

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS - UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE A DISTÂNCIA
TURMA 4



Trabalho de Conclusão de Curso

**Qualificação à Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e
Diabete Mellitus na USF Campo Alegre, Amélia Rodrigues/BA**

ÂNGELA CARLA GONÇALVES MONTEIRO

Pelotas, 2014

ÂNGELA CARLA GONÇALVES MONTEIRO

**Qualificação à Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e
Diabete Mellitus na USF Campo Alegre, Amélia Rodrigues/BA**

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

Orientadora: Raimunda Maria de Melo

Pelotas, 2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

M772q Monteiro, Angela Carla Gonçalves

Qualificação à atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabete mellitus na USF Campo Alegre, Amélia Rodrigues, BA / Angela Carla Gonçalves Monteiro ; Raimunda Maria de Melo, orientadora. — Pelotas, 2014.

101 f. : il.

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

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Doença crônica. 4. Diabetes mellitus. 5. Hipertensão. I. Melo, Raimunda Maria de, orient. II. Título.

CDD : 362.14

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha mãe, Angélica "In memoria", pelo amor incondicional e dedicação sempre presente quando em vida, e que de certo continua a me iluminar espiritualmente.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, pela força e coragem durante toda esta longa caminhada. Ao meu pai, meus irmãos e sobrinho pelo apoio constante. Ao meu esposo que me deu força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades. A minha filha, de tenra idade, pela compreensão nos momentos em que estive ausente. A minha orientadora, pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão desta etapa. A equipe de trabalho pela experiência de uma intervenção compartilhada.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde ..	72
Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde....	73
Figura 3: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa	74
Figura 4: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.....	74
Figura 5: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	75
Figura 6: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	76
Figura 7: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	77
Figura 8: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	78
Figura 9: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do HIPERDIA ou da Farmácia Popular	79
Figura 10: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do HIPERDIA ou da Farmácia Popular	79
Figura 11: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	80
Figura 12: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	80
Figura 13: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....	81
Figura 14: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....	82
Figura 15: Proporção de hipertensos com avaliação odontológica	82
Figura 16: Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.....	83

LISTA DE ABREVIATURAS

ACD Atendente de Consultório Dentário

ACS Agente Comunitário de Saúde

ACE Agente Comunitário de Endemias

AVC Acidente Vascular Cerebral

CEO Centro Especializado Odontológico

DM Diabetes Mellitus

ESF Equipe de Saúde da Família

HAS Hipertensão Arterial Sistêmica

HDL High Density Lipoproteins (Lipoproteínas de alta densidade)

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LDL Low Density Lipoproteins (Lipoproteínas de baixa densidade)

MS Ministério da Saúde

NASF Núcleo de Atenção a Saúde da Família

KM Quilometro

OMS Organização Mundial de Saúde

PI Piauí

SIAB Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS Sistema Único de Saúde

UBS Unidade Básica de Saúde

UFPEL Universidade Federal de Pelotas

USF Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	Análise Situacional	10
1.1	Texto Inicial sobre a Situação da ESF	10
1.2	Relatório da Análise Situacional da Análise Situacional	11
1.3	Comentário Comparativo Sobre o Texto Inicial e o Relatório da Análise Situacional	22
2	Análise Estratégica.....	23
2.1	Justificativa	23
2.2	Objetivo e Metas	25
2.2.1	Objetivo Geral.....	25
2.2.2	Objetivos Específicos.....	25
2.2.3	Metas	25
2.3	Metodologia	27
2.3.1	Ações.....	27
2.3.2	Indicadores	48
2.3.3	Logística	53
2.3.4	Cronograma	59
3	Relatório da Intervenção	62
3.1	Ações previstas no projeto que foram Desenvolvidas	62
3.2	Ações previstas no Projeto que não foram Desenvolvidas	68
3.3	Dificuldades Encontradas na Coleta e Sistematização dos Dados.....	69
3.4	Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço	70
4.	Avaliação da Intervenção	71
4.1	Resultados	71
4.2	Discussão	84
4.3	Relatório da Intervenção para os Gestores	86

4.4 Relatório da Intervenção para a Comunidade	89
5 Reflexão Crítica sobre Seu Processo Pessoal de Aprendizagem	91
ANEXOS	94

RESUMO

MONTEIRO, Ângela Carla G. **Qualificação à Atenção aos Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabete Mellitus na USF Campo Alegre, Amélia Rodrigues/BA**, 2014. Trabalho de Conclusão Curso – Especialização em Saúde da Família – UnaSUS, Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

Este trabalho trata-se de uma intervenção na ação programática de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos da Unidade de Saúde da Família de Campo Alegre, em Amélia Rodrigues/BA. O objetivo geral foi melhorar a atenção aos adultos com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus. As ações realizadas durante a intervenção incluíram quatro eixos pedagógicos, quais sejam: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Desta forma, foram viabilizadas as ações monitoramento do número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, bem como o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo, realização de exame clínico, monitoramento dos usuários com exames laboratoriais solicitado, garantia da totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde, orientação sobre prática de atividade física, alimentação saudável, malefícios do tabagismo, formação de grupo de educação em saúde para a realização de atividades educativas voltadas para o auto cuidado e administração correta das medicações. Além disso, a equipe de saúde foi capacitada para realizar as ações durante a intervenção na USF, bem como com vistas na educação permanente em saúde. Ao final da intervenção observou-se resultados positivos quanto aos a melhoria da qualidade e do acesso dos usuários hipertensos e/ou diabético ao programa. A equipe de saúde refletiu sobre seu processo de trabalho, reviu suas atribuições, viabilizando atenção à um maior número de pessoas, a melhoria do registro e o agendamento dos Hipertensos e/ou Diabéticos. Além disso, otimizou a agenda para a atenção à demanda espontânea, a qualificação da atenção com destaque para avaliação de risco em ambos os grupos e exame dos pés dos diabéticos. Vale ressaltar que a intervenção além de refletir diretamente na qualidade da saúde prestada aos hipertensos e diabéticos, estende-se a melhoria dos serviços à população idosa. Proporcionando a redução dos gastos públicos com as despesas hospitalares. Desta feita, a intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isso é necessário ampliação da oferta de exames laboratoriais e complementares. Os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso foram a organização do processo de trabalho dos membros da equipe, o planejamento das ações em saúde, e o conceito e organização da demanda espontânea na Estratégia Saúde da Família. Espera-se que a equipe, interagindo com a comunidade, se aproprie da proposta, de forma que num trabalho conjunto possa-se continuar contribuindo na continuidade e no aperfeiçoamento do trabalho proposto, contribuindo assim com sua continuidade e aperfeiçoamento.

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

APRESENTAÇÃO

Este trabalho teve como objetivo geral melhorar a atenção aos adultos hipertensos e diabéticos da Unidade Básica de Saúde Campo Alegre, localizada no município de Amélia Rodrigues, estado da Bahia.

A primeira seção trata da análise situacional, onde é apresentado o município de Amélia Rodrigues, bem como descreve a estrutura da unidade de saúde e os serviços ofertados, local da intervenção, e ao mesmo tempo traz uma análise da atenção à saúde realizada pelos profissionais que estão inseridos nessa unidade.

A segunda seção faz a descrição da análise estratégica, apresenta os objetivos, as metas, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, os indicadores, a logística e o cronograma para a intervenção.

O relatório de intervenção será apresentado na terceira seção, desta feita traz uma reflexão sobre as ações desenvolvidas durante o período da intervenção, que estavam prevista desde o projeto, bem como aquelas que não foram executadas. Também está expresso no relatório as dificuldades encontradas durante a coleta e consolidação dos dados e uma análise da viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço da unidade de saúde Campo Alegre.

A quarta seção apresenta a discussão dos resultados obtidos durante os quatro meses de intervenção, assim como o relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade da área adscrita da unidade.

Na seção cinco traz uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem do especializando durante o curso de especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL).

Na seção seis são apresentadas as referências utilizadas neste trabalho e, conseqüentemente, os anexos que serviram como instrumentos norteadores para o desenvolvimento da intervenção.

1 Análise Situacional

1.1 Texto Inicial sobre a Situação da ESF

A Unidade de Saúde da Família Campo Alegre localiza-se no município de Amélia Rodrigues, que possui uma população total de 25.000 habitantes, conforme senso 2010 (IBGE, 2010). A área de abrangência da unidade comporta área urbana e periferia. A unidade foi construída com a finalidade de ser a sede de uma equipe de saúde da família do município. A estrutura física é composta por uma recepção pequena, sala de espera, banheiro masculino e feminino para pacientes, sala de vacina revestida de cerâmica, porém não é arejada. Além disso, a unidade possui sala de reunião, consultório médico, consultório de enfermagem, sala de curativo, sala de procedimentos, central de material esterilizado, porém em desacordo com o preconizado. Também possui em sua estrutura um consultório odontológico, cozinha, uma farmácia pequena, não arejada e sem ar condicionado, banheiro para funcionário.

A equipe de saúde possui a seguinte composição: médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de saúde bucal, dois técnicos em enfermagem, recepcionista, auxiliar de serviços gerais, nove agentes comunitários de saúde (ACS) e três agentes de endemias (AE).

As famílias são cadastradas pelos ACS, através da ficha A. Mensalmente os ACS atualizam o número de família de sua micro área e os dados são enviados para Secretaria Municipal de Saúde inserir no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Cada família tem um envelope, onde ficam todos os prontuários de seus membros. As consultas são agendadas para os profissionais de nível superior e todos os dias temos vagas para demanda espontânea. A equipe executa atividades voltadas para contemplar os princípios do SUS e as ações programáticas da

atenção básica, sejam elas pré-natal, puericultura, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino e de mama, atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, dentre outras.

Em relação aos encaminhamentos para especialidades médicas e exames ofertados pelo município, os mesmos são agendados na própria unidade. A população tem acesso a obstetra, cardiologista, nutricionista, ECG, USG, RX, sempre agendados pela central de regulação da secretaria.

A equipe da unidade aderiu ao PMAQ e foi avaliada pela primeira vez em 2012, processo que o foi de suma importância para a equipe, haja vista que instigou a avaliação e o monitoramento dos indicadores de saúde a fim de melhorar a realidade de saúde da população adscrita.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Amélia Rodrigues, estado da Bahia, localizado na Região Metropolitana de Feira de Santana, distante a 80 km da Capital Salvador. Sua população estimada em 2012, segundo dados do IBGE, é de 25.080. O município possui 07 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia Saúde da Família (ESF), todas com equipe de saúde bucal. Um Hospital de Pequeno Porte com atendimento a urgência e emergência e um CAPS tipo 1. Não se dispõe de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). O município oferece atendimento médico especializado em cardiologista, nutricionista, obstetra, urologista e neurologista. Na rede de saúde municipal dispõe-se de exames laboratoriais, raio X e ECG.

Segundo o Sistema de informação da Atenção Básica (SIAB), em 2013, o município de Amélia Rodrigues registrou 1.908 casos de hipertensão, sendo 1 caso na faixa etária de 0 a 14 anos e 494 casos de diabetes, sendo 3 de 0 a 14. Conforme SIAB, na USF Campo Alegre há 149 diabéticos e 456 hipertensos. A área adstrita da Unidade de Saúde da Família Campo Alegre possui em média 3.800 pessoas, quantidade estimada, para cobertura de uma equipe da ESF. Sendo 1.862 pessoas do sexo masculino e 1.938 pessoas do sexo feminino. A maioria pré-adolescentes, adolescentes e jovens, de 10 a 29 anos. Para fornecer um atendimento adequado a população da área adstrita são agendadas diariamente 80% das vagas e os 20% são destinados a demanda espontânea. O acolhimento à

demanda espontânea é realizado pela enfermeira da unidade, onde é avaliado o risco para cada caso.

A UBS Campo Alegre funciona como ESF, fica na área urbana, no centro da cidade, possui uma equipe multidisciplinar composta por uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, um médico, uma dentista, uma Agente de consultório dentário, uma recepcionista, uma atendente de serviços gerais, nove ACS e quatro ACE. Segundo os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) consolidados em julho 2013, a USF possui 1323 famílias cadastradas, 421 usuários hipertensos e 134 usuários diabéticos.

Quanto à estrutura física a UBS possui rampa e escada na entrada, uma pequena recepção e sala de espera, dois banheiros para pacientes, sendo um com entrada ampla para acesso a cadeira de roda; uma farmácia básica pequena, não é arejada; dois banheiros para funcionários; sala de vacina que não possui ar condicionado; uma sala de reunião com janela ampla; um consultório médico com janela; uma sala de curativo com janela; um consultório de enfermagem com janela e banheiro; uma sala de procedimento com janela; uma Central de material esterilizados pequena, não possui fluxo; um consultório odontológico com ar condicionado.

A unidade apresenta diversas deficiências na estrutura e barreiras arquitetônicas para idosos, portadores de deficiência física e deficientes momentâneos. Temos rampa de acesso à unidade com inclinação muito elevada, sem corrimão, a recepção é muito pequena e os envelopes das famílias ficam armazenados em uma estante aberta.

A sala de espera não tem assento suficiente. Esta realidade impede os usuários de exercer com plenitude sua cidadania por encontrar sérias dificuldades de movimentação frente à inadequação dos espaços públicos e das edificações, ferindo o princípio da acessibilidade e da universalidade. As barreiras arquitetônicas prejudicam a demanda de atendimento aos idosos e deficientes na unidade de saúde. Vale ressaltar que a coordenadora da unidade tenta amenizar esses gargalos proporcionando um acolhimento humanizado. A unidade não possui sala de nebulização e escovário. A farmácia é pequena e não tem ventilação. A Central de Material Esterilizado não tem fluxo: recepção, lavagem e descontaminação de materiais. Não há sala dos ACS, lavatórios e/ou pias com torneiras de fechamento que dispensa o uso das mãos.

A Lei Orgânica da Saúde por meio do Decreto nº 3298/99, em seu artigo 23, capítulo II, diz que é de competência da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e da garantia do atendimento às pessoas portadoras de deficiência. É, portanto, responsabilidade da atenção básica estar preparada para o atendimento desta importante demanda que recorre às UBS em busca de assistência à saúde.

