}}$$

1.2 Meta: Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

$$\begin{array}{l} \text{Cobertura do programa} \\ \text{de atenção ao hipertenso} \\ \text{na unidade de saúde} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{Número de diabéticos residentes na área de} \\ \text{abrangência da unidade de saúde cadastradas no} \\ \text{programa de atenção a Diabetes Mellitus da unidade de} \\ \text{Saúde} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{Número total de diabéticos com 20 anos ou mais} \\ \text{residentes na área acompanhados na unidade de saúde} \end{array}}$$

2. Objetivo: Melhorar a qualidade na atenção a diabéticos e hipertensos na ESF

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

2.1 Indicador: Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

$$\frac{\text{Número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo}}{\text{Número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na unidade de saúde}}$$

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

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

2.2 Indicador: Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo

$$\frac{\text{Número de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo}}{\text{Número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na unidade de saúde}}$$

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

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

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

$$\frac{\text{Número de hipertensos com exame complementares em dia de acordo com o protocolo}}{\text{Número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na unidade de saúde}}$$

Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo =



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

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

$$\text{Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo} = \frac{\text{Número de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo}}{\text{Número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na unidade de saúde}}$$

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

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

$$\text{Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada} = \frac{\text{Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada}}{\text{Número de hipertensos com prescrição de medicamentos}}$$

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

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

$$\text{Proporção de diabéticos com prescrição de} = \frac{\text{Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada}}{\text{Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada}}$$

medicamentos da  
Farmácia  
Popular/Hiperdia  
priorizada

---

Número de diabéticos com prescrição de medicamentos

3. Objetivo: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa do HIPERDIA.

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

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

$$\frac{\text{Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa}}{\text{Número de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa}} = \frac{\text{Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram às consultas}}{\text{Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram às consultas}}$$

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

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

$$\frac{\text{Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa}}{\text{Número de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa}} = \frac{\text{Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram às consultas}}{\text{Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram às consultas}}$$

4. Objetivo: Melhorar o registro das informações.

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

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

$$\frac{\text{Número de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento}}{\text{Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde}}$$

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

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

$$\frac{\text{Número de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento}}{\text{Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde}}$$

- Objetivo 5: Identificar os usuários com diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes mellitus que tenham risco de doença cardiovascular.

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

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

$$\frac{\text{Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia}}{\text{Número de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia}} = \frac{\text{Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde}}{\text{Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde}}$$

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

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

$$\frac{\text{Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia}}{\text{Número de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia}} = \frac{\text{Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde}}{\text{Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde}}$$

- Objetivo 6: Promover a saúde dos hipertensos e diabéticos.

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

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

$$\frac{\text{Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável}}{\text{Número de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável}} = \frac{\text{Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS}}{\text{Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS}}$$

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

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

$$\text{Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável} = \frac{\text{Número de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável}}{\text{Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS}}$$

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

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

$$\text{Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular} = \frac{\text{Número de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular}}{\text{Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS}}$$

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

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

$$\frac{\text{Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular}}{\text{Número de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular}} = \frac{\text{Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS}}{\text{Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS}}$$

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

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

$$\frac{\text{Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo}}{\text{Número de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo}} = \frac{\text{Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS}}{\text{Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS}}$$

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

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

$$\frac{\text{Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo}}{\text{Número de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo}} = \frac{\text{Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS}}{\text{Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS}}$$

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

6.7 Indicador: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

$$\text{Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal} = \frac{\text{Número de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal}}{\text{Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS}}$$

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

6.8 Indicador: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

$$\text{Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal} = \frac{\text{Número de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal}}{\text{Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS}}$$

### 2.3.3 Logística

A intervenção será realizada na Unidade de Saúde da Família de São José do Mibipú e abordará a HAS e a DM. Desta forma, para o subsídio teórico serão utilizados os Cadernos da Atenção Básica: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica e periódicos publicados a partir do ano de 2010 que abordem essa temática. Ressalta-se que tais cadernos estão disponíveis online no site do Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde, assim como estão disponíveis na versão impressa nas unidades básicas de saúde.

Para concretizar a logística da intervenção é importante que as atividades que serão desenvolvidas estejam em consonância com os objetivos. Por isso, os

objetivos estão elencados abaixo e são discutidos pontualmente para que se alcance uma maior clareza.

- Objetivo 1: Ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos

Com o objetivo de ampliar a cobertura dos hipertensos e/ou diabéticos residentes na área adscrita, um livro ata será monitorado semanalmente. Esse livro será disponibilizado pela unidade de saúde e servirá de registro para os usuários hipertensos e/ou diabéticos. O objetivo com isso é acompanhar e comparar o número de usuários com essas patologias e os que são efetivamente cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus vinculado à unidade de saúde.

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

Para melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos, o exame clínico será realizado em conjunto pela médica e pela enfermeira da equipe da Estratégia de Saúde da Família. E, para garantir que a consulta esteja em consonância com o que é preconizado pelos Cadernos da Atenção Básica: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica será utilizada a ficha espelho fornecida pelo Curso de Especialização em Saúde da Família – EAD UFPEL. Os custos referentes à impressão e distribuição da ficha espelho estarão sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde de São José do Mipibú.

Torna-se importante ressaltar que a capacitação para os profissionais da Estratégia de Saúde da Família estará sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade e ocorrerá na primeira semana da intervenção. E, dentre os pontos que serão abordados estarão os fatores de risco para as doenças em questão e a importância do acompanhamento regular dos usuários pelos profissionais da saúde. Além disso, será destacada a importância do exame clínico completo e que esteja de acordo com o que é preconizado nos Cadernos da Atenção Básica: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.

Ao final da capacitação, todos os profissionais da equipe deverão saber como realizar o cadastramento desses usuários, a importância de realizar um



acompanhamento regular com um profissional da saúde e quais são os fatores de risco para o desenvolvimento da Hipertensão e da Diabetes Mellitus.

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

Para acompanhar a frequência dos usuários no grupo de HIPERDIA da unidade de saúde, será instituído um livro ata que contemplará o assunto abordado no dia do encontro e o nome dos participantes e idade dos participantes. Ademais, para tentar reduzir a evasão dos usuários do grupo, em todas as reuniões os usuários poderão opinar sobre quais temas eles gostariam que fosse abordado pelos profissionais da equipe.

O acompanhamento do registro no livro ata e do preenchimento da ficha espelho, possibilitarão a identificação precoce dos usuários faltosos e daqueles que apresentarem alterações nos exames laboratoriais. E, para tentar resgatar o indivíduo faltoso, será enviada uma carta convite para que esses possam marcar a consulta. Ademais, durante essa entrega o Agente Comunitário de Saúde deverá informar ao usuário quais são os riscos que ele pode estar sujeito quando não realiza o acompanhamento regular dessas doenças.

- Objetivo 4: Melhorar o registro das informações .

Para garantir um melhor registro das informações, o médico e a enfermeira da equipe da Estratégia de Saúde da Família irão acompanhar semanalmente o livro ata e os prontuários referentes aos usuários com o diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes mellitus que são atendidos na unidade. A ficha espelho deverá estar devidamente preenchida e anexada ao prontuário do usuário e os resultados dos exames, assim como a data da consulta e outras informações que sejam consideradas importantes deverão ser transcritas para o livro ata.

Desta forma, o usuário poderá consultar o resultado dos seus exames caso ele tenha perdido a primeira via dos mesmos. Por outro lado, toda a equipe de saúde poderá visualizar os usuários com exames laboratoriais alterados, assim como realizar a identificação precoce dos indivíduos faltosos.

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

O mapeamento dos hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular acontecerá durante a realização da consulta na unidade de saúde. Dessa forma, de acordo com o que for verificado durante a consulta clínica, a periodicidade do acompanhamento será definida e serão realizados os protocolos de acordo com o que é preconizado pelos Cadernos da Atenção Básica: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.

Ademais, será reforçado durante a consulta a importância do usuário no processo saúde-doença-cuidado para que ele analise quais são os seus fatores de risco modificáveis e possa modificá-los.

- Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Para promover a saúde dos hipertensos e diabéticos, os profissionais da unidade de saúde deverão registrar em prontuário a data da última consulta do usuário com o dentista. Além disso, esses dados deverão ser transcritos para o livro ata para garantir que ela ocorra minimamente uma vez ao ano. E, semanalmente, a médica e a enfermeira da equipe irão acompanhar, por meio da ficha espelho, se todos os usuários atendidos receberam orientações quanto às orientações nutricionais, a atividade física regular e os riscos do tabagismo.



### **3 RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO**

O relatório da intervenção será construído a partir de 4 pontos que serão elencados abaixo e discutidos pontualmente para que se obtenha uma melhor clareza.

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

- Reunião com a equipe da ESF para explicar a logística e a importância da intervenção

A reunião com a equipe foi realizada conforme o cronograma proposto no projeto de intervenção. Nesta reunião, a equipe opinou e aprimorou as atividades que seriam desenvolvidas. E, não houve qualquer resistência, por parte da equipe, para realizar a intervenção.

- Reuniões com lideranças comunitárias para abordar o tema Hipertensão e Diabetes, a importância do desenvolvimento das ações programáticas na comunidade e como elas serão implantadas.

As reuniões com as lideranças comunitárias foram desenvolvidas parcialmente, uma vez que das quatro reuniões propostas, apenas 2 foram efetivamente realizadas. E, depois de duas tentativas frustradas, a equipe decidiu que os resultados encontrados na intervenção seriam mostrados durante as reuniões do grupo do HIPERDIA, e as lideranças comunitárias seriam comunicadas e poderiam participar de forma conjunta, uma vez que a equipe da ESF já estaria presente.

O espaço das reuniões comunitárias era utilizado para realizar a divulgação das ações realizadas pela USF. Além disso, era um espaço de educação em saúde, assim como as consultas clínicas. Sendo assim, tanto nessas reuniões quanto nas consultas clínicas, os profissionais da equipe informavam à comunidade acerca da aferição da pressão após os 18 anos, da importância de realizar o rastreamento para a DM e outros assuntos que fossem considerados necessários.

- Capacitação da equipe da ESF para o atendimento dos usuários conforme o Caderno de Atenção Básica: estratégias para o cuidado à pessoa com

doença crônica – Hipertensão e Diabetes.

A capacitação e sensibilização da equipe aconteceu na estrutura física da unidade da ESF e foi coordenada por mim e pela enfermeira da equipe. Dessa forma, foram abordados temas diversos temas como a necessidade da aferição criteriosa da pressão arterial, a importância do hemoglicoteste e do adequado cadastramento dos usuários e da necessidade de melhorar o registros das informações.

Toda a equipe estava presente e foi avaliada por toda equipe como proveitosa. Ademais, a dificuldade encontrada foi anterior à realização, pois foi difícil conciliar a agenda da enfermeira com a minha, para que pudéssemos planejar como efetivamente seria realizada a capacitação da equipe.