Conforme a Norma Brasileira 9050, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT/NBR9050/1994), promover a acessibilidade no ambiente construído é proporcionar condições de mobilidade, com autonomia e segurança, eliminando as barreiras arquitetônicas e urbanísticas nas cidades, nos meios de transportes e de comunicação.

Para um melhor desenvolvimento das atividades da unidade pode-se elencar os seguintes requisitos: acolhimento a comunidade adstrita, manutenção dos medicamentos e imunobiológicos, para tal, é necessário sala de vacina e farmácia climatizadas, CME com fluxo para entrada e saída de materiais, sala de reunião, recepção e sala de espera mais amplas. A equipe atua viabilizando soluções para os problemas estruturais da unidade.

A qualidade do atendimento e o desenvolvimento das atividades não dependem unicamente de uma unidade estruturada. É importante que a equipe conheça a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identifique os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta; elabore, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença; preste assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, com ênfase nas ações de promoção à saúde; resolva, através da adequada utilização do sistema de referência e contra referência, os principais problemas detectados; desenvolva processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos, bem como promova ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados.

A equipe identificou hipertensão e diabetes, como sendo os problemas de saúde prevalentes na área adstrita. Iniciamos processo educativo para saúde, voltado a melhoria do autocuidado com a perspectiva de aprimorar a atenção dada aos hipertensos e diabéticos. Para realizar o enfrentamento dos determinantes do

processo saúde/doença foi iniciado o processo de implantação do plano local. Não obtivemos sucesso. Provavelmente por estarmos no período eleitoral. Esperamos que a intervenção a ser realizada amplie o cumprimento das atribuições da equipe.

O Engajamento público é essencial para o funcionamento adequado da unidade, o que reflete em uma relação produtiva entre a comunidade e a equipe. É com o engajamento público que a população adquire informação para guiar suas escolhas, interpretar, julgar as informações e implementar suas escolhas. O usuário torna-se ativo diante do plano de cuidado a ele direcionado, bem como colabora com a equipe para a melhoria das ações programáticas direcionada à população. Para que isso ocorra é necessário o apoio da equipe (técnicos, ACS, recepção, médico, dentista, ACD), gestores, comunidade, materiais educativos. Muitas vezes não se tem o apoio de toda a equipe, os usuários não comparecem as atividades, muitos chegam com interesse em receber algo, falta de material para áudio e vídeo. Mas a relação equipe/comunidade tem que ser priorizada. As atividades educativas são postas em prática, mesmo encontrando-se dificuldades e limitações, sendo superadas com gerenciamento da enfermagem. Garantindo a qualidade do engajamento público.

Tendo como parâmetro o "Manual da estrutura da UBS-MS" e o Questionário, blocos E e L, percebe-se a carência de manutenção e reposição de equipamentos, instrumentos e mobiliário, calibragem do esfigmomanômetro. Deficiência de aparelhos necessários como nebulizador, otoscópio, equipamentos e instrumentos de comunicação, informação e informática, prontuário eletrônico. A Unidade realiza agendamento de consultas com cardiologista, urologista, nutricionista e obstetra, as demais são marcadas na central de regulação no município. A UBS disponibiliza um único teste rápido, a glicemia. Essas situações ferem os direitos do usuário do SUS e impossibilita o profissional de prestar um atendimento qualificado, contemplando com os princípios do SUS.

Como análise das prioridades, podemos elencar a manutenção e calibragem dos equipamentos existentes na unidade por ter um custo mais baixo que a compra de equipamentos, pela resolutividade e avaliação periódica da situação do usuário.

Na busca de um melhor atendimento e resolutividade dos problemas enfrentados pela população, os usuários que necessitam de equipamentos inexistentes na unidade são encaminhados ao Hospital de pequeno porte do município, sob a governabilidade da enfermeira coordenadora da unidade.

Tendo como base a leitura “Anexo I da Portaria 2488 de 21 de outubro de 2011” e análise do questionário respondido durante a análise situacional da UBS, observou-se a necessidade de ampliar os cuidados em saúde realizado pelos profissionais da equipe, de forma a atingir as pessoas que estão nos espaços extra muros da unidade, a exemplo da igreja. Pode-se perceber que na UBS o atendimento as urgências e emergências possui limitações, visto que não se dispõe do material básico, como ambu (Bolsa-válvula-máscara) e medicações para os casos que forem necessários.

Além disso, outro ponto que merece destaque é a ausência de protocolos para melhor conduzir os encaminhamentos de usuários a outros níveis de atenção do sistema, como especialidades, internação hospitalar, serviço de pronto atendimento, atendimento em pronto socorro. Observa-se que alguns integrantes da equipe não tem participação efetiva e engajamento nos grupos para atividades educativas, assim como no preenchimento das notificações e busca ativa de doenças e agravos de notificação compulsória. É evidenciada a participação da enfermeira e do ACS, levando a sobrecarga do profissional enfermeiro. A comunidade não é envolvida no exercício da reflexão e discussão para politização de problemáticas que afetam a vida coletiva, exercendo assim o controle da sociedade sobre o governo, o controle social.

Mediante essa conjuntura, para enfrentamento da situação é necessário reuniões periódicas com toda a equipe, conscientização de que todos tem a responsabilidade com atividades educativas, busca ativa de usuários, etc. Engajamento da odontologia e demais profissionais da equipe e a continuidade aos encontros do Conselho Local de Saúde.

O Caderno das Ações Programáticas disponibilizado pela coordenação do curso de Especialização em Saúde da Família oferece estimativas dos diferentes grupos populacionais que são alvo de ações programáticas. Esse instrumento é de grande importância para a equipe. Através dele tomamos conhecimento do quantitativo de cada grupo populacional, podendo assim nortear ao traçar ações direcionadas a cada um deles.

A população na área de abrangência é em média 3.800 pessoas atendidas por uma equipe. A distribuição da população por sexo e faixa etária é estimada com base na distribuição brasileira, percebe-se que na área adscrita existe maior quantidade de adolescentes e adultos jovens do sexo feminino. O número de

menores de 1 ano dos denominadores não coincide com a realidade da área de abrangência, observa-se uma diferença de 27 crianças menores de 1 ano (denominadores= 69 e realidade=42). Nota-se que o número de gestantes da área de abrangência é de 23 gestantes, enquanto que a planilha considera que o número de gestantes seja de 1,5% da população, sendo assim 57 gestantes.

O atendimento as crianças na faixa etária de 0 a 24 meses é realizado através do acompanhamento de puericultura, a criança deixa a unidade com a consulta de retorno agendada. Crianças até 72 meses são atendidas na unidade, mas não tem a mesma frequência dos atendimentos até os 24 meses, ou seja, a equipe faz o agendamento em consonância com o Ministério da Saúde. Desta forma, as crianças no primeiro ano de vida realizam sete consultas, no segundo ano duas consultas; do terceiro ao sexto ano de vida uma consulta. (BRASIL, 2012). O município não possui protocolo próprio, utilizamos o protocolo do Ministério da Saúde e o registro específico para as consultas realizadas. A cobertura da atenção à saúde da criança é inibida pelo entendimento das genitoras que seguem o atendimento assistencialista, sem prevenção. É necessário a inclusão de todos os membros da unidade nas atividades de educação em saúde. A Puericultura também pode ser chamada de Pediatria Preventiva, tem como objeto a criança sadia e seu alvo é um adulto fisicamente sadio, psicologicamente equilibrado e socialmente útil (BRASIL, 2002).

O Caderno de Ações Programáticas foi preenchido através de dados coletados nos prontuários, no livro de registro de teste do pezinho, nos cartões espelho de vacina. Após análise do mesmo percebe-se que a cobertura de puericultura é de 55,5%, havendo a necessidade de elevar esse índice. Os indicadores avaliados da qualidade da atenção à Puericultura, tiveram classificação variada. O número de consultas realizadas na unidade é maior que o preconizado pelo Ministério da saúde (MS). Durante as consultas puerperais fazemos a primeira avaliação do RN, teste do pezinho e vacinação. A triagem auditiva não é disponibilizada pelo município, a mesma tem que ser realizada em clínica particular de outro município. A avaliação bucal é realizada pela enfermeira nas consultas de puericultura e encaminhadas a dentista da unidade quando necessário. Os demais indicadores fazem parte da rotina nas consultas.

Em relação à atenção pré-natal, as gestantes são atendidas mensalmente pela enfermeira. São realizadas reuniões em grupo de gestantes, cujos facilitadores

são a enfermeira da unidade e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O município não possui protocolo próprio. É utilizado como parâmetro o manual do Ministério da Saúde tanto para pré-natal de baixo risco como para o de alto risco. (BRASIL, 2012). As consultas são registradas em livro específico, cujos dados servem para a equipe realizar o monitoramento das ações e a avaliação do serviço.

A cobertura do atendimento na unidade de todas as gestantes não é possível pela maioria delas possuírem plano particular de saúde. As mesmas são acompanhadas pelas agentes comunitária de saúde (ACS). A maioria das gestantes que possuem plano particular de saúde não frequentam as consultas de pré-natal na unidade. Preferem fazer o acompanhamento pré-natal com um obstetra. Os ACS fazem as visitas e sinalizam as gestantes que não fazem acompanhamento pré-natal, para que possamos localiza-la na futura busca ativa.

O município conta com atendimento especializado de obstetrícia para as gestações de alto risco. As gestantes tem acesso garantido a testes rápidos realizados na unidade para VDRL, Anti HIV I e II, HBsAg, Anti-HCV, HTLV I e II, IgG e IGM para toxoplasmose e hemoglobinopatias. Os demais exames: hemograma, sumário de urina, parasitológico de fezes, grupo sanguíneo e fator RH são realizados no laboratório municipal. A cobertura pré-natal é consideravelmente satisfatória. Os indicadores avaliados da qualidade da atenção ao Pré-natal foram contemplados nos requisitos orientação ao aleitamento exclusivo. As gestantes são orientadas nas consultas e nos grupos educativos. As avaliações odontológicas são agendadas na 1ª consulta de pré-natal, assim como avaliação da situação vacinal e solicitação de exames laboratoriais. As consultas são realizadas mensalmente, há prescrição de sulfato ferroso e ácido fólico. A imunização para hepatite B é realizada após resultado de exame laboratorial. O exame ginecológico, citologia e microflora, é realizado pela enfermeira da unidade semanalmente. As gestantes e puérperas são orientadas quanto à importância do Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (ACD) das crianças pela enfermeira.

Em relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama, são realizadas atividades educativas na unidade e na área adstrita. Esse tema é abordado nas atividades educativas pela enfermeira e ACS. O serviço adota o manual do Ministério da saúde. O protocolo do município está em andamento. Os registros específicos possuem dados das usuárias como: número de registro da

lâmina, nome, nome da mãe, idade, nº da família, data de realização do exame, registro resultados para monitoramento regular dos faltosos e futura busca ativa.

A mamografia não é realizada no município, dificultando o acesso da população carente. Uma grande proporção da população feminina possui plano particular de saúde.

A equipe realiza atividades educativas em salas de espera diariamente visando à adesão das mulheres ao rastreamento de câncer de colo de útero e de mama. A Prevenção do Câncer do Colo do Útero é realizada na unidade, sempre um dia na semana. Os registros dos atendimentos são realizados em prontuários, livros de registros de atendimento, impressos de registros de coletas e livros de registros de resultados, onde é feito o controle das pacientes faltosas. Esses registros permitiram o preenchimento do Caderno das Ações Programática do curso de Especialização em Saúde da Família. O percentual das mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área e acompanhadas é de 25%. Percentual baixo, sendo justificado pelo número de mulheres da área adstrita que possuem planos de saúde.

Os indicadores da qualidade de Prevenção do Câncer de Colo de Útero, avaliados no Caderno das Ações Programática, contemplou com 100%: sobre avaliação de risco para CA de colo; orientação sobre prevenção CA de colo uterino; orientação DST's; e exames com amostras satisfatórias. Nas consultas, individualmente, é realizada conscientização sobre DST's, sexo seguro, rastreamento oportuno, reuniões em salas de espera e ações educativas, abordando o tema nas escolas e unidade. Além disso, a equipe realiza busca ativa dos usuários faltosos com auxílio das ACS.

Quanto às consultas para prevenção do Câncer da Mama, são registradas em prontuários, pelo médico da unidade. O município não possui protocolo autorizando os enfermeiros a realizarem solicitações de mamografia. A forma de registro não permitiu o preenchimento desta parte do Caderno da Ação Programática. O preenchimento foi realizado com base no mutirão para realização de mamografias no município, ano passado, e registros de avaliação de resultados de mamografias e USG mamária pela enfermeira. Esses resultados são registrados em prontuário e livro ATA. A cobertura para o controle do câncer de mama é de 25%, o que sinaliza um percentual baixo, pois o exame não é realizado no município. Os usuários procuram a rede particular e o SUS, em cidades com maior suporte. Nos indicadores da qualidade do controle do câncer de mama não pôde ser informado pacientes com

mamografia em dia e com mamografia com mais de 3 meses em atraso, pois a maioria realiza a mamografia em outro município. A equipe não tem acesso aos resultados. Os usuários atendidos na unidade recebem orientação sobre prevenção e avaliação de risco para câncer de mama.

As ações de Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama são de grande importância na atenção primária à saúde. Para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do Controle do Câncer da Mama e colo do útero na unidade é necessário ter registros para essa finalidade, contemplando datas de solicitação e resultados dos exames para rastreamento e seguimento de mulheres com exames alterados, além de busca ativa com o auxílio dos ACS, elevação do número de atividades educativas e conscientização da importância do rastreamento.

As ações de prevenção do câncer de colo de útero e monitoramento são viáveis pela disponibilidade do exame na unidade. A equipe está planejando busca ativa na área, visando abordar as adolescentes para realização da coleta citológica. Nas coletas citológicas são avaliadas as mamas, solicitado mamografia, caso a mulher esteja na faixa etária preconizada pelo MS e orientações. O monitoramento é possível, pois temos registro em livro ata específico.

Abordamos os malefícios do tabagismo nas consultas de todos os usuários da área adscrita. A equipe já está inscrita para capacitação sobre tratamento do tabagismo através do PMAQ.

Os hipertensos e diabéticos são acompanhados na unidade através das consultas de HIPERDIA com médico e enfermeira. Os atendimentos são realizados com base no protocolo do Ministério da Saúde. O protocolo municipal está em andamento. O registro específico para consultas de HIPERDIA dispõe de data do atendimento, nome, idade, medicações em uso, exames realizados e solicitados. Quando necessário os pacientes são encaminhados para nutricionista, cardiologista, urologista, neurologistas no Hospital de Pequeno Porte do município. São realizadas salas de espera sobre o tema encontros semanais com o grupo de atividade educativa DANT.

Todos os participantes do grupo são acompanhados regularmente pelos profissionais de nível superior, as ações tem a participação dos ACS. São realizados alongamento, ginástica para o cérebro, dinâmicas educativas, vídeos educativos e caminhadas. O espaço físico para o acolhimento dos integrantes do grupo é insuficiente. Os atendimentos a hipertensos na UBS são registrados no prontuário

clínico, no registro de triagem e no registro de consultas de HIPERDIA do Ministério da saúde. A forma de registro permitiu o preenchimento incompleto do Caderno das Ações Programáticas. Não foi contemplada a Estratificação de risco cardiovascular por critério médico e pacientes com atraso da consulta agendada por mais de 7 dias.

A estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área, do Caderno das Ações Programáticas, não condiz com a realidade da área. O número estimado é de 801 hipertensos com 20 anos ou mais, enquanto que na realidade existem 404 hipertensos. A área de abrangência da unidade fica localizada no centro da cidade e grande parte da população possui plano privado de saúde, porém todos são acompanhados pela unidade através das visitas dos ACS. Os indicadores sobre Orientação para prática de atividade educativa e orientação nutricional para alimentação saudável foram contemplados.

Quanto ao atendimento aos diabéticos na UBS são registrados no prontuário clínico, no registro de triagem e no registro de consultas de HIPERDIA do Ministério da saúde. Não foi possível contemplar com as solicitações do Caderno das Ações Programáticas, quanto a estratificação de risco cardiovascular por critério médico, usuários com atraso da consulta agendada por mais de 7 dias e com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses. O Caderno das Ações Programáticas informa a estimativa de 229 diabéticos na área de abrangência, porém, na realidade, existem 134 diabéticos. Parte desses possui plano privado de saúde, sendo acompanhados em unidades de saúde particular. Mas todos são acompanhados pelos ACS, enfermeira e médico da unidade, nas visitas domiciliares.

Para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos, diabéticos e idosos, foi implantado pela enfermeira da unidade, com o apoio dos demais integrantes da equipe, o Grupo Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT). Os encontros são semanais, objetivando a prática de atividade física, orientação nutricional, conhecimento da patologia e autocuidado, ginástica para o cérebro, atividades educativas, atendimento odontológico com orientações, prioridade nas consultas com especialistas disponibilizadas no município, imunização, controle glicêmico e da pressão arterial.

Quanto aos malefícios do tabagismo, a equipe está inscrita no PMAQ, onde teremos capacitação e medicações disponíveis para tratamento. O protocolo municipal de atendimento ao hipertenso e diabético está em andamento.

Vale ressaltar que a consulta de retorno a unidade pelos usuários é programada para garantir a efetividade dos programas de saúde pública, permitindo registros atualizados para serem revisados com periodicidade pelos profissionais da unidade. A atenção aos hipertensos e diabéticos é deficiente quanto ao agendamento de retorno às consultas, estratificação de risco, monitoramento das ações e cadastramento no HIPERDIA.

A maioria dos idosos atendidos na unidade sempre tem uma patologia associada, como DM e HAS. A forma de registro dos atendimentos aos idosos é feita em prontuário clínico, livro de registro de atendimento a hipertensos e diabéticos, impresso do MS, livro de triagem e registro de acompanhamento do Grupo DANT. Através desses registros não foi possível o preenchimento de algumas células do Caderno das Ações Programáticas, são elas: realização da avaliação multidimensional rápida; usuários com acompanhamento mais de 3 meses em atraso; com avaliação de risco para morbimortalidade; com investigação de indicadores de fragilização na velhice. O total de idosos residentes na área é de 597, sendo 318 idosos do sexo feminino e 279 do sexo masculino com a estimativa do Caderno das Ações Programáticas. Alguns desses idosos possuem plano privado de saúde. A cobertura de saúde do idoso necessita ser acrescida, a mesma é estimada em 48%. Como também os outros indicadores da qualidade da atenção à Saúde do Idoso como: idosos com caderneta da pessoa idosa, com acompanhamento em dia, avaliação de saúde bucal em dia, orientação de hábitos alimentares e atividade física. Para mudar essa realidade é necessário que a equipe trabalhe interligada, em prol de um mesmo objetivo, melhorando a qualidade do atendimento e registro adequado a esse grupo populacional.

Um dos maiores desafios encontrados nessa trajetória é trabalhar em busca de um SUS almejado, onde todos sejam agentes de mudança, sem que haja a interferência da politicagem, a fim de melhorar a qualidade da atenção à saúde a todos os grupos populacionais inseridos no território da ESF. Há necessidade de superar o quantitativo restrito de recursos materiais para que as ações aconteçam da forma preconizada pelo MS e tornar prioridade a melhoria do acesso dos usuários a unidade, além de sensibilizar as mulheres/adolescentes sobre planejamento familiar, sexo seguro e citologia /microflora.

A estratégia saúde da família necessita de alguns ajustes para melhorar a qualidade da assistência prestada. É necessário ampliar a atenção ao idoso,

mulheres em idade fértil, hipertensos e diabéticos, criança, gestante e engajamento público; a qualificação do atendimento; os registros. A equipe necessita de conscientização sobre as suas atribuições e os usuários aceitarem a promoção da saúde e prevenção dos agravos como estratégia para a mudança na saúde individual e coletiva.

1.3 Comentário Comparativo Sobre o Texto Inicial e o Relatório da Análise Situacional

No início do curso foi solicitado uma análise sobre a "situação da UBS/APS onde atuo", relatei sobre estrutura física da unidade, recursos humanos disponíveis na equipe e pessoal de apoio, atividades desenvolvidas, encaminhamentos de usuários para especialidades médicas, dentre outros aspectos relevantes relacionados à equipe e a unidade.

Após ter realizado a análise situacional da USF Campo Alegre, foi solicitado o relatório. Percebi um olhar diferenciado, ampliado, mais técnico sobre a situação da UBS/APS onde atuo. Percebi que o texto do relatório ficou bastante diferente do que havia feito anteriormente. Estruturado, com base em dados do SIAB, com quantitativo de famílias, com diferenciação de faixa etária das pessoas que vivem na área da área adstrita. Além disso, foi considerada a estrutura e funcionamento detalhado da ESF, elencadas as deficiências da unidade quanto estrutura, funcionamento, equipamentos, mobiliários e processo de trabalho da equipe para cada ação programática da atenção básica. Foi realizado um comparativo com o "Manual da estrutura da UBS-MS", bem como desvelados os requisitos para um melhor funcionamento da unidade e melhoria da saúde da população através de mudanças no processo de trabalho da equipe de saúde.

Assim, o processo de reflexão da análise situacional deve ser instigado constantemente pela equipe, a fim de desenvolver processos de trabalho em consonância com o preconizado pelo Ministério da Saúde, com os princípios do SUS e com as reais necessidades de saúde da população.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Não há uma causa única para estas doenças, mas vários fatores de risco que aumentam a probabilidade de sua ocorrência. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) levam, com frequência, à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o usuário, sua família e a sociedade. Investir na prevenção é de grande importância para garantir a qualidade de vida, como também para evitar a hospitalização e os consequentes gastos na saúde pública. (BRASIL, 2013). Desta forma, a intervenção na atenção ao diabético e ao hipertenso é de extrema importância para a qualidade do serviço ofertado a esse grupo populacional no contexto da atenção primária à saúde.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) configura-se como elemento-chave no desenvolvimento das ações para o controle da HAS e DM, uma vez que, através de uma equipe multidisciplinar, atua na promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, na manutenção da saúde e no estabelecimento de vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a comunidade. Tais vínculos são decisivos para o sucesso do tratamento não medicamento e medicamentoso dos hipertensos e diabéticos, pois quanto maior o grau de participação dos usuários como protagonistas no cuidado à saúde, maior será sua adesão ao plano terapêutico proposto. (BRASIL, 2006).

O município de Amélia Rodrigues situa-se no estado da Bahia e possui uma população de 25.193 habitantes e é constituído por três distritos: um urbano e dois

rurais. (IBGE, 2010). A Unidade de Saúde da Família (USF) do Campo Alegre, escolhida para a realização da intervenção à ação programática de atenção aos hipertensos e diabéticos é uma das sete USF pertencentes ao município de Amélia Rodrigues/BA e localiza-se na zona urbana do referido município. A área adscrita possui um total de 801 hipertensos, estando 404 acompanhados e 229 diabéticos, com 134 acompanhados, sendo que muitos desses acompanhados pela Unidade não possuem cadastro no Programa HIPERDIA do Ministério da Saúde, o que interfere na fidedignidade das informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Dentre os problemas enfrentados destaca-se ausência do cuidado continuado, adesão ao tratamento medicamentoso e cadastramento no HIPERDIA. Os usuários podem contar com uma equipe formada por médico, enfermeira, dentista, técnico em enfermagem e ACD. Além disso, existe uma farmácia básica e sala de imunização todos os dias da semana, nos turnos matutino e vespertino, exceto aos sábados e domingos, para atender as demandas advindas desse grupo. A equipe realiza algumas atividades educativas com os usuários, como salas de espera e palestras sobre hipertensão e diabetes, as quais resultam em positividade no que concerne a apreensão de conhecimento por todos os participantes, sejam usuários e/ou equipe, visto que há troca de experiência entre os atores envolvidos.

Diante disso, a proposta do projeto de intervenção mantém estreita relação com a resolução do problema elencado acima, cuja percepção adveio após a análise situacional, realizada nos meses agosto a outubro de 2013. É fundamental melhorar a cobertura de acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos que vivem na área de abrangência da USF do Campo Alegre. Isso posto, pode-se avaliar que o grau de implementação da ação programática aos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da USF Campo Alegre ainda está aquém do desejado, visto que a cobertura ainda está baixa, a equipe realiza acompanhamento apenas 50% dos usuários hipertensos e diabéticos que estão sob sua responsabilidade, necessitando maior envolvimento dos profissionais. Desta forma, acredita-se que a intervenção será de grande valia para promover mudança no modo de cuidar da equipe, bem como acredita-se que esta irá favorecer a melhora da cobertura do programa.

Ademais, reconhece-se a importância da intervenção para a atenção humanizada, resolutiva e continuada aos usuários hipertensos e diabéticos. Nesse sentido, a intervenção é viável pois promoverá mudança desde o processo de trabalho da equipe até a adesão plena dos usuários as ações provenientes do

programa. Para tal, precisa do engajamento de todos os profissionais da equipe de saúde. Assim, espera-se com a intervenção melhorar a adesão dos usuários ao programa HIPERDIA, cadastramento de 100% dos usuários hipertensos e diabéticos no HIPERDIA, atenção multidisciplinar integrada, uso correto das medicações, acompanhamento com exames levando a uma atenção humanizada e continuada, com resolutividade e responsabilização, prevenção de agravos e consequentes hospitalizações. Haja vista que o acompanhamento dos usuários é essencial para o adequado controle da hipertensão e do diabetes.

2.2 Objetivo e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção aos adultos com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da USF Campo Alegre de Amélia Rodrigues.

2.2.2 Objetivos Específicos

Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos da USF Campo Alegre de Amélia Rodrigues.

Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa.

Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde.

Melhorar o registro das informações.

Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Promoção da saúde.

2.2.3 Metas

Relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura à hipertensos e/ou diabéticos

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

Relativas ao objetivo 2: Melhorar o acompanhamento e a adesão à hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

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

Relativas ao objetivo 3: Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde

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

Relativas ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

Relativas ao objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

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

Relativas ao objetivo 6: Promoção da saúde.

- Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários hipertensos.
- Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários diabéticos.
- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.
- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.
- Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários hipertensos.
- Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários diabéticos.
- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.
- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

2.3.1 Ações

EIXO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- **Ação:** Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
Detalhamento: Semanalmente, a enfermeira e os ACS da equipe verificarão junto ao livro de registro do HIPERDIA e prontuários dos usuários unidade de saúde, quais são os usuários hipertensos que possuem cadastro no programa. Aqueles usuários atendidos durante a semana, que já tenham diagnóstico médico para HAS e/ou DM e ainda não estejam cadastrados, logo serão incluídos no programa.
- **Ação:** Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
Detalhamento: semanalmente, a enfermeira e os ACS da equipe verificarão junto ao livro de registro do HIPERDIA e prontuários dos usuários unidade de

saúde, quais são os usuários diabéticos que possuem cadastro no programa. Aqueles usuários atendidos durante a semana, que já tenham diagnóstico médico para HAS e/ou DM e ainda não estejam cadastrados, logo serão incluídos no programa.

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

Detalhamento: A enfermeira e o médico devem explicar nas consultas a periodicidade para os usuários, os ACS devem fazer o mesmo nas visitas domiciliares. Solicitar da recepção da unidade a marcação do retorno para a próxima consulta

- **Ação:** Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) para diabéticos.

Detalhamento: A enfermeira e o médico devem explicar nas consultas a periodicidade para os usuários, os ACS devem fazer o mesmo nas visitas domiciliares. Solicitar da recepção da unidade a marcação do retorno para a próxima consulta

- **Ação:** Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão.

Detalhamento: A enfermeira e o médico da unidade realizarão exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão uma vez ao mês.

- **Ação:** Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com diabetes.

Detalhamento: A enfermeira e o médico da unidade realizarão exame clínico apropriado das pessoas com diabetes um vez ao mês.