Além disso, nesse mesmo momento, definimos as atribuições de cada membro da equipe da ESF tanto para a realização do exame clínico quanto para as ações de monitoramento da intervenção, incluindo-se assim o monitoramento dos registros dos usuários. E, também ficou definido que as reuniões de capacitação aconteceriam na primeira sexta-feira de cada mês, embora toda a equipe pudesse conversar a qualquer momento sobre quaisquer dúvidas que surgissem ao longo da intervenção, ou mesmo realizar uma consulta nos Cadernos de Atenção Básica: estratégias para o cuidado à pessoa com doença crônica – Hipertensão e Diabetes.

- Envio de uma carta convite para que os hipertensos e diabéticos da área adscrita com consultas em atraso possam marcar consultas clínicas

As cartas convite foram elaboradas, impressas e entregues aos usuários por meio dos agentes comunitários de saúde. E, esses profissionais as entregavam durante as visitas domiciliares. O ponto chave das cartas convite era permitir aos usuários a marcação da consulta com maior possibilidade de escolha dos dias que eram melhores para eles. A prioridade era a garantia do acesso às consultas.

- Busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas

A busca ativa dos usuários hipertensos e diabéticos faltosos às consultas esteve presente durante toda a intervenção e foi realizada por toda a equipe de saúde. E, por isso, pode ser considerada como cumprida totalmente. Afinal, embora inicialmente tenha havido um grande número de abstenções, ao final, o número de indivíduos atendidos era igual, ou muito próximo, ao número de indivíduos que

marcaram a consulta.

- Cadastramento de hipertensos e diabéticos que serão diagnosticados ao longo da intervenção

Essa atividade envolvia toda a equipe e foi cumprida integralmente. Pois, cada indivíduo que era diagnosticado com hipertensão e/ou diabetes, era cadastrado por qualquer membro da equipe e ao final do cadastro, outro profissional da equipe conferia se todos os dados foram efetivamente preenchidos. E, se houvesse alguma pendência, o profissional se responsabilizava para finalizar o preenchimento e o efetivo cadastramento.

Ademais, o número de indivíduos cadastrados era acompanhado semanalmente pela enfermeira e pela médica da unidade por meio da visualização do livro ata. E, o check-list para conferência dos materiais como esfignomanômetro, fita métrica e glicosímetros era verificado diariamente pela enfermeira.

- Realização de consultas clínicas para hipertensos e diabéticos

As consultas clínicas foram realizadas juntamente com a enfermeira da equipe. A maior dificuldade para esta atividade foi que a enfermeira nunca havia trabalhado em conjunto com um profissional médico para o atendimento de um usuário. Sendo assim, inicialmente nós relemos os Cadernos de Atenção Básica: cuidados à pessoa com doenças crônicas. Mas, no decorrer da intervenção, toda a equipe já conseguia ver os benefícios do trabalho em equipe, tanto para os usuários, quanto para os próprios profissionais.

E, ao avaliar clinicamente, assim como realizar a estratificação de risco cardiovascular, aqueles indivíduos que eram considerados de alto risco, tinham prioridade no atendimento na USF e todos os membros da equipe eram comunicados. Ademais, ressalta-se que semanalmente havia vaga reservada na agenda dos profissionais da equipe de ESF para esses usuários,

- Monitoramento da intervenção

O monitoramento foi realizado ao final de cada semana da intervenção. A equipe avaliava as atividades desenvolvidas e sugeria mudanças para que ao final da intervenção, todos os objetivos fossem atingidos. Um exemplo de mudanças conforme o monitoramento foi a maior ênfase de todos os profissionais para busca

ativa dos usuários faltosos às consultas clínicas.

Associado a isso, a renovação das receitas de medicamentos eram realizadas apenas na presença do usuário. Desta forma, embora inicialmente tenha causado uma grande abstenção dos usuários, ao final, a grande maioria deles entendia a importância de comparecer às consultas clínicas para o seguimento do tratamento diante de uma doença crônica.

Esse monitoramento envolvia também a realização de exame clínico apropriado em hipertensos e diabéticos, assim como a solicitação de exames complementares e a verificação dos medicamentos prescritos para que houvesse um melhor planejamento da solicitação dos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

- Reunião com hipertensos e diabéticos cadastrados para identificar as necessidades individuais e coletivas com o objetivo de estruturar as reuniões do grupo do HIPERDIA

A reunião dos usuários do grupo do HIPERDIA foi essencial para que os demais encontros do grupo tivessem um tema que fosse condizente com a curiosidade e a necessidade de compreensão, tanto de nível individual, quanto coletivo. E, após os usuários definirem os temas de cada encontro, a equipe organizou os próximos encontros.

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

Como pode ser lido no item anterior, todas as ações previstas foram executadas, mesmo que parcialmente. Todavia, ressalta-se que a dificuldade de realizar todas as reuniões com as lideranças comunitárias, não comprometeu a intervenção, pois a ela foi integrada às reuniões do grupo do HIPERDIA.

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

Diversas foram as dificuldades encontradas para realizar a coleta e a sistematização dos dados relativos à intervenção. A primeira dificuldade esteve relacionada à própria mudança na estrutura física. Afinal, durante a vigência do unidade entrou em reforma e foi deslocada para uma casa alugada temporariamente para se tornar uma unidade.

Posteriormente, a funcionária arquivista entrou de férias e aumentou a

dificuldade para ter acesso aos prontuários assim como preencher as planilhas e calcular os indicadores de saúde. E, ao final da intervenção, eu entrei de férias. Desta forma, embora a intervenção tenha acabado de acordo com o que estava previsto no cronograma, alguns dados dos usuários ficaram incompletos e pelo afastamento por férias, o acesso aos prontuários foi impossibilitado.

Conclui-se então que as dificuldades encontradas para a coleta e sistematização dos dados relativos à intervenção, assim como para o fechamento da planilha de coleta de dados e os cálculos dos indicadores se deu muito mais em virtude das nuances do serviço, do que da dificuldade em preencher as planilhas.

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

Dentre as atividades que foram desenvolvidas durante a intervenção e que foram incorporadas à rotina da ESF, estão: a consulta conjunta da médica com a enfermeira; E, as reuniões do grupo do HIPERDIA, tanto para a definição dos temas a partir do que é sugerido pelos usuários, quanto para as reuniões de educação em saúde.

Torna-se importante destacar que as consultas clínicas que acontecem de forma conjunta, com os profissionais médico e enfermeiro, favorecem o planejamento do tratamento dos usuários com doenças crônicas, pois partem dos princípios da clínica ampliada.

Destaca-se que a clínica ampliada contribui para uma melhor qualidade na consulta clínica. Esse fato é importante, pois durante a fase de análise situacional foi verificado que as consultas clínicas dos usuários com diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes, e que eram realizadas na ESF, destoavam do que era preconizado nos Cadernos da Atenção Básica: estratégias para o cuidado à pessoa com doença crônica – Hipertensão e Diabetes.

Por outro lado, as cartas convite foram perdendo forças ao final da intervenção, embora ela tenha sido avaliada pela equipe como uma boa estratégia. Além disso, a busca ativa dos usuários com diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes e que estavam com consultas em atraso, e que era realizada por todos os membros da equipe, mas que estava fortemente centrada na figura do Agente Comunitário de Saúde foi paulatinamente reduzida com o passar dos meses da intervenção.



Por fim, embora seja observado que nem todas as atividades se consolidaram na rotina da unidade de saúde com o término da intervenção, é importante ressaltar que o conhecimento produzido durante todo esse período ficará permanentemente na equipe e nos usuários. Sendo assim, a equipe da ESF, assim como os usuários da unidade, puderam vivenciar que a mudança assistencial é possível quando há uma união entre os usuários e a equipe de saúde.

## **4. Avaliação da Intervenção**

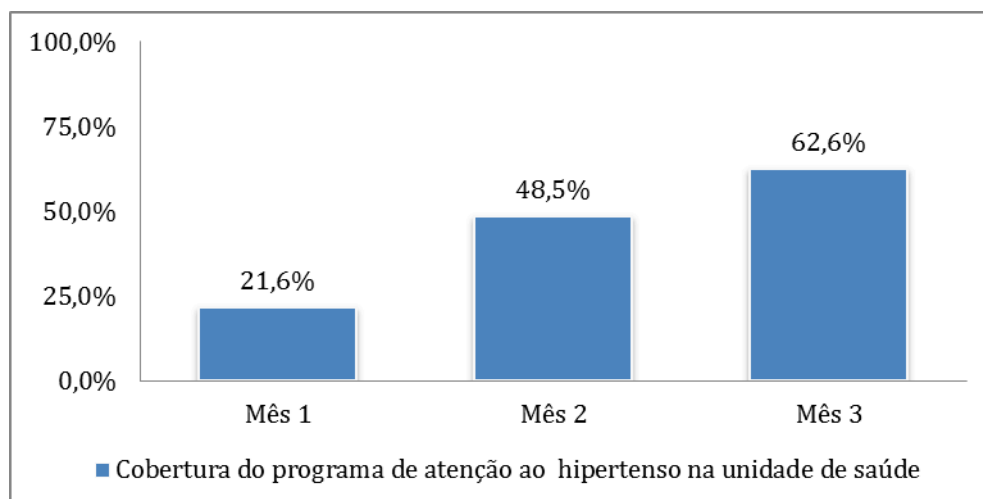
### **4.1 Resultados**

A população sujeita à intervenção foi de 227 indivíduos diagnosticados com HAS e inicialmente 48 indivíduos com o diagnóstico de DM. Esses indivíduos pertenciam à área adscrita da USF de Bairro Novo no município de São José do Mipibú no estado do Rio Grande do Norte. Todavia, no decorrer da intervenção, novos usuários foram diagnosticados com DM e por isso, o valor inicial que era de 48 indivíduos teve que ser substituído pelo número estimado que foi de 117.

Para avaliar a intervenção, diversos indicadores foram utilizados, de acordo com os objetivos e metas propostas. Sendo assim, com o objetivo de ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos, a meta foi cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Entretanto, a cobertura ao final da intervenção foi de 62,6%. Ou seja, dos 227 indivíduos cadastrados como hipertensos, apenas 142 foram efetivamente atendidos na unidade de saúde. A figura 1 mostra a cobertura do programa de atenção ao hipertenso na USF Bairro Novo. Torna-se importante ressaltar que no início da intervenção diversos usuários se negaram a realizar a consulta clínica. Mas, com o passar do tempo o número de usuários faltosos às consultas foram reduzindo, porém não em número suficiente para que a meta fosse cumprida.

A meta de cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde foi comprometida. Pois, o número de usuários informados pela unidade foi inferior ao real número de indivíduos com DM na área adscrita. Afinal, o número esperado era de 48 indivíduos e a intervenção atingiu 66 indivíduos. Desta forma, o número utilizado para o cálculo dos indicadores foi uma estimativa produzida a partir dos dados da pesquisa Vigitel no ano de 2011, e que foi fornecida pela UFPel.