- **Ação:** Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento: A enfermeira deve avaliar prontuário dos hipertensos atendidos semanalmente para verificar solicitação de exames laboratoriais de acordo protocolo do MS.

- **Ação:** Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento: A enfermeira deve avaliar prontuário dos diabéticos atendidos semanalmente para verificar solicitação de exames laboratoriais de acordo protocolo do MS.

- **Ação:** Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: A enfermeira deve avaliar os prontuários dos hipertensos atendidos semanalmente.

- **Ação:** Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: A enfermeira deve avaliar os prontuários dos diabéticos atendidos semanalmente.

- **Ação:** Monitorar o acesso dos hipertensos aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Detalhamento: A enfermeira deve avaliar semanalmente os prontuários dos hipertensos quanto as prescrições medicamentosas, bem como a dispensação desses medicamentos na Farmácia Popular.

- **Ação:** Monitorar o acesso dos diabéticos aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Detalhamento: A enfermeira deve avaliar semanalmente os prontuários dos diabéticos quanto as prescrições medicamentosas, bem como a dispensação desses medicamentos na Farmácia Popular.

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

Detalhamento: A enfermeira deve avaliar registros nos prontuários e ficha espelho de registro de consulta de HIPERDIA, semanalmente.

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

Detalhamento: A enfermeira deve avaliar registros nos prontuários e fichas espelho de registro de consulta de HIPERDIA, semanalmente.

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

Detalhamento: A enfermeira deve avaliar o prontuário dos hipertensos atendidos semanalmente para constatar estratificação de risco.

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

Detalhamento: A enfermeira deve avaliar prontuário dos diabéticos atendidos semanalmente para constatar estratificação de risco.

- **Ação:** Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos com o dentista.

Detalhamento: A enfermeira deve avaliar em prontuário, atendimento odontológico aos hipertensos, bem como solicitará a dentista que oriente os usuários para retorno anual.

- **Ação:** Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos diabéticos com o dentista.

Detalhamento: A enfermeira deve avaliar em prontuário, atendimento odontológico aos diabéticos, bem como solicitará a dentista que oriente os usuários para retorno anual.

- **Ação:** Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

Detalhamento: A enfermeira e o médico devem realizar orientação nutricional aos usuários hipertensos a cada consulta na unidade, bem como devem realizar atividades educativa sobre a temática mensalmente. Esses profissionais farão o monitoramento dessa ação através dos registros nos prontuários.

- **Ação:** Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.

Detalhamento:. A enfermeira e o médico devem realizar orientação nutricional aos usuários diabéticos a cada consulta na unidade, bem como devem realizar atividades educativa sobre a temática mensalmente. Esses profissionais farão o monitoramento dessa ação através dos registros nos prontuários semanalmente.

- **Ação:** Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.

Detalhamento: A enfermeira deve planejar atividades educativas sobre atividade física na unidade, orientações nas consultas e visitas do ACS. Monitorar as orientações através de prontuário e registro de atividades educativas semanalmente.

- **Ação:** Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.

Detalhamento: A enfermeira deve planejar atividades educativas sobre atividade física na unidade, orientações nas consultas e visitas do ACS. Monitorar as orientações através de prontuário e registro de atividades educativas semanalmente.

- **Ação:** Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

Detalhamento: A enfermeira deve monitorar através dos registros de atividades educativas e prontuário clínico a realização de orientação sobre riscos do tabagismo para hipertensos, semanalmente.

- **Ação:** Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.

Detalhamento: A enfermeira deve monitorar através dos registros de atividades educativas e prontuário clínico a realização de orientação sobre riscos do tabagismo para diabéticos, semanalmente.

EIXO ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- **Ação:** Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.
- **Detalhamento:** A enfermeira realizar semanalmente o registro dos hipertensos cadastrados.
- **Ação:** Melhorar o acolhimento para as pessoas com hipertensão arterial.
- **Detalhamento:** A equipe deve realizar semanalmente o acolhimento das pessoas com hipertensão arterial com escuta, classificação de risco para atendimento e encaminhamento.

- **Ação:** Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.
- **Detalhamento:** A enfermeira deve solicitar a gestão municipal material adequado para atendimento de hipertensos e a equipe deve conservar em bom estado de uso.
- **Ação:** Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.
- **Detalhamento:** A enfermeira deve realizar semanalmente o registro dos diabéticos cadastrados.
- **Ação:** Melhorar o acolhimento para as pessoas com diabetes mellitus.
Detalhamento: A equipe deve realizar semanalmente o acolhimento as pessoas com DM. Realizando escuta, para atendimento e encaminhamento. classificação de risco
- **Ação:** Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.
Detalhamento: A enfermeira deve solicitar junto à gestão municipal o material adequado para atendimento de diabéticos e a equipe deve conservar em bom estado de uso.
- **Ação:** Organizar visitas domiciliares para buscar os Hipertensos faltosos.
Detalhamento: A enfermeira deve solicitar carro para busca ativa dos hipertensos faltosos, bem como orientar os ACS a realizarem busca ativa aos faltosos semanalmente.
- **Ação:** Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.
Detalhamento: A enfermeira deve disponibilizar e agendar dia de atendimento aos hipertensos provenientes das buscas domiciliares. Isto será feito durante a organização do cronograma semanal, sendo que haverá espaço na agenda diária da equipe para os usuários oriundos da busca ativa.
- **Ação:** Organizar visitas domiciliares para buscar os diabéticos faltosos.

Detalhamento: A enfermeira deve solicitar carro para busca ativa dos diabéticos faltosos, bem como orientar os ACS a realizarem busca ativa aos faltosos semanalmente.

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

Detalhamento: A enfermeira deve disponibilizar e agendar dia de atendimento aos diabéticos provenientes das buscas domiciliares. Isto será feito durante a organização do cronograma semanal, sendo que haverá espaço na agenda diária da equipe para os usuários oriundos da busca ativa.

- **Ação:** Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuário hipertenso.

Detalhamento: A enfermeira definirá mensalmente as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos em reunião de equipe.

- **Ação:** Organizar a capacitação dos profissionais em hipertensão arterial de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Detalhamento: A enfermeira deve realizar capacitação mensal da equipe quanto ao atendimento ao hipertenso de acordo protocolo do Ministério da Saúde.

- **Ação:** Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais em hipertensão arterial.

Detalhamento: A enfermeira deve programar atualizações mensais em hipertensão arterial para os profissionais da equipe.

- **Ação:** Dispor de versão atualizada do protocolo de hipertensão arterial impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: A enfermeira solicitará junto ao Ministério da Saúde a disponibilização da versão atualizada do protocolo de hipertensão arterial, 2014. Caso não seja possível solicitará a Secretaria de saúde a sua impressão.

- **Ação:** Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de paciente diabético.
Detalhamento: A enfermeira definirá mensalmente as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes diabéticos.
- **Ação:** Organizar a capacitação dos profissionais em diabetes mellitus de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
Detalhamento: A enfermeira realizará mensalmente capacitação da equipe quanto ao atendimento ao diabético de acordo protocolo do Ministério da Saúde.
- **Ação:** Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais em diabetes mellitus.
Detalhamento: A enfermeira deve programar atualizações semanais em diabetes mellitus para os profissionais da equipe de saúde.
- **Ação:** Dispor de versão atualizada do protocolo de diabetes mellitus impressa na unidade de saúde.
Detalhamento: A enfermeira solicitará junto ao Ministério da saúde versão atualizada do protocolo de diabetes mellitus. Caso não seja possível fará impressão do manual na secretaria de saúde.
- **Ação:** Garantir a solicitação de exames complementares definidos no protocolo para os hipertensos cadastrados no programa.
Detalhamento: O médico da equipe solicitará exames complementares dos usuários hipertensos e registrará nos prontuários.
- **Ação:** Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
Detalhamento: A enfermeira deve solicitar do gestor municipal agilidade para realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- **Ação:** Estabelecer sistema de alerta para os exames complementares preconizados aos hipertensos.
Detalhamento: A enfermeira fará revisão mensal dos prontuários dos usuários hipertensos a fim de averiguar aqueles que estão em atraso para a realização dos exames complementares.

- **Ação:** Garantir a solicitação de exames complementares definidos no protocolo para os diabéticos cadastrados no programa.
Detalhamento: O médico da equipe de saúde solicitará exames complementares sempre que for necessário e registrará nos prontuários.
- **Ação:** Estabelecer sistema de alerta para os exames complementares preconizados aos diabéticos.
Detalhamento: A enfermeira fará revisão mensal dos prontuários dos usuários diabéticos a fim de averiguar aqueles que estão em atraso para a realização dos exames complementares.
- **Ação:** Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos usados na prescrição dos hipertensos.
Detalhamento: O técnico de enfermagem fará o controle de estoque incluindo validade de medicamentos usados para hipertensos através de impresso fixo na farmácia, esta ação será realizada semanalmente.
- **Ação:** Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
Detalhamento: O técnico de enfermagem fará diariamente registro de saída de medicamentos anti-hipertensivos.
- **Ação:** Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos usados na prescrição dos diabéticos.
Detalhamento: O técnico de enfermagem fará semanalmente o controle de estoque incluindo validade de medicamentos usados pelos usuários diabéticos através de impresso fixo na farmácia.
- **Ação:** Manter um registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
Detalhamento: A enfermeira e o médico da equipe farão listagem dos diabéticos cadastrados na unidade com as respectivas medicações em uso.
- **Ação:** Manter as informações do SIAB atualizadas dos hipertensos.

Detalhamento: a enfermeira solicitará aos ACS a atualização da ficha B-HA e consolidará os dados mensalmente, a fim de que estes sejam atualizados no SIAB pelo digitador da Secretaria de Saúde.

- **Ação:** Implantar planilha/registro específico de acompanhamento aos hipertensos.

Detalhamento: A enfermeira implantará planilha/registro específico de acompanhamento aos hipertensos cadastrados na unidade.

- **Ação:** Pactuar com a equipe o registro das informações dos hipertensos.

Detalhamento: A enfermeira pactuará com a equipe o registro das informações dos hipertensos na planilha/registro específico.

- **Ação:** Definir responsável pelo monitoramento dos registros dos hipertensos.

Detalhamento: A enfermeira ficará responsável pelo monitoramento dos registros da atenção aos usuários hipertensos, esse monitoramento será realizado semanalmente.

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

Detalhamento: A equipe deve fazer o registro na planilha/registro específico para viabilizar situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença das pessoas com de hipertensão arterial.

- **Ação:** Manter as informações do SIAB atualizadas dos diabéticos.

Detalhamento: a enfermeira solicitará aos ACS a atualização da ficha B-DIA e consolida os dados mensalmente, a fim de que estes sejam atualizados no SIAB pelo digitador da Secretaria de Saúde.

- **Ação:** Implantar planilha/registro específico de acompanhamento aos diabéticos.

Detalhamento: A enfermeira implantará planilha/registro específico de acompanhamento aos diabéticos cadastrados na unidade.

- **Ação:** Pactuar com a equipe o registro das informações dos diabéticos.
Detalhamento: A enfermeira pactuará com a equipe a responsabilidade de todos em realizar o registro das informações dos diabéticos na planilha/registro específico.
- **Ação:** Definir responsável pelo monitoramento registros dos diabéticos.
Detalhamento: A enfermeira ficará responsável pelo monitoramento dos registros da atenção aos usuários diabéticos, esse monitoramento será realizado semanalmente.
- **Ação:** Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença dos pacientes portadores de diabetes mellitus.
Detalhamento: A equipe deve fazer o registro semanalmente na planilha/registro específico para viabilizar situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença dos pacientes portadores de Diabetes.
- **Ação:** Priorizar o atendimento dos pacientes hipertensos avaliados como de alto risco.
Detalhamento: A enfermeira e o médico da equipe priorizarão o atendimento aos hipertensos classificados como de alto risco.
- **Ação:** Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.
Detalhamento: A enfermeira deve organizar a agenda para atendimento dos hipertensos e diabéticos. .
- **Ação:** Priorizar o atendimento dos pacientes diabéticos avaliados como de alto risco.
Detalhamento: A enfermeira e o médico da equipe priorizarão o atendimento aos Diabéticos classificados como de alto risco.
- **Ação:** Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.
Detalhamento: A enfermeira fará agenda específica para atendimentos semanal de usuários diabéticos classificados com alto risco, bem como

orientará a recepção quanto a organização da agenda para o acolhimento desta demanda.

- **Ação:** Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso.

Detalhamento: o odontólogo organizará uma agenda para atendimento aos usuários hipertensos, a fim realizar atendimento específico a esse grupo populacional semanalmente.

- **Ação:** Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico para os pacientes hipertensos.

Detalhamento: o odontólogo e a técnica em saúde bucal agendarão o retorno do usuário hipertenso com classificação de risco odontológico, esse atendimento será prioritário, assim como será informado que poderá retornar como demanda espontânea, se for necessário.

- **Ação:** Demandar junto ao odontólogo da unidade oferta de consultas para estes pacientes hipertensos.

Detalhamento: a enfermeira da equipe pactuará com o odontólogo da equipe a possibilidade de disponibilizar vagas semanalmente para os pacientes cadastrados no programa HIPERDIA, a fim de que estes usuários tenham acesso às ações de saúde bucal.

- **Ação:** Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao diabético.

Detalhamento: A enfermeira deve solicitar do profissional de odontologia vagas semanais destinadas aos diabéticos.

- **Ação:** Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico para os pacientes diabéticos.

Detalhamento: A enfermeira deve solicitar do profissional de odontologia classificação de risco no atendimento aos pacientes diabéticos.

- **Ação:** Demandar junto ao odontólogo da unidade oferta de consultas para estes pacientes diabéticos.

Detalhamento: A enfermeira deve solicitar do odontólogo oferta de vagas destinadas aos pacientes diabéticos e divulgação realizada pelos ACS.

- **Ação:** Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável para os hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: A enfermeira e demais integrantes da equipe devem construir a pirâmide da alimentação saudável junto com os hipertensos e diabéticos, bem como realizará práticas coletivas com estes usuários mensalmente.

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

Detalhamento: A enfermeira solicitará do gestor o profissional de nutrição para participar das atividades de alimentação saudável.

- **Ação:** Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- **Detalhamento:** A enfermeira deve promover encontros para orientação da atividade física e prática com hipertensos e diabéticos.
- **Ação:** Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade com hipertensos e diabéticos.
- **Detalhamento:** A enfermeira solicitará ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nas atividades com hipertensos e diabéticos.
- **Ação:** Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: A enfermeira solicitará ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- **Ação:** Informar a comunidade sobre a existência do programa de atenção a Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
Detalhamento: A equipe de saúde divulgará semanalmente, por meio de roda de conversa em sala de espera, a existência do programa de atenção a hipertensos e diabéticos na unidade. Além disso, a equipe confeccionar cartaz de divulgação do programa nas salas de espera.
- **Ação:** Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.
Detalhamento: A enfermeira capacitará os ACS para a divulgação, junto a comunidade, sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18

anos, isso acontecerá tanto nas visitas domiciliares, quanto em sala de espera.

- **Ação:** Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento do DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
Detalhamento: os ACS divulgarão diariamente, junto a população a importância do rastreamento do DM em adultos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg. Essa divulgação será feita tanto nas visitas domiciliares quanto em sala de espera.
- **Ação:** Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial e diabetes mellitus.
Detalhamento: A equipe de saúde orientará a população sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Os ACS enfatizarão essas orientações durante as visitas domiciliares e em salas de espera.
- **Ação:** Informar as comunidades sobre a importância de realização das consultas aos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus.
Detalhamento: A enfermeira solicitará aos ACS divulgação sobre a importância de realização das consultas aos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus nas visitas domiciliares e tema de salas de espera.
- **Ação:** Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).
Detalhamento: A enfermeira deve conversar com a comunidade e ouvir suas queixas e preferências e utilizar na unidade a caixinha de sugestões para que não ocorra evasão dos usuários dos programa HIPERDIA.
- **Ação:** Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com diabetes mellitus (se houver número excessivo de faltosos).
Detalhamento: A enfermeira deve conversar com a comunidade e ouvir suas queixas e preferências e utilizar na unidade a caixinha de sugestões para que não ocorra evasão dos usuários do programa HIPERDIA.
- **Ação:** Esclarecer as pessoas com hipertensão e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para realização das consultas.

Detalhamento: A equipe deve comunicar as pessoas com hipertensão e a comunidade durante as consultas sobre a periodicidade preconizada para realização das consultas. Esta ação também será enfatizada pelos ACS durante as visitas domiciliares e na recepção.

- **Ação:** Esclarecer as pessoas com diabetes mellitus e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para realização das consultas.

Detalhamento: A equipe deve comunicar as pessoas com Diabetes mellitus e a comunidade nas consultas sobre a periodicidade preconizada para realização das consultas. Esta ação também será enfatizada pelos ACS durante as visitas domiciliares e na recepção.

- **Ação:** Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidades de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: A enfermeira e médico devem orientar os usuários e comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidades de extremidades avaliadas periodicamente.

- **Ação:** Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes mellitus e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidades de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: A enfermeira e médico devem orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes mellitus e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidades de extremidades avaliadas periodicamente.

- **Ação:** Orientar os pacientes hipertensos e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: A enfermeira e médico orientarão os pacientes hipertensos e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares

- **Ação:** Orientar os pacientes hipertensos e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: A enfermeira e médico devem orientar os pacientes hipertensos e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares

- **Ação:** Orientar os pacientes diabéticos e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: A enfermeira e o médico orientarão os pacientes diabéticos e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

- **Ação:** Orientar os pacientes diabéticos e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: A enfermeira e o médico devem orientar os pacientes diabéticos e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares

- **Ação:** Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: A equipe deve orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso.

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

Detalhamento: A equipe deve orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

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

Detalhamento: A enfermeira e o médico devem orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

- **Ação:** Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: A equipe esclarecerá diariamente aos pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação), nas consultas, visitas domiciliares, salas de espera e atividades educativas.

- **Ação:** Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.

Detalhamento: A enfermeira deve buscar parceria com os líderes comunitário, bem com outras instituições e setores da sociedade para juntos realizarem atividades de promoção a saúde.

- **Ação:** Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

Detalhamento: a equipe de saúde mobilizará, em sala de espera, a comunidade, para solicitar a disponibilização do atendimento com dentista.

- **Ação:** Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: A equipe orientará hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, nas consultas, visitas domiciliares, salas de espera e atividades educativas.

- **Ação:** Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular nas consultas, visitas domiciliares, salas de espera e atividades educativas.

Detalhamento: A equipe deve orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, nas consultas, visitas domiciliares, salas de espera e atividades educativas.

- **Ação:** Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: A equipe deve orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Nas consultas, visitas domiciliares, salas de espera e atividades educativas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- **Ação:** Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Detalhamento: A enfermeira capacitará os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

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

Detalhamento: A enfermeira capacitará a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

- **Ação:** Capacitar os ACS para o cadastramento dos diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Detalhamento: A enfermeira capacitará os ACS para o cadastramento dos diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

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

Detalhamento: A enfermeira capacitará a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg

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

Detalhamento: A enfermeira treinará os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade

- **Ação:** Treinar os ACS para a orientação dos diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
Detalhamento: A enfermeira deve treinar os ACS para a orientação dos diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
- **Ação:** Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
Detalhamento: A enfermeira e o médico se capacitarão quanto a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.
- **Ação:** Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
Detalhamento: A enfermeira capacitará a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- **Ação:** Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.
Detalhamento: A enfermeira deve solicitar da gestão atualização dos profissionais no tratamento da hipertensão.
- **Ação:** Realizar atualização do profissional no tratamento da diabetes mellitus
Detalhamento: A enfermeira deve solicitar da gestão atualização dos profissionais no tratamento do diabetes.
- **Ação:** Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.
Detalhamento: A enfermeira deve capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA
- **Ação:** Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos.
Detalhamento: A enfermeira treinará a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos.
- **Ação:** Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.
Detalhamento: A enfermeira capacitará a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

- **Ação:** Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos diabéticos.
Detalhamento: A enfermeira treinará a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos diabéticos.
- **Ação:** Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.
Detalhamento: A enfermeira capacitará a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.
- **Ação:** Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
Detalhamento: A enfermeira e médico se capacitarão para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- **Ação:** Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
Detalhamento: A enfermeira capacitará a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- **Ação:** Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.
Detalhamento: A enfermeira capacitará a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.
- **Ação:** 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: A enfermeira capacitará a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés.
- **Ação:** Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
Detalhamento: A enfermeira capacitará a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- **Ação:** Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: A enfermeira capacitará a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

- **Ação:** Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso.

Detalhamento: A enfermeira deve solicitar do profissional de odontologia capacitação para a equipe quanto a avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso.

- **Ação:** Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário diabético.

Detalhamento: A enfermeira solicitará do profissional de odontologia capacitação para a equipe quanto a avaliação e tratamento bucal do usuário diabético.

- **Ação:** Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável aos usuário hipertensos.

Detalhamento: A enfermeira capacitará a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável aos usuários hipertensos

- **Ação:** Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde aos hipertensos.

Detalhamento: A enfermeira capacitará a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde aos hipertensos.

- **Ação:** Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável aos usuários diabéticos.

Detalhamento: A enfermeira capacitará a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável aos usuários diabéticos.

- **Ação:** Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde aos diabéticos.

Detalhamento: A enfermeira deve capacitará a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde aos diabéticos.

- **Ação:** Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade a regular aos usuários hipertensos.

Detalhamento: A enfermeira capacitará a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade a regular aos usuários hipertensos

- **Ação:** Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde aos usuários hipertensos.
Detalhamento: A enfermeira capacitará a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde aos usuários hipertensos.
- **Ação:** Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade a regular aos usuários diabéticos.
Detalhamento: A enfermeira capacitará a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade a regular aos usuários diabéticos.
- **Ação:** Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde aos usuários diabéticos.
- **Detalhamento:** A enfermeira capacitará a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde aos usuários diabéticos.
- **Ação:** Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus.
Detalhamento: A enfermeira deve solicitar da gestão capacitação para equipe quanto ao tratamento de usuários tabagistas portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus.
- **Ação:** Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde aos hipertensos e tabagistas.
Detalhamento: A enfermeira solicitará da gestão municipal capacitação para equipe sobre metodologias de educação em saúde aos hipertensos e tabagistas.

2.3.2 Indicadores

- **Indicador 1:** Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.
 - Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
 - Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

- **Indicador 2:** Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.
 - Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
 - Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

- **Indicador 3:** Proporção de hipertensos faltosos com a consulta de acordo com o protocolo.
 - Numerador: Número de hipertensos faltosos à consulta médica.
 - Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

- **Indicador 4:** Proporção de diabéticos faltosos com a consulta de acordo com o protocolo.
 - Numerador: Número de diabéticos faltosos à consulta médica.
 - Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

- **Indicador 5:** Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.
 - Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.
 - Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

- **Indicador 6:** Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.
 - Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.
 - Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

- **Indicador 7:** Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

- Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.
 - Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- **Indicador 8:** Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
 - Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.
 - Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- **Indicador 9:** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.
 - Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.
 - Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.
- **Indicador 10:** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.
 - Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.
 - Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.
- **Indicador 11:** Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.
 - Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.
 - Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- **Indicador 12:** Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

- Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.
 - Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- **Indicador 13:** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.
 - Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.
 - Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- **Indicador 14:** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.
 - Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.
 - Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- **Indicador 15:** Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.
 - Numerador: Número de hipertensos que realizaram avaliação odontológica.
 - Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- **Indicador 16:** Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.
 - Numerador: Número de diabéticos que realizaram avaliação odontológica.
 - Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- **Indicador 17:** Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.
 - Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

- Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- **Indicador 18:** Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.
 - Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.
 - Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- **Indicador 19:** Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular.
 - Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.
 - Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- **Indicador 20:** Proporção de diabéticos com orientação sobre prática de atividade física regular.
 - Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.
 - Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- **Indicador 21:** Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.
 - Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.
 - Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- **Indicador 22:** Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.
 - Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

- Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa hipertensão e diabetes serão adotados pela equipe de saúde os Manuais técnico de hipertensão e diabetes do Ministério da Saúde, versões publicadas em 2013. Para registrar os dados utilizaremos o impresso de consulta do HIPERDIA, já disponível na unidade de saúde, porém ele não contempla com os dados sobre avaliação bucal, orientação alimentar, avaliação oftalmológica, orientação nutricional, cadastrados, número de faltosos as consultas, estratificação de risco cardiovascular, orientação sobre tabagismo.

Assim, para poder coletar todos os dados para a construção dos indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, a equipe adotará a ficha espelho disponibilizada pela coordenação do curso de especialização em Saúde da Família, da UFPEL. Além disso, a enfermeira vai elaborar um arquivo com fichas dos usuários cadastrados para controle da frequência as consultas do HIPERDIA e, sempre que for necessário, realizar busca ativa aos faltosos das atividades desenvolvidas pela equipe. Todos os atendimentos aos hipertensos e diabéticos serão registrados na ficha de acompanhamento individual de cada usuário. Estima-se alcançar cerca de 100% dos usuários hipertensos e diabético, melhorando a qualidade do serviço prestado a esse grupo populacional. A equipe solicitará ao gestor municipal de saúde a impressão do quantitativo de fichas espelhos, além de folders para as atividades educativas em grupo. Nesse sentido, para o monitoramento dos dados coletados utilizar-se-á a planilha eletrônica de coleta de dados, a qual foi disponibilizada pela própria UFPEL.

Com a finalidade de organizar os registros do programa HIPERDIA a enfermeira registrará todos os usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da unidade. Identificará aqueles que vieram para o atendimento clínico nos últimos 3 meses, bem como aqueles que ainda não aderiram as ações próprias do programa, a fim de convocar os Agentes Comunitários a fazerem a busca ativa. A cada atendimento clínico e/ou ação educativa do programa a enfermeira transcreverá as anotações realizadas nos prontuários dos usuários para as fichas

espelho, ao mesmo tempo já fará o monitoramento do atraso nas consultas, exames de rotina e vacinação atrasada.

Em relação ao Eixo monitoramento e avaliação, a ação Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, será necessário cadastros de HIPERDIA. Os usuários atendidos que não tiverem cadastro vão ser cadastrados no momento da consulta. Os ACS sinalizarão após avaliação dos prontuários os usuários que não estão cadastrados. A enfermeira e os ACS realizarão busca ativa e intervenção nas micro áreas para realizar cadastramento.

O monitoramento sobre o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) para hipertensos e diabéticos, será realizado pelo médico e enfermeira durante as consultas e pelos ACS nas visitas domiciliares. Para esse monitoramento será necessário o preenchimento das fichas espelho e um fichário com os meses do ano para organizar essas fichas por mês. Será necessário impresso das fichas espelho, o qual será solicitado à gestão pela enfermeira. O controle dessas fichas será realizado pela recepcionista da unidade.

A enfermeira e o médico da unidade realizarão exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e/ou diabéticos uma vez ao mês, além de solicitação dos exames durante as consultas. Ao mesmo tempo monitorarão os prontuários para avaliar a necessidade de realização de exames. Todas as informações referentes a esta ação são registradas nas fichas espelho para fim de monitoramento.

Além disso, a enfermeira monitorará através dos registros em prontuários e fichas espelhos o acesso dos hipertensos e/ou diabéticos aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA, a qualidade dos registros, a estratificação de risco de cada usuário. Esse monitoramento acontecerá no âmbito da unidade semanalmente. Para tal será necessário reservar carga horária específica para o desempenho da ação.

Durante a intervenção os usuários hipertensos e diabéticos serão direcionados para consulta odontológica e as profissionais enfermeiras e a dentista devem avaliar em prontuário os atendimentos odontológicos realizados. A dentista orientará os usuários para retorno anual. Para essa ação a gestão providenciará os insumos odontológicos necessários e suficientes para atender os usuários.

Haverá monitoramento semanal sobre as ações relacionadas a orientação nutricional, sobre os riscos do tabagismo e prática da atividade física regular aos

hipertensos e/ou diabéticos. A enfermeira e o médico deverão realizar tais orientações aos usuários durante as consultas na unidade e atividades coletivas, já os ACS enfatizarão essas orientações durante as visitas domiciliares. Os registros que subsidiarão esse monitoramento será feito nos prontuários e nas fichas espelho de cada usuário. Assim, o gestor será solicitado a providenciar os impressos em quantidade suficiente e, se possível, deixar alguns como reserva para serem utilizados sempre que for cadastrado novo usuário no programa.