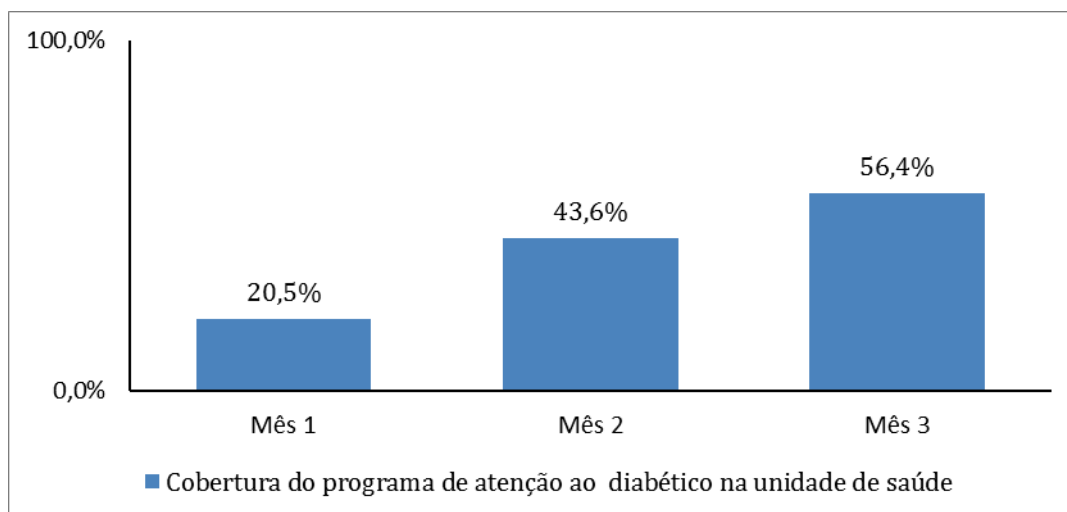


Fonte: Dados coletados pelo próprio autor. São José do Mipibú/RN. 2014.

Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na USF Bairro Novo. São José do Mipibú/RN. 2014.

A figura 2 aborda a cobertura do programa de atenção ao diabético na USF Bairro Novo. E, como por ser observado, a meta de cadastrar 70% dos indivíduos não foi atingida. Pois, ao final da intervenção foram atendidos 66 indivíduos com diagnóstico de DM, o que gerou uma taxa de cobertura de apenas 56,4% (66). Entretanto, é importante lembrar que a estimativa da unidade de saúde era de 48 indivíduos. Sendo assim, destaca-se que 18 novos usuários foram diagnosticados e cadastrados nesse programa de atenção da USF Bairro Novo.

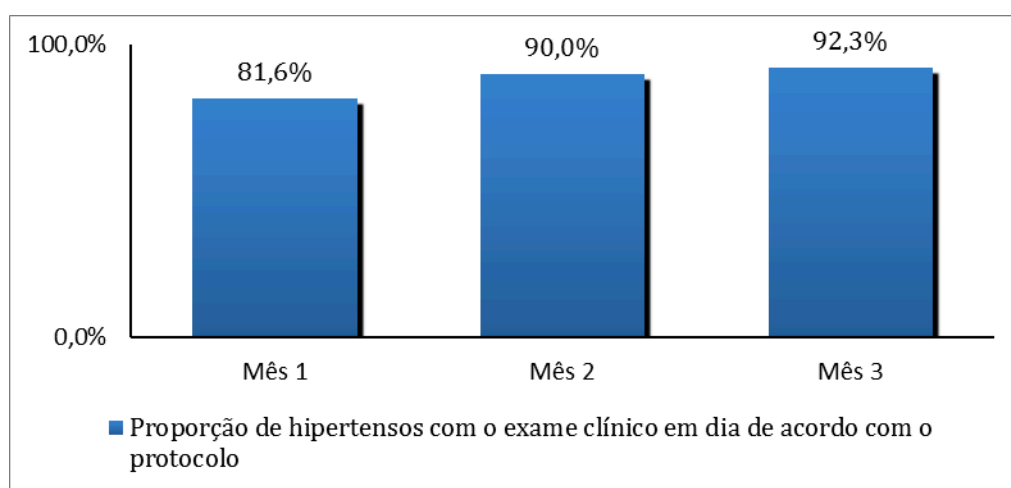
Com o objetivo de melhorar a qualidade na atenção a diabéticos e hipertensos na ESF algumas metas foram estabelecidas e as ações foram executadas. Todavia, nenhuma meta proposta foi integralmente cumprida. Sendo assim, com relação a realização do exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos, o valor máximo atingido foi de 92,3% (131), como mostra a figura 3. E, quando avaliada esta mesma meta, mas com foco nos usuários com diagnóstico de DM, o valor encontrado ao final da intervenção foi de 95,5% (63), como é mostrado na figura 4.



Fonte: Dados coletados pelo próprio autor. São José do Mipibú/RN. 2014.

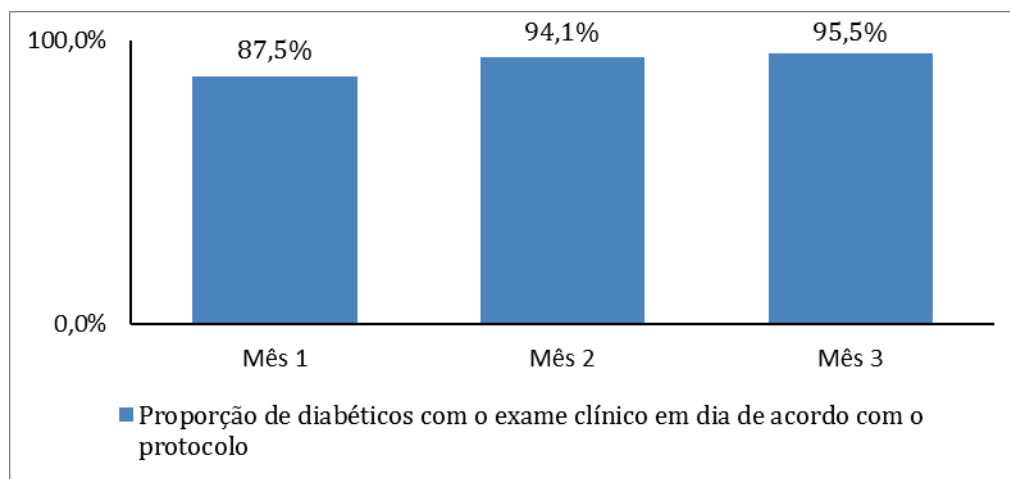
Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na USF Bairro Novo. São José do Mipibú/RN. 2014.

Os números que se referem à proporção de hipertensos e de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo e que não atingiram a meta de 100%, como é mostrado nas figuras 3 e 4, relacionam-se ao fato de alguns usuários desejarem apenas a renovação da prescrição médica e por isso não comparecerem às consultas clínicas. Desta forma, o valor máximo alcançado foi de 92,3% (131) para os hipertensos e 95,5% (63) para os diabéticos.



Fonte: Dados coletados pelo próprio autor. São José do Mipibú/RN. 2014.

Figura 3: Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na USF Bairro Novo. São José do Mipibú/RN. 2014.



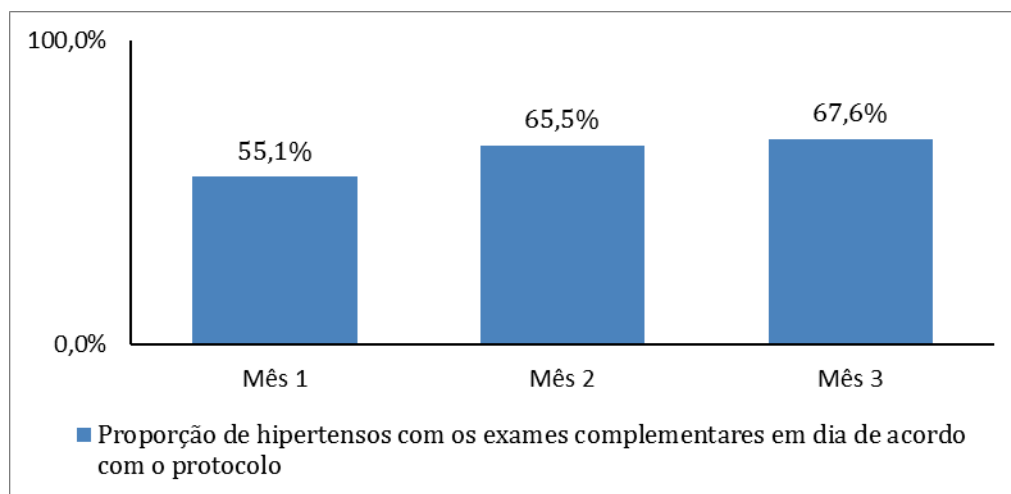
Fonte: Dados coletados pelo próprio autor. São José do Mipibú/RN. 2014.

Figura 4: Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na USF Bairro Novo. São José do Mipibú/RN. 2014.

Contudo, torna-se importante ressaltar que durante as reuniões de estruturação da intervenção, e posteriormente nas reuniões de capacitação e sensibilização da equipe, foi pactuado que nenhuma prescrição médica poderia ser renovada sem a realização prévia de uma consulta clínica. Porém, em períodos anteriores, a renovação dessas sem uma consulta clínica era uma prática corriqueira na USF e por isso causou muita estranheza e resultou em muitas reclamações, assim como na baixa adesão dos usuários no início da intervenção.

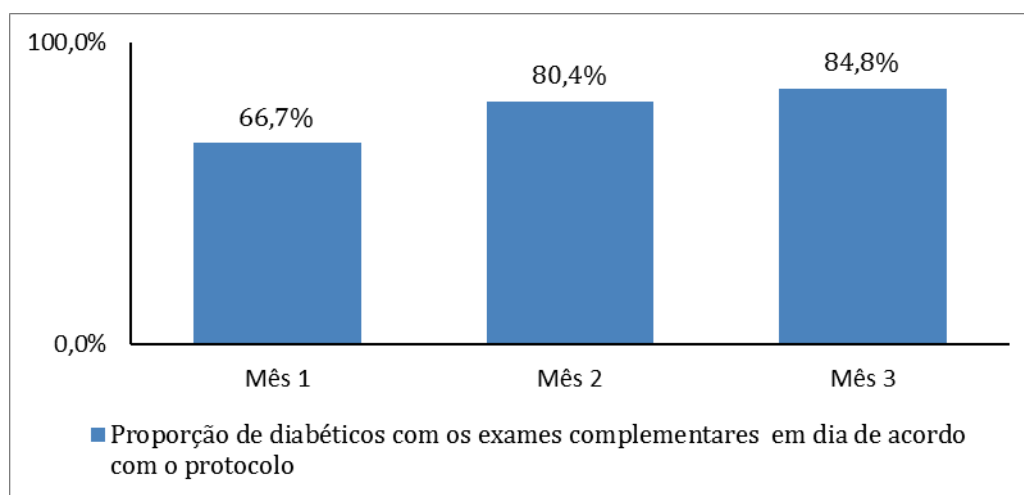
Já para a meta de garantir a 100% dos hipertensos, assim como dos diabéticos, a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, foi a mais alarmante. Afinal, a proporção alcançada ao final da intervenção foi de 67,6%(96) para os hipertensos e 84,8%(56) para os diabéticos, como mostram as figuras 5 e 6, respectivamente.