Ao final de cada mês da intervenção os dados coletados nas fichas espelho dos usuários serão consolidados na planilha eletrônica de dados disponibilizada pela UFPEL, a fim de gerar os indicadores de saúde sobre a atenção prestada pela equipe aos usuários hipertensos e diabéticos.

Em relação ao eixo organização da gestão do serviço, a equipe de saúde, em especial a enfermeira e ACS farão o cadastro os usuários com diagnóstico de HAS e DM. Esse cadastro será realizado semanalmente, sempre que for necessário. Para viabilizar a ação será preciso as fichas próprias do programa HIPERDIA, as quais serão impressas em gráfica pela gestão municipal. Ainda nesse eixo pedagógico a equipe será orientada pela enfermeira quanto a necessidade de acolhimento aos usuários, seja na hora do agendamento das consultas ou em qualquer momento que eles buscarem o serviço. O médico e a enfermeira também acolherão os usuários e classificarão o risco cardiovascular.

A equipe de saúde garantirá a separação do material adequado para a tomada da medida da pressão arterial e avaliação antropométrica, tais como esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica e balança, os quais já estão disponíveis na unidade. Além disso, garantirá a aferição de glicemia capilar na unidade de saúde. Para isso, a enfermeira deve solicitar a gestão municipal à compra de fitas e lancetas, além de glicosímetro, a fim de atender a demanda tanto de diabéticos já diagnosticados, quanto da população em geral para fins de rastreamento do DM.

A equipe também organizará visitas domiciliares para buscar os Hipertensos e/ou diabéticos faltosos as consultas e atividades educativas. Essa ação será viabilizada com a disponibilização de carro pela Secretaria de Saúde, visto que a área é extensas, portanto necessita de transporte para levar médico, enfermeira e ACS. Após a busca ativa a equipe acolherá os hipertensos e/ou diabéticos que buscarem a unidade, disponibilizando vagas para o atendimento desses usuários em qual dia e horário. O médico e a enfermeira farão avaliação clínica sempre em cada

consulta e a técnica de enfermagem fará a aferição de peso, pressão arterial, glicemia capilar, estatura e medição da circunferência da cintura.

A enfermeira deve solicitar do gestor municipal agilidade para realização dos exames complementares definidos no protocolo do Ministério da Saúde. Além disso, demandará ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo", e/ou adesão municipal ao programa do Ministério da Saúde, a fim de que o município passe a receber os medicamentos do governo Federal.

O controle de estoque e a verificação da validade de medicamentos usados na prescrição dos hipertensos e diabéticos será realizado semanalmente pelo técnico de enfermagem. Isso será viabilidade através de impresso fixo na farmácia e caneta esferográfica, os quais são disponibilizados pela secretaria de saúde. Essa profissional também fará registro diariamente da saída de medicamentos entregues aos usuários. Para esta ação será necessário livro ata para registro.

A equipe tem a responsabilidade de manter atualização do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). A enfermeira solicitará aos ACS a atualização da ficha B-HA e B-DIA e consolidará os dados mensalmente na ficha SSA2 e entregará ao digitador da Secretaria de Saúde. A secretaria de saúde garantirá apoio necessário com a entrega dos impressos em quantidade suficiente. A equipe implantar na unidade a planilha de registro específico de acompanhamento aos hipertensos e/ou diabéticos disponibilizada pela UFPEL. A enfermeira pactuará com a equipe o registro adequado das informações, a fim de evitar sub registro.

Também será organizado pela equipe um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença dos pacientes portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes. Para essa ação será utilizada a ficha espelho disponibilizada pela UFPEL, a qual será providenciada pela secretaria de saúde em quantidade suficiente para contemplar todos os usuários cadastrados pela equipe. A enfermeira, o médico e a dentista priorizarão o atendimento a hipertensos e/ou diabéticos classificados como de alto risco em todos os dias e turnos quando eles apresentarem alguma queixa.

A equipe se engajará para desenvolver práticas coletivas sobre alimentação saudável, riscos do tabagismo e prática da atividade física para os hipertensos e diabéticos da área de abrangência da unidade. Para tal, farão programações

semanais a fim de atender a demanda, além de confecção da pirâmide sobre alimentação saudável.

Em relação ao eixo engajamento público estão previstas algumas ações, dentre elas, divulgar a comunidade sobre a existência do programa de atenção a Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Essa divulgação será realizada semanalmente, durante as visitas dos ACS as famílias, bem como em salas de espera realizadas pelos membros da equipe. Os ACS serão capacitados pela enfermeira para a divulgação, junto à comunidade, sobre a importância de aferir a pressão arterial a partir dos 18 anos, visando o rastreamento de possíveis usuários hipertensos ainda não diagnosticado para a doença. Isso acontecerá tanto nas visitas domiciliares, quanto em sala de espera.

Os ACS também divulgarão diariamente, junto a população, a importância do rastreamento do DM em adultos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg. Essa divulgação será feita tanto nas visitas domiciliares quanto em sala de espera. Toda a equipe se engajará para orientar a população sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Os ACS enfatizarão essas orientações durante as visitas domiciliares e em salas de espera.

Durante as visitas domiciliares os ACS esclarecerão a família sobre a importância de realização das consultas de acompanhamento aos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus, além de falar sobre o tema em salas de espera. Na ocasião ouvirão a comunidade sobre as possíveis estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes ao programa, deixando claro que existe uma caixinha de sugestões na unidade para aqueles que não gostam de verbalizar suas opiniões.

A comunidade será orientada pelo médico e enfermeira da equipe quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidades de extremidades avaliadas periodicamente. Assim como, receberão orientações quanto à necessidade de realização de exames complementares. Essa ação será realizada a cada consulta e durante as atividades educativas que ocorrerão semanalmente.

Os usuários também serão orientados pela equipe sobre o seu direito de ter acesso aos medicamentos na Farmácia Popular/HIPERDIA e na farmácia básica da unidade, ao mesmo tempo receberão orientação sobre o direito de ter os registros

da assistência atualizados em prontuário. Assim, ficarão informado sobre o acesso a segunda via desse documento, se necessário.

Paralelo a essas ações a equipe buscará parcerias na comunidade, a fim de reforçar a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde. Serão contados pela enfermeira os líderes comunitários, bem com as instituições e setores da sociedade para juntos realizarem atividades de promoção a saúde.

O eixo de qualificação da prática clínica será de responsabilidade da enfermeira, médico e secretaria de saúde, desta forma há previsão de desenvolver atividades para capacitar a equipe de acordo com os manuais do Ministério da Saúde, seja para o atendimento ao hipertenso e/ou ao diabético. Essa capacitação será mensal e necessitará de data show e slides, além do estudo prévio os membros da equipe. Além disso, é fundamental a disponibilização da versão atualizada do protocolo de hipertensão arterial e diabetes impressa na unidade de saúde, cuja impressão será solicitada pela enfermeira a secretaria, caso não tenha chegado o manual do Ministério já impresso em gráfica.

A enfermeira também capacitará os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde, verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Para essas ações serão necessários os seguintes itens: ficha modelo do HIPERDIA, tensiômetro, um glicosímetro, fita de glicemia e lanceta. Essa capacitação acontecerá antes do início da intervenção.

Vale ressaltar que a enfermeira solicitará da gestão municipal uma atualização dos profissionais no tratamento da hipertensão e estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de leões em órgão alvo, a fim de contemplar o médico e a enfermeira com a ação para que estes profissionais possam prestar uma assistência qualificada e encaminhar os usuários para referência adequada sempre que identificar alguma alteração. A gestão municipal também será solicitada a desenvolver atividade sobre metodologias de educação em saúde aos hipertensos e diabéticos tabagistas, visto que a equipe ainda não realizou o curso disponibilizado pelo Ministério da Saúde, necessitando estudar o assunto para poder abordá-lo junto aos usuários.

Nesse contexto, a enfermeira realizará capacitação com a equipe para o preenchimento adequado de todos os registros necessário ao acompanhamento dos

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas no projeto que foram Desenvolvidas

A intervenção está trouxe mudanças significativas para a equipe e principalmente para os usuários. Percebemos o comprometimento aqueles usuários que foram contemplados com as ações da intervenção nesses quatro meses. Observamos mudança de comportamento dos usuários no que tange a cuidado com a alimentação, atividade física regular, uso das medicações prescritas, realização dos exames solicitados, bem como o aumento da demanda para o acompanhamento do HIPERDIA.

Por outro lado as buscas ativas nas micro áreas transformou o modo de pensar e agir da equipe. Aprendemos muito com a comunidade. Vivenciamos a realidade de cada usuário e nos responsabilizamos em resolver os seus problemas de saúde. Hoje, podemos relatar que conhecemos a realidade dos hipertensos e diabéticos da área muito mais que antes. Percebemos a importância das atividades na área. Qualificamos o acolhimento e a atenção. A equipe ficou mais próxima da população adscrita na área da unidade de saúde. A unidade se tornou uma extensão dos seus lares. Quantos agradecimentos recebemos quando as pessoas se sentiam cuidadas, escutadas, avaliadas e orientadas.

No projeto foram previstas várias ações. Desenvolvemos o monitoramento do número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, o qual foi realizado integralmente. Semanalmente, a enfermeira e os ACS da equipe verificaram junto ao livro de registro do HIPERDIA e prontuários dos usuários da unidade de saúde, quais são os usuários hipertensos e/ou diabético que possuem cadastro no programa. Encontramos dificuldades quanto à demanda de tempo disponibilizada

para esta ação, visto que existiam outras ações programáticas que mereciam o nosso empenho.

O monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) para hipertensos e diabéticos foi uma ação realizada integralmente. A enfermeira e o médico explanaram nas consultas a periodicidade das consultas para os usuários. Os ACS confirmam a questão da periodicidade nas visitas domiciliares realizadas em cada domicílio, além de motivar os usuários a não faltar ao acompanhamento agendado. Os usuários saíam do consultório com marcação do retorno para a próxima consulta. Vale salientar que o monitoramento foi facilitado com a organização e uso do arquivo. Organizamos os prontuários dos usuários hipertensos e diabéticos separando-os pelos meses do ano. Quando o usuário é atendido a ficha espelho é colocada no mês de retorno para consulta na unidade. Esse processo requer bastante atenção e dedicação.

Em relação às ações de monitoramento da realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos, a enfermeira solicitava do médico da unidade a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos. Isso feito avaliava as consultas em prontuário e dialogava com os usuários. Consideramos que esta ação foi realizada com sucesso. A ação teve como facilitador e colaborador o médico da equipe. Porém, em alguns momentos foi dificultada pela demanda de tempo necessário para ação.

Os prontuários dos hipertensos e diabéticos foram avaliados semanalmente pela enfermeira para verificar solicitação de exames laboratoriais de acordo protocolo do MS e quanto às prescrições medicamentosas, desta feita consideramos que cumprimos com a meta. Esse monitoramento foi facilitado pelo registro adequado dos dados nos prontuários e dificultado pela escassez de tempo para gerar os dados.

Ao mesmo tempo era feito o monitoramento da qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde. Os prontuários e impressos foram avaliados semanalmente quanto ao registro de consulta de HIPERDIA. Avaliamos que essa ação foi facilitada pelo acesso aos prontuários e muitas vezes dificultado pela escassez de tempo para avalia-los e pela caligrafia não legível dos profissionais.

O monitoramento do número de pacientes hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano e

também das consultas periódicas anuais desses usuários com o dentista foi ação realizada pela enfermeira da equipe. Os prontuários foram avaliados semanalmente para constatar estratificação de risco. Facilitada pelo fácil acesso aos prontuários e registro nos mesmos. A dentista foi solicitada a ficar atenta para a orientação dos usuários a retornarem anualmente.

Semanalmente era realizado o monitorar da realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos. Foram planejadas atividades educativas sobre orientação nutricional. A orientação também foi dada nas consultas e visitas do ACS. Realizada integralmente com os atendidos no período avaliado. Facilitada pelos registros em prontuário e livro ata. A ação foi dificultada pela sobrecarga de atividades na unidade.

Os usuários foram incentivados pela equipe a realizar atividade física regularmente. Foram planejadas atividades educativas sobre atividade física na unidade, orientações nas consultas e visitas domiciliares para motivá-los a prática de exercícios. O monitoramento foi realizado através do prontuário e registro em livro ata. A ação foi dificultada pela sobrecarga de atividades na unidade.

Em todas as consultas os usuários recebiam orientação sobre os riscos tabagismo, bem como foram planejadas atividades educativas sobre o tema na unidade, além de visitas domiciliares aos fumantes, com vistas a incentivar o abandono do cigarro. O monitoramento foi realizado através do prontuário e registro em livro ata.

As ações relacionadas ao eixo organização e gestão do serviço cumpridas pela equipe foram: registro adequado dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa HIPERDIA e acolhimento com escuta qualificada dos problemas trazidos pelos usuários portadores de hipertensão e diabetes. Além disso, havia a classificação de risco para atendimento e encaminhamento. Essas ações foram facilitadas pelo empenho de toda a equipe.

A unidade dispunha de material adequado para aferição da circunferência da cintura, pressão arterial e a glicemia capilar dos usuários (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica, glicosímetro e fitas teste de glicemia). Essas atividades foram realizadas em virtude da disponibilidade da equipe.

Durante toda a intervenção a equipe realizou visitas domiciliares para buscar ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos as consultas e atividades coletivas previstas no cronograma das ações. A Secretaria de Saúde disponibilizou carro para

transportar a equipe de saúde até as residências dos usuários. Essa atividade foi realizada parcialmente, visto a dificuldade de tempo dos membros da equipe às vezes o acesso ao carro.

A agenda da equipe também foi organizada de forma a contemplar a realização das consultas desses usuários na unidade, a equipe já deixava o retorno à unidade agendado. Vale destacar que a ação foi facilitada pelo acesso as vagas. Cada membro da equipe tinha definido a sua atribuição em cada ação e a enfermeira e o médico faziam exame físico nos usuários em cada consulta.