Destaca-se que o não cumprimento dessa meta está diretamente relacionada com os problemas enfrentados pelo município no fornecimento de exames complementares. Afinal, após um exame laboratorial ser solicitado, o usuário esperava até 2 meses para realizá-lo e receber o resultado. E, em virtude dessa demora, alguns usuários que tinham condições econômicas mais favoráveis realizavam tais exames por meio da iniciativa privada, mas esses representavam uma parcela muito pequena do grupo de usuários.



Fonte: Dados coletados pelo próprio autor. São José do Mipibú/RN. 2014.

Figura 5: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na USF Bairro Novo. São José do Mipibú/RN. 2014.

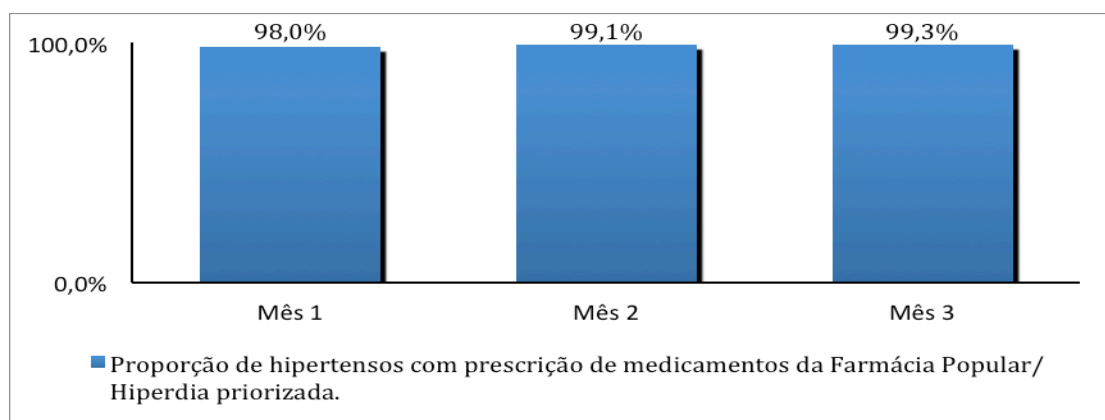


Fonte: Dados coletados pelo próprio autor. São José do Mipibú/RN. 2014.

Figura 6: Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na USF Bairro Novo. São José do Mipibú/RN. 2014.

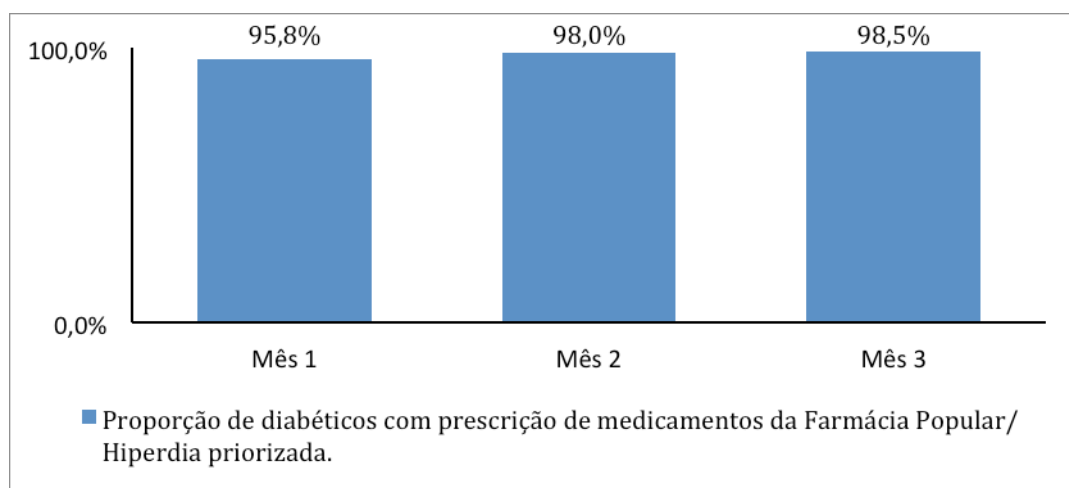
A meta de priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos, assim como dos diabéticos, cadastrados na unidade de saúde não foi totalmente atingida, mas apresentou dados relevantes. Afinal, quando considerada a proporção de usuários hipertensos, o valor máximo encontrado foi de 99,3% (140), como pode ser verificado na figura 7.

E, quando observada a mesma meta, mas considerando o grupo de diabéticos, a proporção observada foi de 98,5% (65) ao final do terceiro mês da intervenção, como é mostrado na figura 8. Esses dados indicam um outro desafio encontrado pelos usuários na USF Bairro Novo. Afinal, uma reclamação constante dos usuários, era a falta de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, o que gerava transtornos e por isso alguns preferiam comprar em uma outra farmácia os medicamentos prescritos.



Fonte: Dados coletados pelo próprio autor. São José do Mipibú/RN. 2014.

Figura 7: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na USF Bairro Novo. São José do Mipibú/RN. 2014.



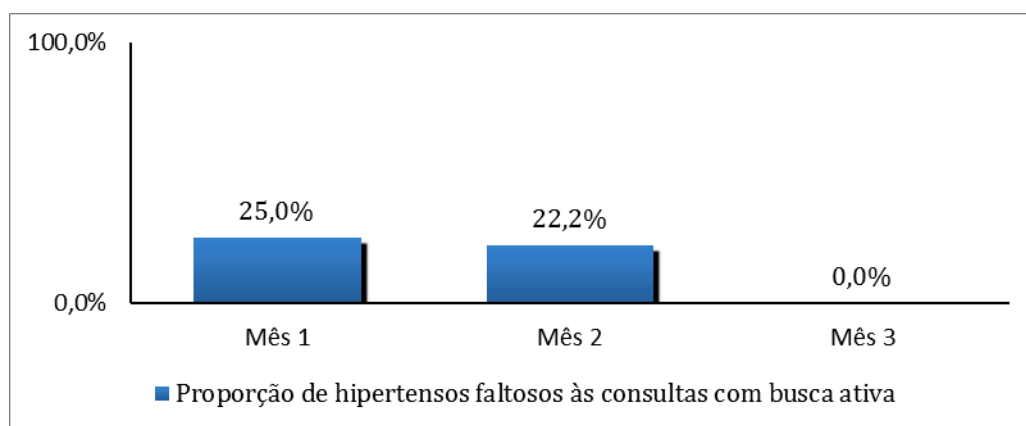
Fonte: Dados coletados pelo próprio autor. São José do Mipibú/RN. 2014.

Figura 8: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na USF Bairro Novo. São José do Mipibú/RN. 2014.

A meta de melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa do HIPERDIA foi uma das mais positivas. Pois, a partir do terceiro mês de intervenção, se considerado o grupo de hipertensos, não existiam mais usuários considerados faltosos após a busca ativa como mostra a figura 9.

Já a figura 10, mostra a proporção de diabéticos faltosos às consultas e que tenham tido a busca ativa. E, o que se pode observar é que a partir do segundo mês de intervenção já não existiam usuários considerados faltosos às consultas, após a realização da busca ativa.

E, embora a busca ativa tenha sido uma atividade pactuada para todos os membros da equipe, neste quesito a figura do ACS se sobressaiu. Pois, foi por intermédio dos ACS que muitos dos usuários aceitaram realizar as consultas clínicas. Ademais, destaca-se que toda a equipe mostrou-se flexível para identificar os usuários que estavam faltosos em virtude do horário que estava inapropriado para ele e aqueles que não apresentavam motivos claros para o não comparecimento às consultas.



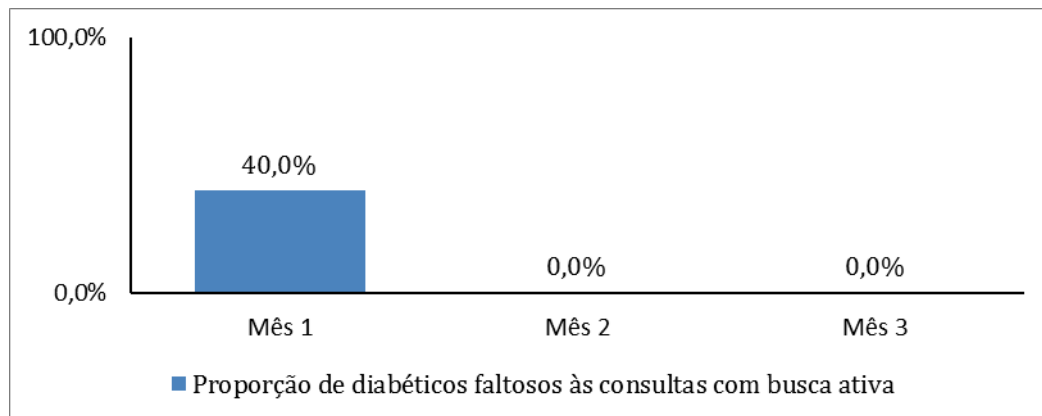
Fonte: Dados coletados pelo próprio autor. São José do Mipibú/RN. 2014.

Figura 9: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa  
USF Bairro Novo. São José do Mipibú/RN. 2014.

Desta forma, ao definir os motivos que impediam o comparecimento dos usuários às consultas clínicas, a equipe promovia uma flexibilização na agenda de forma a possibilitar o comparecimento desses usuários. E, para aqueles que não tinham justificativa clara para a ausência nos atendimentos, a equipe promovia ações de educação em saúde para que eles pudessem



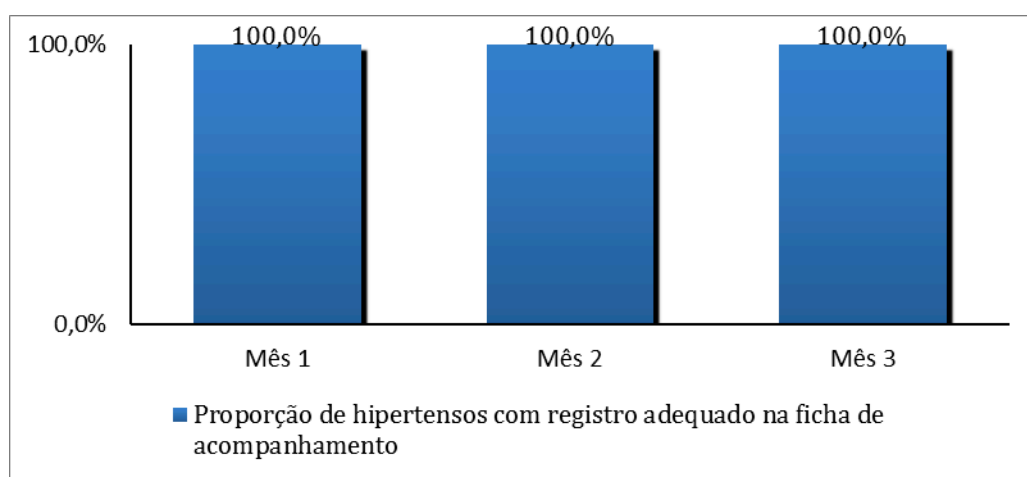
refletir que o uso contínuo de um medicamento e a necessidade de avaliação clínica periódica.



Fonte: Dados coletados pelo próprio autor. São José do Mipibú/RN. 2014.

Figura 10: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa USF Bairro Novo. São José do Mipibú/RN. 2014.

Com relação à melhorar o registro das informações, as metas foram integralmente cumpridas desde o primeiro mês da intervenção. Sendo assim, a meta de manter a ficha de acompanhamento de 100% (142) dos hipertensos e/ou diabéticos (66) cadastrados na unidade de saúde foi cumprida desde o primeiro mês da intervenção, como pode ser observados nas figuras 11 e 12.

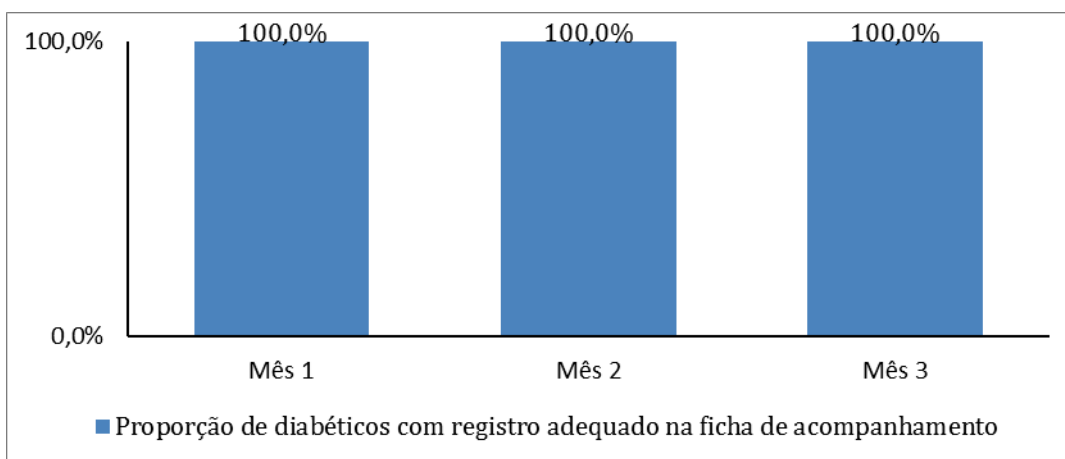


Fonte: Dados coletados pelo próprio autor. São José do Mipibú/RN. 2014.

Figura 11: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na USF Bairro Novo. São José do Mipibú/RN. 2014.

Ademais, destaca-se o ganho que a equipe terá a partir de agora com o registro das fichas de acompanhamento desses usuários estarem atualizadas. Pois, no início das atividades do PROVAB um dos problemas recorrentes era a inexistência de muitos dados relacionados aos usuários. E, a partir de agora, os próximos profissionais poderão acompanhar ao longo dos anos cada usuário.

Outra meta foi identificar os usuários com diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes mellitus que tinham risco de doença cardiovascular. Esse era um dos pontos mais altos da intervenção, pois não havia nenhum registro que a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico era realizada durante as consultas clínicas dos usuários.



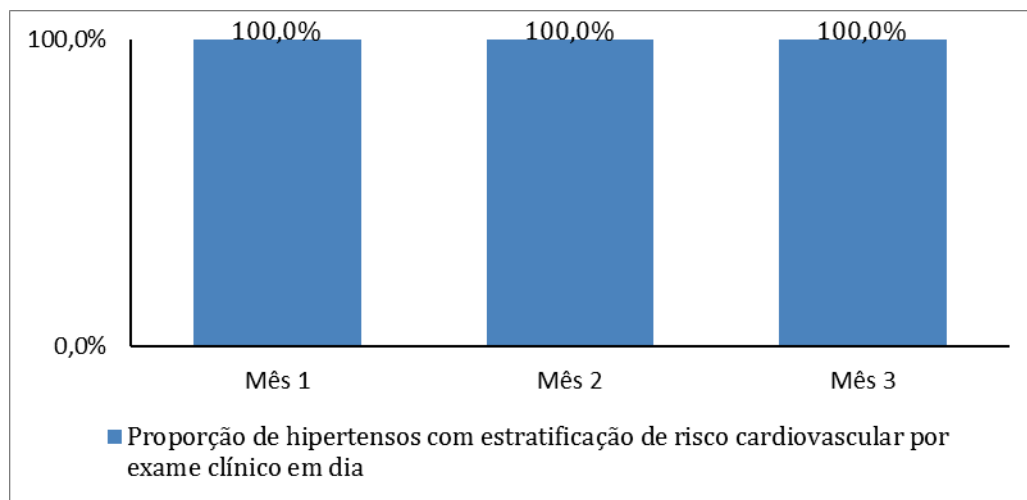
Fonte: Dados coletados pelo próprio autor. São José do Mipibú/RN. 2014.

Figura 12: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na USF Bairro Novo. São José do Mipibú/RN. 2014.

E, como ser observado nas figuras nas figuras 13 e 14, 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos consultados na USF Bairro Novo foram submetidos à estratificação de risco cardiovascular por exame clínico. Desta forma, há um grande benefício para a equipe e para os usuários, visto que a partir de agora os usuários poderão ser avaliados periodicamente, conforme o que é preconizado pelo Ministério da Saúde para a atenção em saúde no grupo HIPERDIA.

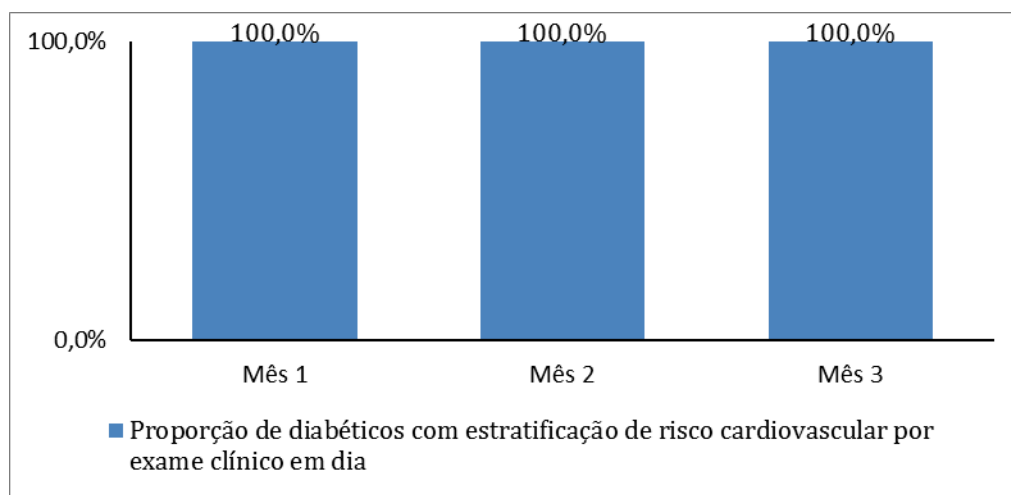
Por fim, ressalta-se que para realizar a estratificação de risco, conforme os Cadernos da Atenção Básica: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, houve um esforço de toda a equipe da unidade

de saúde. E, antes de iniciar a intervenção, foi necessária adequação da agenda entre os profissionais médico e enfermeiro, para que os atendimentos pudessem ser em conjunto.



Fonte: Dados coletados pelo próprio autor. São José do Mipibú/RN. 2014.

Figura 13: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na USF Bairro Novo. São José do Mipibú/RN. 2014.

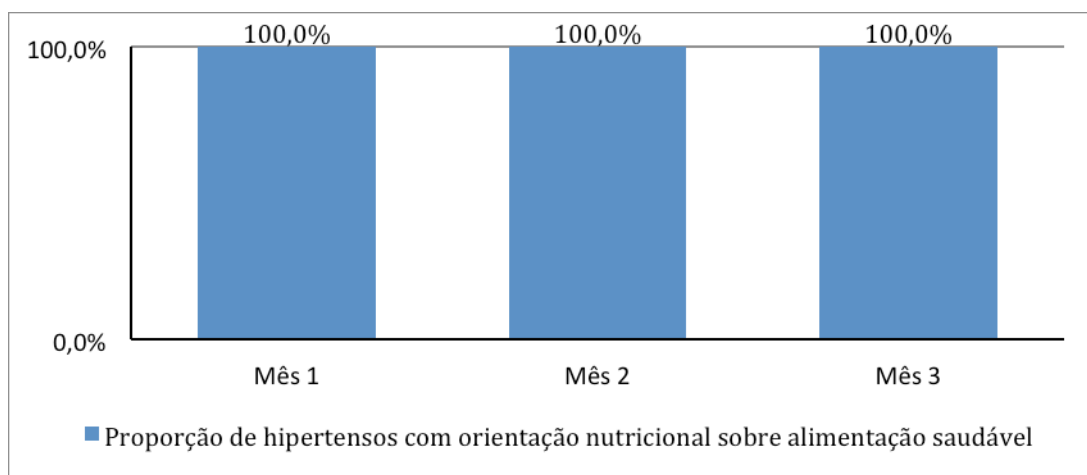


Fonte: Dados coletados pelo próprio autor. São José do Mipibú/RN. 2014.

Figura 14: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na USF Bairro Novo. São José do Mipibú/RN. 2014.

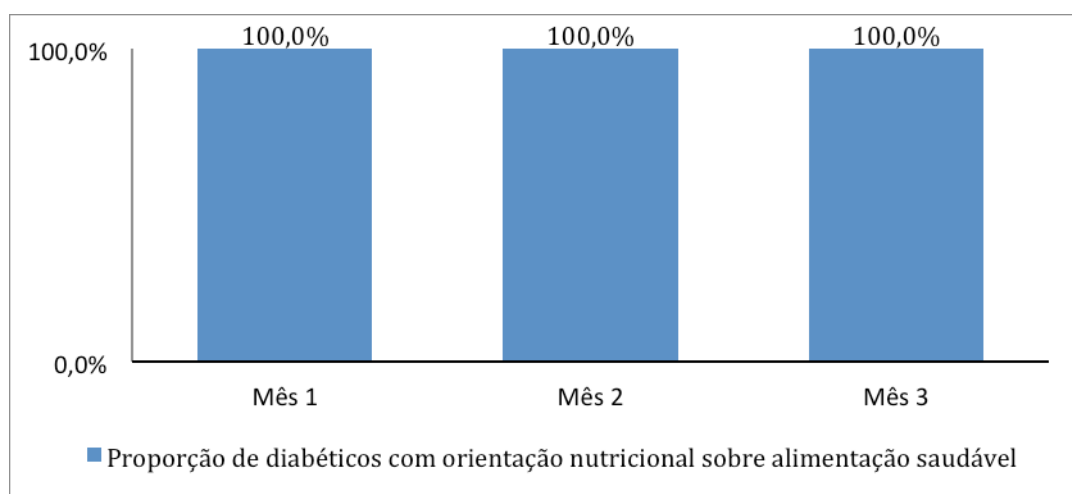
Com relação ao objetivo de promover saúde aos hipertensos e/ou diabéticos, os indicadores referentes às orientações nutricionais sobre alimentação saudável,

prática de atividade física regular apresentaram 100% em todos os três meses da intervenção. Sendo assim, ao final da intervenção a equipe atingiu 142 hipertensos e 66 diabéticos que foram acompanhados na USF Bairro Novo como é mostrado nas figuras 15, 16, 17 e 18.