Anterior à intervenção foi realizada a capacitação dos profissionais em hipertensão arterial e diabetes de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. A unidade dispõe dos manuais técnicos do Ministério da Saúde e a equipe os adota para qualificar a atenção ofertada a população.

A solicitação de exames complementares definidos no protocolo para os hipertensos e diabéticos cadastrados no programa era realizada pelo médico da equipe. O gestor municipal sempre era solicitado a agilizar a realização e disponibilização dos resultados em tempo hábil. Semanalmente a enfermeira averiguava os prontuários para monitorar os usuários com exames complementares em dia.

A técnica de enfermagem foi orientada quanto ao controle de estoque e validade dos medicamentos usados para hipertensos e diabéticos através de impresso fixo na farmácia. Além disso, essa mesma profissional mantinha registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, sempre realizando registro de saída de medicação.

Os ACS se comprometeram no que concerne à atualização da ficha B-HAS e B-DIA e consolidação dos dados mensalmente, a fim de que estes sejam atualizados no SIAB após digitação realizada na Secretaria de Saúde.

A equipe implantou a ficha espelho disponibilizada pelo Curso de Especialização em Saúde da Família da UFPEL, a fim de facilitar o acompanhamento e monitoramento dos dados gerados durante a intervenção. Além disso, foi criado um livro ata onde eram registrados os atendimentos aos hipertensos e diabéticos.

Os usuários classificados como de alto risco tinham atendimento priorizado. Vale ressaltar que todos os usuários eram avaliados conforme escore de Framingham. Desta forma, a agenda da equipe foi organizada para o atendimento

desta demanda, ofertado vagas de consulta de HIPERDIA nos turnos matutino e vespertino. Essa atividade contou com a disponibilidade do médico em ambos os turnos.

A agenda odontológica também foi organizada para contemplar o grupo populacional em questão. Sempre que um usuário era classificado com alto risco para as doenças bucais o odontólogo e a técnica em saúde bucal agendavam retorno do usuário. Esse atendimento era prioritário, assim como o usuário era informado sobre o retorno em demanda espontânea, se fosse necessário.

As ações coletivas sobre alimentação saudável e orientações sobre a importância da prática da atividade física regular para os usuários público alvo da intervenção foram facilitadas pelos ACS e educador físico. Dificuldades quanto ao local adequado e ingredientes para o preparo. A equipe consolidou a formação do grupo de hipertensos e diabéticos, o que facilitou a participação ativa dos integrantes do grupo nas discussões.

Quanto às ações previstas sobre engajamento público, informamos a comunidade sobre a existência do programa de atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Para tal foi realizada divulgação pelos ACS, confecção de cartaz, palestra na unidade e divulgação em atividades externas. Em momentos coletivos, em sala de espera e atividades coletiva a equipe informava a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Os ACS foram atores importantíssimos na atividade, pois fizeram ampla divulgação durante as visitas domiciliares. Além disso, a comunidade foi orientada e motivada ao rastreamento do DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, bem como sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Os ACS mobilizaram esforços para a divulgação sobre a importância de realização das consultas aos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Além disso, instigavam a participação dos diversos atores para participar das palestras na unidade e atividades externas como entrega de folder nas ruas da cidade.

Durante a intervenção a equipe abriu espaço para saber a opinião da comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes cadastrados no programa. Foram realizados diálogos com usuários nas atividades externas e implantada caixinha de sugestões na unidade.

A equipe sempre esclarecia aos portadores de hipertensão, diabetes e a comunidade sobre a importância da periodicidade preconizada para realização das consultas do HIPERDIA, eram aproveitados todos os momentos em que a equipe entrava em contato com os usuários, em especial nas visitas domiciliares, nas atividades externas, nas consultas e na recepção, logo que eram acolhidos.

A enfermeira e médico da equipe esclareceram a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidades de extremidades avaliadas periodicamente, bem como sobre a necessidade de realização de exames complementares. Desta forma durante as consultas programadas os usuários cadastrados no HIPERDIA eram avaliados pelos profissionais e durante as atividades externas era enfatizado sobre a importância da ação.

A equipe ficava a incumbência de orientar os usuários quanto ao direito dos de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso. Além disso, todos eram informados sobre o seu direito da manutenção do registro atualizado no prontuário e acesso a segunda via, caso seja necessário. Para isso, a equipe aproveitava para esclarecer sobre a importância de manter frequência regular ao programa.

Aos usuários do programa HIPERDIA também foi garantido pela equipe a orientação adequada quanto a existência de tratamento para ajudar no abandonar ao tabagismo. Essas orientações eram dadas durante as consultas, visitas domiciliares e atividades educativas.

Durante a intervenção também foi dado prioridade as ações para a qualificação da prática clínica, visto que a equipe reconhece a importância de estar sempre de capacitando para direcionar uma atenção qualificada aos usuários das ações programáticas da atenção. Desta feita, foi realizada capacitação para os ACS pela enfermeira para cadastramento de hipertensos e diabéticos, nas fichas B, de toda área de abrangência da unidade de saúde. Além disso, esse profissionais foram capacitados para orientar hipertensos e diabéticos quanto a realização das consultas e periodicidade regular.

A técnica de enfermagem foi capacitada para aferição da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg

O médico e a enfermeira da unidade estudaram o protocolo oficial do MS, a fim de realizar exame clínico apropriado e solicitação de exames complementares. Ao mesmo tempo foi pactuado que o médico realizaria a estratificação de risco segundo o escore de Framingham, assim como avaliaria os usuários quanto a possíveis lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés e registro desta avaliação.

A enfermeira realizou capacitação com toda a equipe para orientar os usuários sobre a alternativa para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA e controle dos fatores de risco modificáveis, incluindo adoção de atividade física regular e alimentação saudável. Em cada capacitação os profissionais eram motivados a realizar registro adequado das ações, visto ser necessário para o acompanhamento do usuário e para a auto defesa do profissional caso seja questionado algo sobre a assistência.

Vale salientar que a equipe recebeu orientações quanto a importância do trabalho coletivo, em particular as práticas de educação em saúde, visto fortalecer o controle social no SUS.

Nesse sentido, consideramos que a maioria das ações previstas no projeto foram cumpridas pela equipe, porém percebemos que precisamos avançar e abranger todos os usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da unidade, a fim de evitar danos a sua a saúde e motivar cada vez mais a adoção de hábitos de vida saudável, para isso, é necessário mais engajamento da equipe, em especial dos ACS para a busca ativa daqueles que não frequentam a unidade.

3.2 Ações previstas no Projeto que não foram Desenvolvidas

A equipe de saúde encontrou alguns entraves que dificultaram a realização de todas as atividades previstas no projeto, a exemplo da participação de parceiros institucionais, em especial a nutricionista. Consideramos a importância dessa profissional para o apoio a Equipe de Saúde da Família, pois ajuda a fortalecer as ações de promoção à saúde e prevenção de agravos. Essa profissional não pode comparecer durante a intervenção, ficando agendada a sua participação para 26 de julho de 2014.

Foi demandada ao gestor municipal de saúde a aquisição de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo", porém isso não foi consolidado durante os 4 meses de intervenção. Porém, a enfermeira e o médico da equipe irão realizar o curso sobre combate ao tabagismo, ofertado pelo Ministério da Saúde, após a capacitação dos profissionais o programa será implantado no município e o MS disponibilizar os medicamentos. Portanto, a capacitação da equipe para o tratamento de usuários tabagistas portadores de hipertensão arterial/diabetes mellitus e sobre metodologias de educação em saúde, não foi realizada pela falta de profissional capacitado na equipe.

Em relação à mobilização da comunidade para demandar junto ao gestor municipal a garantia da disponibilização do atendimento com dentista, não foi necessário, pois a comunidade tem acesso ao dentista da unidade, o qual também participou de forma ativa na intervenção.

Desta forma, avaliamos que a equipe apenas deixou de cumprir as ações que não estavam sob a sua governabilidade, seja por falta de capacitação técnica, a qual pode ser corrigida com acesso ao curso disponibilizado pelo MS, ou pelo fator de necessitar de profissionais extra equipe de saúde da família, o que também pode ser corrigido mediante agendamento prévio de uma programação anual de visita a unidade de saúde por profissionais como nutricionista e educador físico.

3.3 Dificuldades Encontradas na Coleta e Sistematização dos Dados

A coleta e sistematização de dados foi dificultada pelo curto período para preenchimento das fichas espelho e caligrafia pouco legível dos profissionais encontrada nos prontuários dos usuários. O fechamento das planilhas de coleta de dados e cálculo dos indicadores, foi dificultado pela pouca experiência da profissional enfermeira com o Excel.

Avaliamos que a planilha de dados disponibilizada pela especialização em Saúde da Família é um instrumento de extrema importância o monitoramento e a avaliação dos indicadores da atenção básica, porém necessita de experiência e da disponibilidade de computador na unidade. Porém, reconhecemos a possibilidade de treinar outros profissionais da equipe para estar inserindo os dados, assim como a

solicitação da compra de um computador para a unidade, a fim de facilitar esse processo.

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço

As ações propostas no projeto são de grande relevância para o funcionamento e atendimento adequado aos hipertensos e diabéticos na atenção básica. São ações possíveis de serem implantadas na rotina da unidade. Exceto as ações que independem da governabilidade da equipe, como, garantia da realização de exames laboratoriais, complementares e disponibilidade das medicações. Além disso, consideramos de extrema importância a aquisição de um computador para a unidade, a fim de facilitar a incorporação da planilha de dados a rotina na unidade. Nesse ínterim, é necessário maior engajamento do gestor para perceber as necessidades da equipe e da população.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou de ampliar de forma humanizada a cobertura da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da USF Campo Alegre. Na área adscrita da UBS estima-se 2.546 pessoas na faixa etária de 20 anos ou mais, 67% da população total. Sendo 578 hipertensos (22,7%) e 143 diabéticos (5,6%). Porém, vale salientar que na intervenção trabalhamos com o número real da população hipertensa e diabética da área de abrangência, ou seja, 456 hipertensos e 156 diabéticos.

A composição da equipe da USF Campo Alegre por categoria profissional manteve-se a mesma do início ao final da intervenção: um médico, um dentista, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um ACD, nove ACS, quatro ACE, uma recepcionista e um atendente de serviços gerais.

A avaliação dos indicadores da atenção aos hipertensos e diabéticos ao final de cada mês da intervenção permitiu uma leitura da sua evolução e dos resultados alcançados pela equipe. Esses resultados estão descritos a seguir com a análise quantitativa e qualitativa dos indicadores, para tal foi feita a comparação com as metas relativas aos objetivos da intervenção.

Em relação à meta de ampliação da cobertura a hipertensos na área de abrangência da unidade foram implementadas ações na unidade como o acolhimento, disponibilidade de consultas em ambos os turnos, ampliação do número de vagas, agendamento do retorno para consultas subsequentes, visitas domiciliares com busca ativa aos faltosos, intervenção na área em busca de faltosos, grupo de atividade educativa semanal. Essas ações foram importantes para o comprometimento da equipe com os hipertensos da área.

A meta de cadastrar 100% foi atingida integralmente aos hipertensos avaliados. No período da intervenção foram atendidos 231 hipertensos. No primeiro mês a cobertura foi de 6,6% (30) dos usuários, no segundo mês 17,3% (79), no terceiro e quarto meses atingiu-se, respectivamente, 35,7% (163) e 50,5% (231) dos usuários portadores de HAS. O mês com registro de maior cobertura foi o quarto, isso decorreu do maior número de dias trabalhados pela equipe, conforme gráfico abaixo:

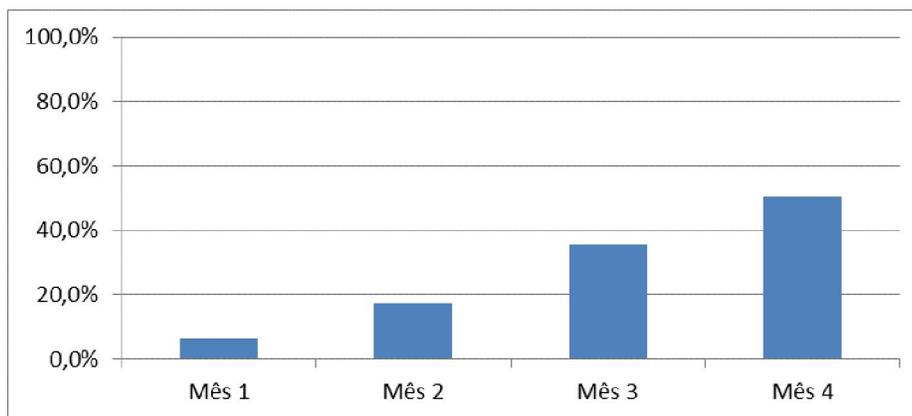


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde

Percebemos a necessidade de continuar desenvolvendo ações para a melhoria do acesso e adesão dos usuários ao programa. Há necessidade de mais envolvimento da equipe e contratação de pelo menos mais um técnico em enfermagem para o acolhimento e triagem dos usuários que comparecerem as ações do HIPERDIA.