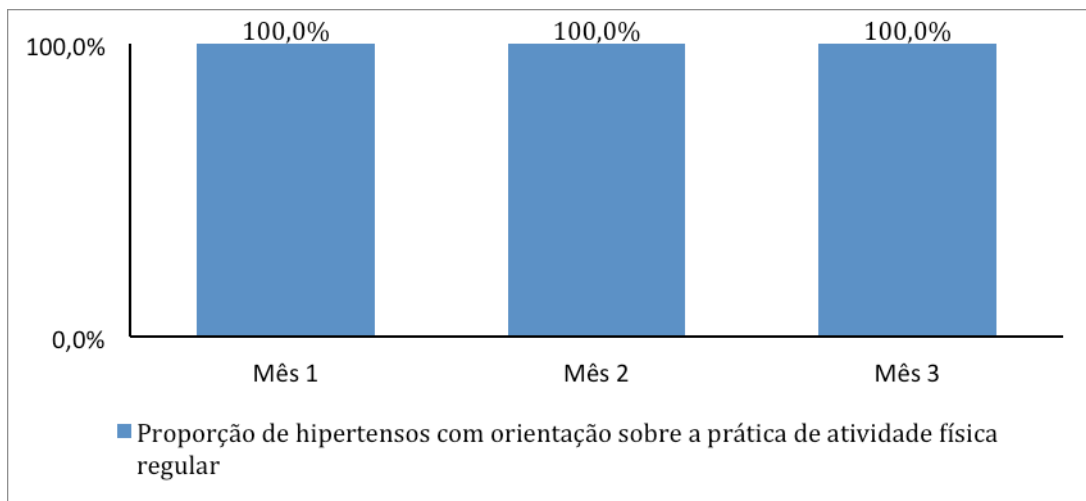
Fonte: Dados coletados pelo próprio autor. São José do Mipibú/RN. 2014.

Figura 15: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na USF Bairro Novo. São José do Mipibú/RN. 2014.



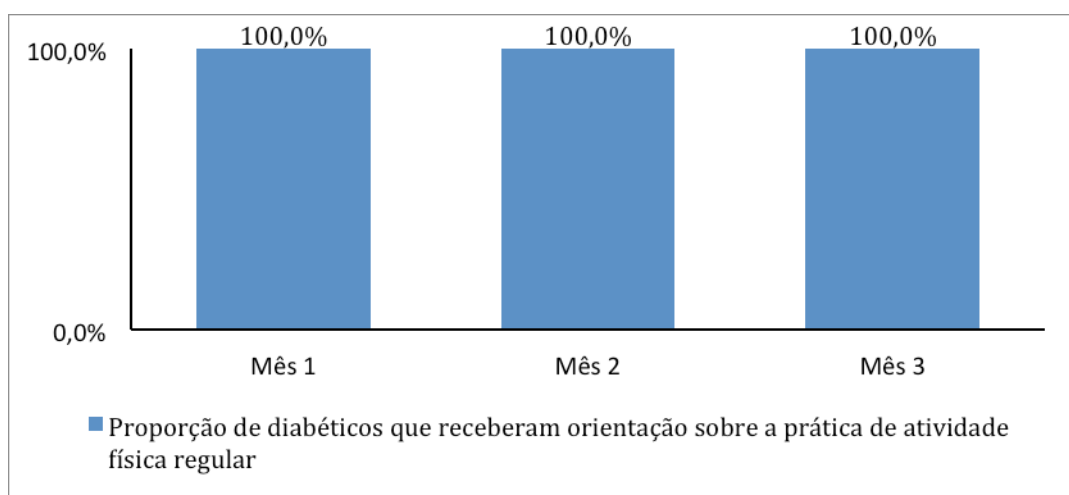
Fonte: Dados coletados pelo próprio autor. São José do Mipibú/RN. 2014.

Figura 16: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na USF Bairro Novo. São José do Mipibú/RN. 2014.



Fonte: Dados coletados pelo próprio autor. São José do Mipibú/RN. 2014.

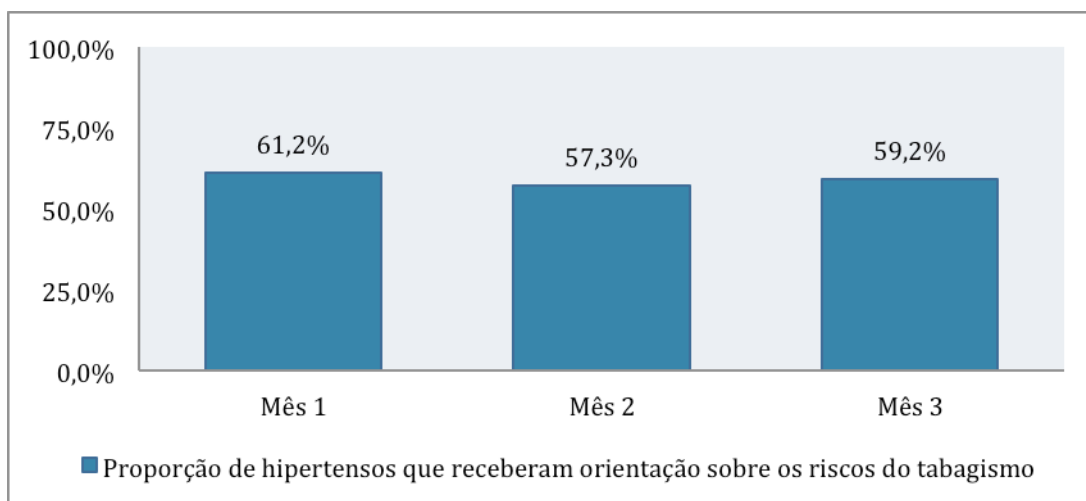
Figura 17: Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física na USF Bairro Novo. São José do Mipibú/RN. 2014.



Fonte: Dados coletados pelo próprio autor. São José do Mipibú/RN. 2014.

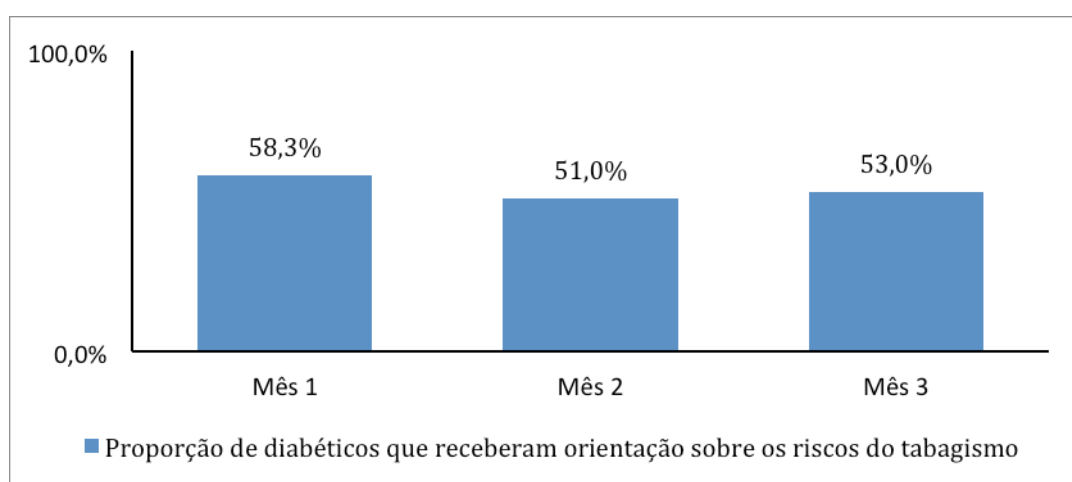
Figura 18: Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física na USF Bairro Novo. São José do Mipibú/RN. 2014.

Com relação às orientações acerca dos riscos do tabagismo, os valores alcançados oscilaram mensalmente durante a intervenção e atingiram 59,2% (84) para os hipertensos e 53,0% (35) para os diabéticos, como é apontado nas figuras 19 e 20. Todavia, destaca-se que essas orientações foram mais focadas para os usuários que efetivamente eram fumantes, pois esses eram os indivíduos que apresentavam mais riscos relacionados à condição de saúde.



Fonte: Dados coletados pelo próprio autor. São José do Mipibú/RN. 2014.

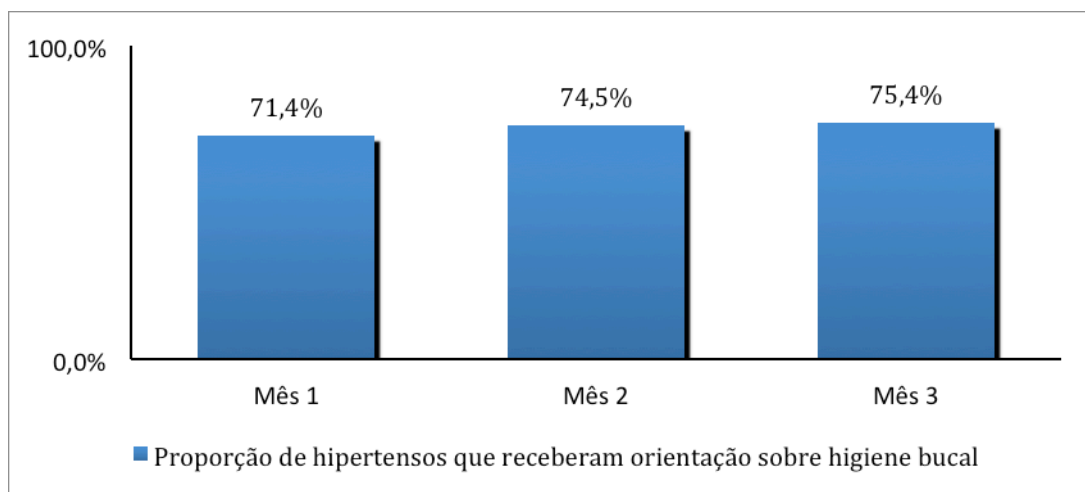
Figura 19: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na USF Bairro Novo. São José do Mipibú/RN. 2014.



Fonte: Dados coletados pelo próprio autor. São José do Mipibú/RN. 2014.

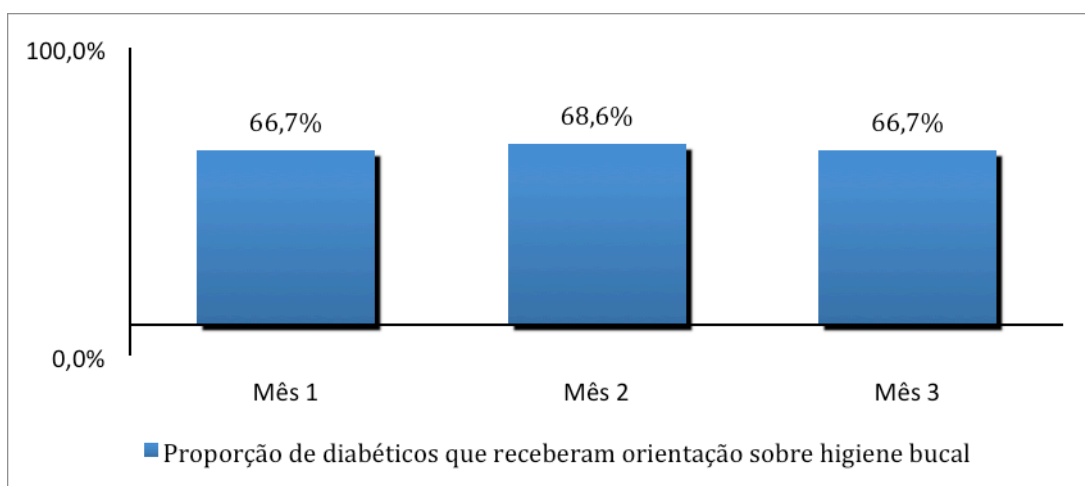
Figura 20: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na USF Bairro Novo. São José do Mipibú/RN. 2014.

Por fim, os indicadores concernentes à orientação sobre higiene bucal o valor alcançado ao final da intervenção foi de 75,4% (107) para os hipertensos e 66,7% (44) para os diabéticos, como é mostrado nas figuras 21 e 22.



Fonte: Dados coletados pelo próprio autor. São José do Mipibú/RN. 2014.

Figura 21: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal na USF Bairro Novo. São José do Mipibú/RN. 2014.



Fonte: Dados coletados pelo próprio autor. São José do Mipibú/RN. 2014.

Figura 22: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal na USF Bairro Novo. São José do Mipibú/RN. 2014.

## 4.2 Discussão

O envelhecimento, a urbanização, as mudanças sociais e econômicas, assim como a globalização transformaram os padrões brasileiros no que se refere ao viver, se alimentar e trabalhar (DUARTE; BARRETO, 2012). E, estas transformações provocaram mudanças também no processo saúde-doença-cuidado e deve resultar em novas formas de organização dos serviços de saúde.

Os serviços de saúde, quando organizados de forma a priorizar as condições agudas e agudizações de condições crônicas, não conseguem produzir resultados eficientes, eficazes e com a qualidade esperada pela população (MENDES, 2010). Por isso, é importante que as equipes multiprofissionais da atenção básica estabeleçam em seu processo de trabalho o vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, considerando também as diversidades e os fatores sociais que estão envolvidos nas relações (BRASIL, 2013).

Durante a fase de análise situacional, foi observado que a participação dos usuários estava aquém à esperada. Mas, por outro, quando os indicadores de qualidade presentes no caderno de ações programáticas foram analisados, notou-se que havia uma dissonância entre o que é preconizado nos Cadernos de Atenção Básica para essas duas doenças crônicas e o que era realizado na unidade. Desta forma, a intervenção não poderia ter sido estruturada de outra forma que não fosse relacionando a gestão, os profissionais da ESF e a comunidade.

Ao analisar os dados produzidos pela intervenção e compará-los com os dados da fase de análise situacional, observa-se que muitos pontos críticos foram superados. E esse é um ponto importante, pois o controle e diagnóstico da HAS, assim como da DM é uma forte atribuição da ESF. Além disso, tem caráter de ação prioritária na saúde do adulto em sua fase inicial e é uma ação estratégica de atuação de acordo com o Pacto em Defesa da Vida produzido no ano de 2005 (RABETTI; FREITAS, 2011).

Um exemplo disso foi a realização da estratificação de risco cardiovascular, pois foi constatado durante a fase de análise situacional que ele não era realizado, ou não era registrado em prontuário, durante as consultas clínicas. E, após os 4



meses de intervenção, 100% dos usuários atendidos na USF foram submetidos à estratificação de risco cardiovascular conforme o que é preconizado pelo Caderno da Atenção Básica: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.

Outro ponto crítico encontrado na unidade ainda na fase de análise situacional, esteve relacionado aos registros dos atendimentos, visto que eles não permitiram responder a todos os quesitos do Caderno de Ação Programática. E, se o registro não é realizado com a qualidade necessária, o subsequente acompanhamento longitudinal do indivíduo se torna prejudicado. Porém, ao final da intervenção 100% dos indivíduos acompanhados estavam com seus registros adequados na ficha de acompanhamento.

Além disso, houve uma redução dos indivíduos faltosos às consultas clínicas resultante das constantes buscas ativas que eram realizadas com aqueles que não compareciam. Esse fato é importante uma vez que ele pode interferir no seguimento do tratamento. Pois, em virtude do longo tratamento que as doenças crônicas exigem, há uma parcela considerável de abandono do tratamento com o passar do tempo. E, esse abandono pode resultar em agravamento do quadro clínico, podendo gerar também hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares.

O engajamento da equipe foi algo essencial para que os diversos resultados fosse alcançados. Afinal, embora a busca ativa tenha sido pactuada com toda a equipe, foi a figura do ACS que mais atuou para que ela realmente fosse realizada. Além disso, a participação do profissional técnico de Enfermagem nas visitas domiciliares foi importante até por permitir maior agilidade durante essas visitas.

Porém, se a intervenção fosse iniciada novamente neste momento, eu investiria em mais espaços de educação em saúde para que pudéssemos ampliar a cobertura do HIPERDIA e reduzir os esforços para o resgate dos usuários faltosos às consultas. Outro ponto que reforçaria seria com a gestão. Pois, em diversos momentos eu precisei fazer diagnósticos sem o mínimo de suporte laboratorial, ou mesmo de outros níveis de atenção à saúde. Desta forma, nem sempre eu conseguia dar seguimento à investigação, ou mesmo ao tratamento do usuário, em virtude de limitações próprias do município.

Com relação à incorporação das atividades da intervenção à rotina do serviço de saúde, destaca-se a consulta conjunta da médica com a enfermeira. Além disso, tem as reuniões do grupo do HIPERDIA. Afinal, embora as reuniões do grupo do HIPERDIA já existissem, elas não estavam estruturadas com espaços para a definição dos temas a partir do que era sugerido pelos usuários. E, os espaços de educação em saúde nem sempre utilizavam metodologias que favorecessem à participação dos usuários.

Ademais, sugere-se que os resultados apresentados e que são resultantes dessa intervenção sejam disseminados para outras equipes de ESF para que eles possam embasar outras equipes na organização de novas ações programáticas. Afinal, a vigência do PROVAB é de um ano, mas os benefícios para a comunidade e que são resultantes desse programa, devem ser duradouros.

Por fim, conclui-se que a intervenção alcançou diversos pontos positivos como a formação de uma base de dados com todos os usuários acompanhados no ano de 2014 e que ficará para os profissionais que continuarão na unidade. Desta forma, essa base poderá embasar o exercício profissional de outros profissionais que forem iniciar o trabalho na USF Bairro Novo. Ademais, não há como dissociar que a melhoria dos indicadores de qualidade da atenção e o sucesso da terapêutica estão intimamente ligados à adesão do usuário à USF. Por isso, toda a equipe, assim como a gestão, deve unir esforços para ampliar a cobertura das ações dos serviços de saúde.

#### **4.3 Relatório da Intervenção para os Gestores**

A intervenção realizada na USF Bairro Novo em São José do Mipibú/RN teve duração de três meses e atendeu diretamente 161 usuários com diagnóstico de HAS e/ou DM. Porém, não é possível contabilizar os que foram indiretamente beneficiados em virtude das diversas ações que foram feitas na USF e dos espaços de educação em saúde que foram construídos nas consultas clínicas dos indivíduos e demais familiares.

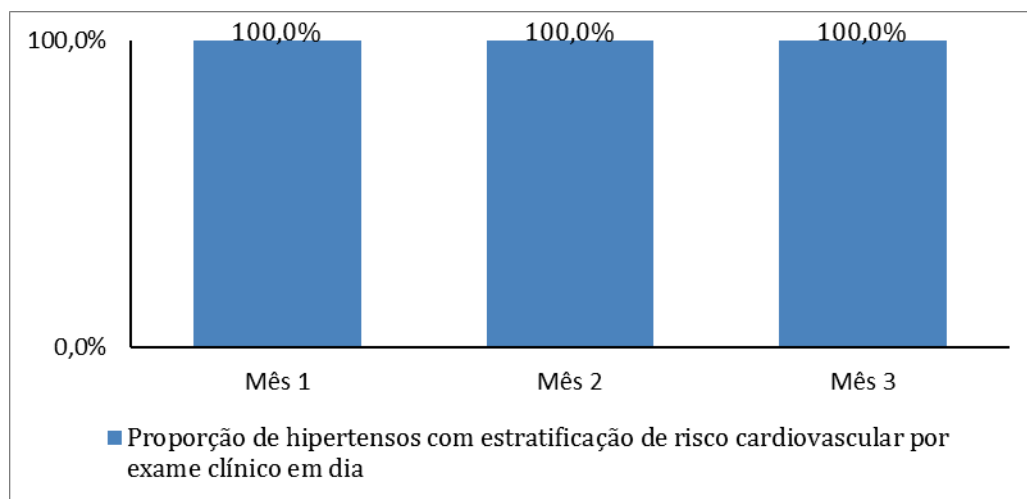
Durante toda a intervenção diversos foram os momentos de educação permanente e por isso, houve uma clara mudança na prática assistencial e que foi mostrado pelos indicadores de qualidade. Um exemplo disso foi a realização de 100% dos exames clínicos com estratificação de risco cardiovascular, conforme

periodicidade indicada pelos Cadernos da Atenção Básica: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.

A realização da estratificação de risco cardiovascular é um indicador importante nessa intervenção, uma vez que na análise situacional foi verificado que a estratificação de risco não era realizada. As figuras 15 e 16 mostram a proporção de usuários com realização da estratificação cardiovascular ao longo dos 3 meses de intervenção. E, para que ela fosse iniciada na unidade, toda a equipe precisou se debruçar nos Cadernos da Atenção Básica: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.

Torna-se importante ressaltar que a educação permanente é importante, pois os profissionais da atenção básica têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle de doenças crônicas como a HAS e DM (BRASIL, 2013). E, eles devem também, ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e a implementação de estratégias de controle dessas doenças.

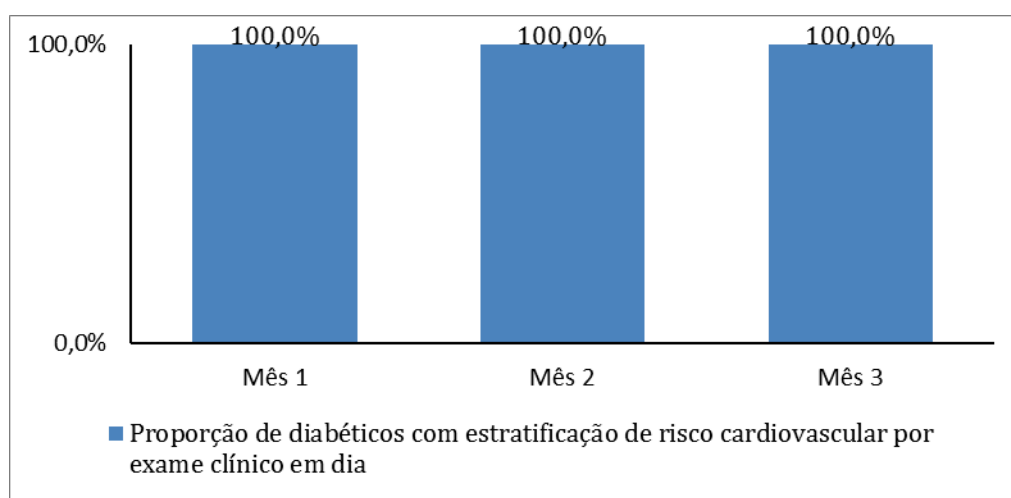
Além disso, estabelecer um processo de educação permanente com os profissionais da atenção básica possibilita a construção de novas práticas e mudanças nos processos de trabalho naquelas equipes que não produzem os resultados esperados (BRASIL, 2013). Desta forma, fazer uma intervenção educativa, sistematizada e permanente com os profissionais de Saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas do cuidado em saúde. E, recomenda-se que a equipe de saúde possa contemplar os saberes de todos os profissionais envolvidos no processo de cuidar da atenção básica (SANTA HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010).



Fonte: Dados coletados pelo próprio autor. São José do Mipibú/RN. 2014.

Figura 15: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na USF Bairro Novo. São José do Mipibú/RN. 2014.

Outro ponto que beneficiou a equipe foi o reconhecimento que ações multidisciplinares e interdisciplinares podem ser mais eficazes do que ações em saúde realizadas exclusivamente com um núcleo profissional. E, essas ações, que inicialmente eram feitas de forma muito pontuais, foram tornando-se mais corriqueiras com o passar da intervenção e culminaram em indicadores de qualidade mais satisfatórios.



Fonte: Dados coletados pelo próprio autor. São José do Mipibú/RN. 2014.

Figura 16: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na USF Bairro Novo. São José do Mipibú/RN. 2014.

A gestão teve um papel importante para viabilizar a intervenção, seja fornecendo material impresso ou material médico-hospitalar, seja disponibilizando espaços para as atividades de capacitação e sensibilização da equipe da USF. Com relação à estrutura física da unidade, ao final da intervenção a reforma da unidade de saúde terminou e a equipe pôde retornar para a unidade de origem. Infelizmente esse retorno só aconteceu recentemente, mas os benefícios da reforma serão desfrutados pela equipe e pelos usuários.

Para melhorar a intervenção a gestão municipal poderia ter otimizado a questão dos exames laboratoriais no município. Afinal, com a utilização de protocolos específicos de atenção à saúde, a tendência é aumentar a demanda por exames complementares e atualmente o município tem certa dificuldade em disponibilizá-los. Essa dificuldade foi reproduzida nos indicadores de qualidade que relacionavam-se à proporção de usuários com exames complementares em dia. E, outro ponto que poderia ser melhorado é a disponibilização dos medicamentos da Farmácia Popular/ HIPERDIA. Afinal, alguns usuários reclamavam das dificuldades para adquirir esse medicamentos e outros afirmavam que não tinham acesso a eles.

Por fim, torna-se importante destacar que os resultados desejáveis estão associados às mais diversas dimensões do cuidado, que incluem o acesso aos medicamentos, à relação entre o profissional de saúde e o usuário, assim como esses últimos aderem à proposta terapêutica. Portanto, ao elaborar uma intervenção abordando a DM e a HAS, não há como não considerar todos esses fatores que interferem diretamente no sucesso da terapêutica.

#### **4.4 Relatório da Intervenção para a Comunidade**

Com a intervenção a comunidade teve diversos benefícios, visto que ao longo de três meses, a USF de Bairro Novo atendeu 161 indivíduos com diagnóstico de HAS e/ou DM. Ademais, foram realizadas diversas atividades voltadas para a comunidade como as reuniões dos HIPERDIA e as lideranças comunitárias, as visitas domiciliares, a busca ativa de usuários faltosos às consultas clínicas. A figura

17 mostra a aferição da pressão arterial sistêmica realizada pela técnica em Enfermagem da equipe da USF de Bairro Novo em São José do Mipibú/RN.

Ressalta-se que as reuniões do HIPERDIA foram espaços de educação em saúde, mas que a equipe realizava educação em saúde durante consultas clínicas, mesmo quando não era para os usuários com diagnóstico de DM ou HAS. A figura 18 mostra a primeira reunião do grupo do HIPERDIA da Unidade de Estratégia de Saúde da Família de Bairro Novo. São José do Mipibú –RN.

Destaca-se também que diversos momentos de capacitação e sensibilização relacionados com o tema da intervenção foram realizadas com a equipe da USF em questão. Pois, como a HAS e a DM são problemas de saúde considerados condição sensível à atenção primária, o bom manejo deste problema ainda na atenção básica evita hospitalizações e mortes resultantes do agravamento dos quadros clínicos dos usuários (BRASIL, 2013).

Além disso, a intervenção será incorporada à rotina da USF Bairro Novo uma vez que a unidade continuará utilizando como base para o atendimento clínico, os Cadernos da Atenção Básica: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. E, embora não haja mais a intervenção do PROVAB, os dados gerados durante a intervenção estarão disponibilizados e poderão ser utilizados pela equipe de saúde, pelos usuários e pela gestão como base para que novas ações sejam desenvolvidas.

Figura 23: Aferição de pressão arterial sistêmica realizada pela técnica de Enfermagem da equipe da Estratégia de Saúde da Família de Bairro Novo em São José do Mipibú/RN.



Fonte: Arquivo pessoal da especializanda. São José do Mipibú-RN. 2014

Por fim, ressalta-se que para melhorar a atenção a saúde na USF Bairro Novo, a comunidade precisa estar cada vez mais presente. Pois não há como estruturar ações que beneficiem a saúde da comunidade sem que ela se faça presente. Por isso, os espaços de educação em saúde foram elaborados de acordo com as necessidades que eram apontadas pelos usuários presentes nos encontros promovidos pela unidade de saúde.

Figura 24: Primeira reunião do grupo HIPERDIA da Unidade de Estratégia de Saúde da Família de Bairro Novo. São José do Mipibú –RN. 2014.



Fonte: Arquivo pessoal da especializanda. São José do Mipibú-RN. 2014

## 5. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

A reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem será elaborada a partir de três eixos: o desenvolvimento do trabalho no curso e a relação com as expectativas iniciais; O significado do curso para a minha prática profissional; E, os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso.

O desenvolvimento do trabalho no curso foi se distanciando das expectativas iniciais à medida que as dificuldades estruturais da ESF foram aparecendo. Pois, logo no início das atividades, a unidade iniciou uma reforma e a equipe foi deslocada para uma casa alugada que não tinha a estrutura adequada para que as atividades fossem realizadas.

Desta forma, ao longo de todo o curso, todas as atividades que envolviam informações que teriam que ser resgatadas de equipes anteriores foram extremamente desgastantes. Pois, nem sempre não era por falta de disponibilidade da equipe, mas às vezes a equipe não tinha acesso aos documentos que eram necessários para as consultas de determinados dados.

Por outro lado, a expectativa de que seria um curso com conteúdos necessários à prática dos profissionais foi comprovada ao longo dos meses. E, ele foi muito importante para o exercício da minha atividade profissional. Pois, se de um lado tinham os trabalhos relacionados à conhecer uma realidade, identificar os problemas e intervir sobre eles que eram as atividades relacionadas à intervenção, do outro tinham os casos clínicos interativos que traziam a prática clínica à tona.

Sendo assim, o curso teve um significado de qualificação necessária à prática profissional. Afinal, mesmo que durante a graduação eu tenha realizado várias aproximações com a ESF ao longo dos seis anos do curso, ao assumir o cargo de médica de uma equipe, eu tinha responsabilidades inerentes à minha profissão e que, em alguns momentos, eu não tive anteriormente.

Um exemplo bastante frequente disso foi o tempo que levei para assimilar todos os papéis que estão relacionados ao exercício médico em uma ESF. Pois, não bastava diagnosticar uma patologia como a HAS em um usuário. Afinal, se o diagnóstico foi feito, eu precisava preencher guias, inserí-lo no grupo, cadastrá-lo



como hipertenso e, ainda numa mesma consulta, realizar todas as orientações pertinentes à essa patologia específica.

Todavia, não há como não relacioná-lo também ao volume exaustivo de atividades, principalmente quando a intervenção foi sendo delineada. Acho importante destacar que em alguns momentos, o período destinado à uma determinada atividade era inferior ao que seria necessário. Um exemplo disso foi a semana em que a tarefa foi realizar o referencial teórico do projeto. Além disso, comumente existiam duas tarefas distintas para uma mesma semana.

Por fim, os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso estão relacionados essencialmente ao meu desenvolvimento como médica de uma ESF. Pois, agora me sinto muito mais segura para exercer a Medicina. Além disso, pude experienciar o que é trabalhar de forma interdisciplinar e o quanto isso pode contribuir para as condutas clínicas e, por consequência, para o melhor prognóstico do usuário acometido por uma patologia.

Além disso, por mais que ao longo dos anos do curso de graduação eu tenha lido diversos artigos sobre experiências multidisciplinares, assim como interdisciplinares, eu pouco pude vivenciá-los. E, durante esse período da intervenção, as consultas clínicas dos hipertensos e diabéticos foram realizadas de forma interdisciplinar. Sendo assim, mesmo que eu tenha gostado bastante de realizar os estudos de prática clínica e os casos clínicos integrativos, sei que o maior aprendizado está relacionado à vivência interdisciplinar. Afinal, a prática interdisciplinar nem sempre está presente em todos os serviços de saúde.

## 6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Atlas do censo demográfico 2010**. – Rio de Janeiro: IBGE, 2013. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado à pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n.36)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado à pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n.37)

DUARTE, E.C.; BARRETO, S.M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e serviços de saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.21, n.4, p. 529 – 532, dez. 2012.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p. 2297 – 2305.2010.

RABETTI, A.C.; FREITAS, S.F.T. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. **Revista de Saúde Pública**, v.45, n.2, p.258 – 268. 2011.

SANTA HELENA, E. T; NEMES, M.I.B; ELUF-NETO, J. Avaliação da assistência à pessoa com hipertensão arterial em unidades de estratégia de saúde da família. **Revista Saúde & Sociedade**, São Paulo, v.19, n.3, p. 614 – 626. 2010.

## **7. Anexos**

Para a realização da intervenção, foi utilizada uma ficha espelho, assim como uma planilha de coleta de dados e que estarão disposto a seguir.











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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª  
Profª Ana Cláudia Gastal Fassa

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

Prezada Pesquisadora;

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

Patrícia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