A meta de ampliação da cobertura aos diabéticos na área de abrangência da unidade era cadastrar 100%. No período da intervenção foram atendidos 79 diabéticos, desta forma a equipe não conseguiu atingir todos os usuários da área de abrangência com diagnóstico para diabetes. No primeiro mês a cobertura foi de 7,1% (11), no segundo, terceiro e quarto mês de intervenção atingimos os seguintes percentuais 18,6%(28), 37,2% (58) e 50,6% (79) usuários portadores de DIA. Portanto, percebemos que a busca ativa deve ser contínua a fim de conseguir melhorar a adesão dos usuários ao programa e atingir a meta preconizada pelo Ministério da Saúde. Os resultados podem ser vistos gráfico abaixo:

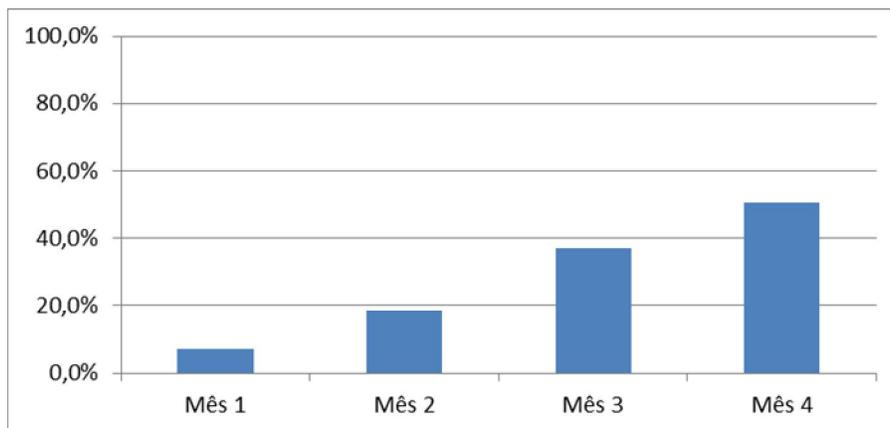


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde

Os percentuais apresentados leva a refletir sobre a necessidade de intensificar o trabalho em equipe a fim de criar possibilidades para que os usuários diabéticos da área de abrangência da unidade adiram ao acompanhamento mensal com a equipe de saúde. Vale ressaltar a necessidade melhorar ainda mais o processo de acolhimento para que traga reflexos positivos para os usuários que ainda insistem em não buscar a unidade básica para acompanhamento com a equipe.

A equipe também pactuou a meta de buscar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada pelo Ministério da Saúde. Para tal foram realizadas visitas domiciliares e mobilização da comunidade na área com intuito de esclarecer aos usuários a necessidade de frequentar a unidade assiduamente. Os resultados para estas ações são visualizados nas figuras abaixo:

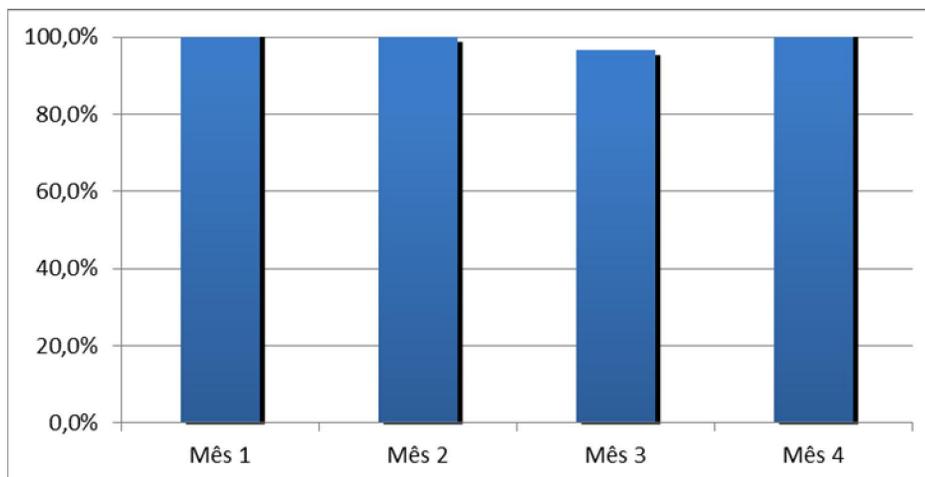


Figura 3: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa

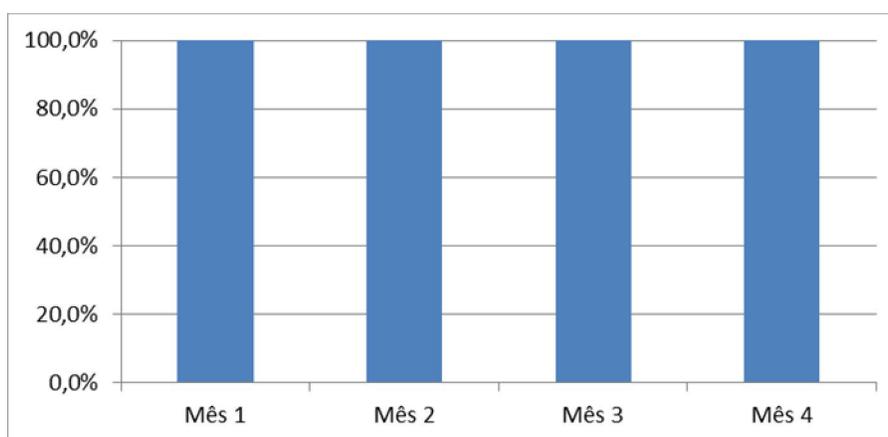


Figura 4: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa

A meta de busca ativa aos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas é de 100%.

Em relação à proporção de hipertensos faltosos com busca ativa realizada pela equipe tivemos 100% (10), 100% (17), 96% (30) e 100% (31), respectivamente, no primeiro, segundo, terceiro e quarto mês de intervenção. Se comparado ao número estimado de usuários hipertensos na área de cobertura percebe que a equipe, em especial os ACS, precisam intensificar as buscas na área a fim de identificar os usuários com diagnóstico de hipertensão que ainda não foram identificados pela equipe. Já a proporção de diabéticos que foram buscados pela equipe durante a intervenção foi 100% para os quatro meses de intervenção, porém

com quantitativos diferentes entre os meses de intervenção, sendo buscados 4, 9, 7 e 11 usuários, respectivamente. Esses dados também levam a observar que a equipe precisa elaborar novas estratégias a fim de identificar todos os diabéticos da área de abrangência da unidade, além de intensificar a noção de autocuidado e da importância do acompanhamento mensal pela equipe na UBS.

Essa intervenção priorizou a melhoria da qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde. Com isso foi estabelecido como meta a realização do exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos; garantir a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo a 100% dos hipertensos e diabéticos e garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Com o objetivo de atingir a meta propostas de 100% foram implementadas ações que culminaram na realização do exame clínico apropriado dos hipertensos. Assim, dentre os 231 hipertensos atendidos no período da intervenção a equipe conseguiu atingir os seguintes resultados: 93,3% (28) no primeiro mês, 100% (79) no segundo, 98,2% (160) no terceiro e 98,3% (227) no quarto mês de intervenção. Conforme figura abaixo:

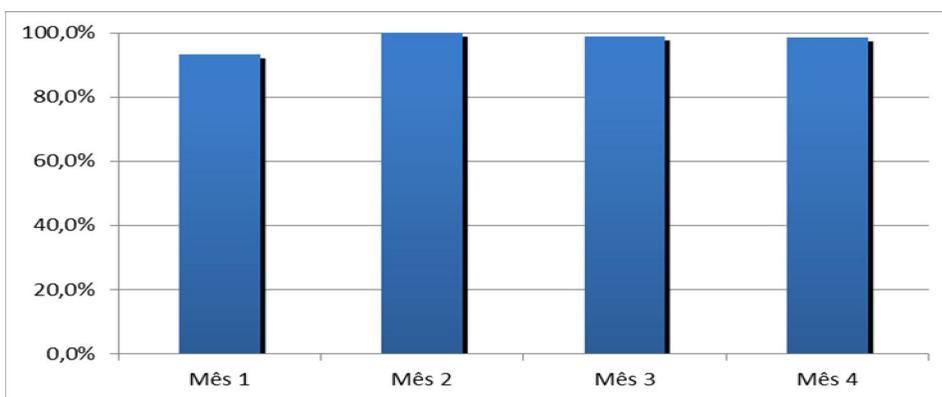


Figura 5: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Relacionado aos diabéticos em busca da meta de 100% com exame clínico apropriado. Foi realizado quase que na totalidade dos usuários acolhidos pela equipe no período da intervenção. Vale ressaltar que 79 diabéticos frequentaram as consultas e demais ações da intervenção durante os quatro meses. No primeiro mês

90,9% (10), no segundo mês 100% (28), no terceiro mês 98,3% (57) e no quarto mês de intervenção 96,2% (76) dos usuários foram contemplados com exame físico conforme protocolo. A equipe teve dificuldade para atingir a meta de 100% devido a demanda excessiva de outros grupos populacionais na unidade, os quais também precisam de atendimento. Esses dados são visualizados na figura abaixo:

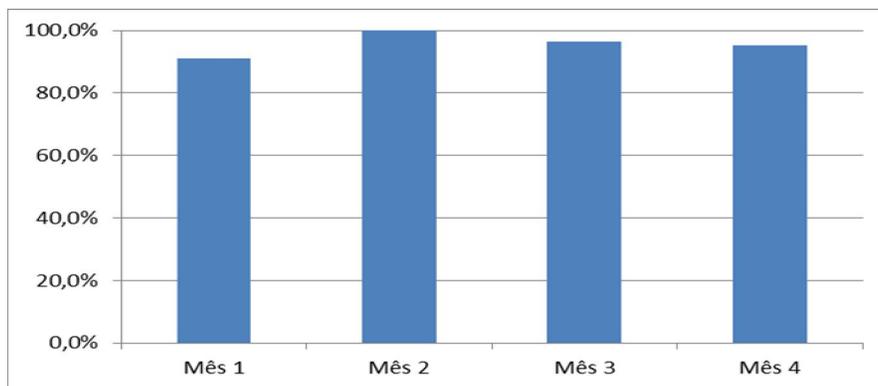


Figura 6: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

A equipe pactuou a garantia da realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo a 100% dos hipertensos cadastrados e acompanhados, porém não foi garantido integralmente, visto alguns usuários terem que buscar o sistema privado para ter acesso ao exame, outros conseguiram fazer pelo SUS. Portanto, devido ao entrave na central de marcação o índice de realização dos exames complementares foi abaixo, atingindo menos de 50% apenas no primeiro mês da intervenção. Vale colocar que estamos considerando os 231 hipertensos atendidos no período da intervenção. Desta forma, no primeiro mês foi atingido proporção de 43,3% (13), no segundo 55,7% (44), no terceiro mês 57,1% (93) e no quarto mês de intervenção 53,2% (123) usuários. Conforme figura:

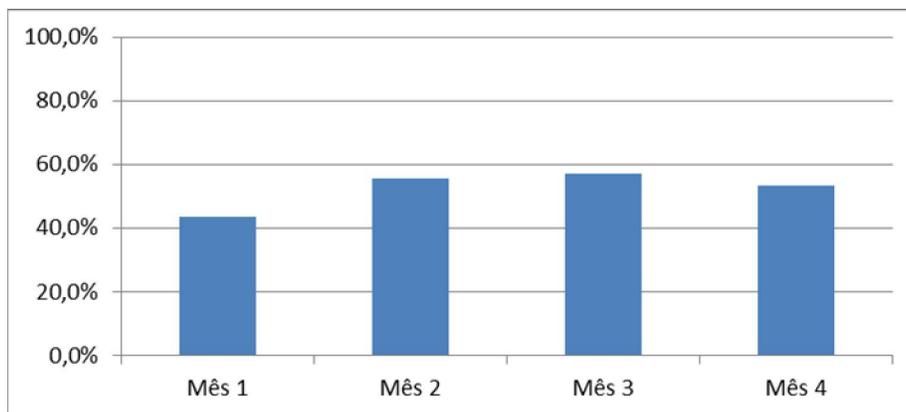


Figura 7: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Dentre os exames complementares solicitados pelo médico durante a consulta ao hipertenso podemos citar a radiografia de tórax e o ecocardiograma. Segundo protocolo oficial do Ministério da Saúde a radiografia de tórax deve ser feita quando houver suspeita de repercussão mais intensa de hipertensão sobre o coração, tal como insuficiência cardíaca, a qual pode demonstrar aumento do volume cardíaco, sinais de hipertensão venocapilar e dilatação da aorta, assim como poderá ser solicitada quando o médico suspeitar de doença pulmonar obstrutiva crônica. Quanto ao ecocardiograma, este exame é indicado quando existem indícios de insuficiência cardíaca, porém também é válido e indispensável para estratificar o risco e tomar decisões terapêuticas sobre usuário hipertenso. (BRASIL, 2013).

Objetivando a meta de 100%, em relação a garantia da realização de exames complementares pelos usuários diabéticos de acordo com o protocolo, não foi garantida, pois não estava sob a governabilidade da equipe, mas da gestão do SUS. Alguns usuários fizeram os exames pelo SUS e outros no setor particular. O índice alcançado foi abaixo, menor de 30% no primeiro mês do período analisado e fechamos no quarto mês de intervenção com 49,4%. Conforme os 79 diabéticos atendidos no período da intervenção, atingiu-se no primeiro mês 27,3% (3), no 2º mês 41,4% (12), no 3º mês 53,4% (31) e no 4º mês de intervenção 49,4% (39). Conforme figura abaixo:

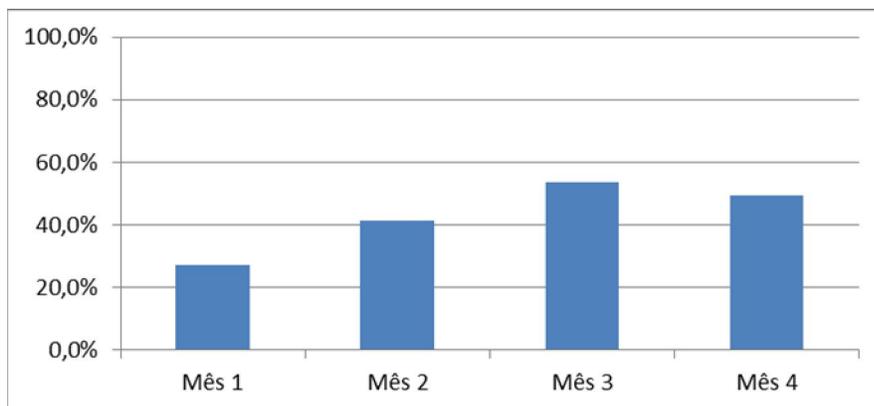


Figura 8: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Vale ressaltar a necessidade de investimento no setor saúde a fim de contemplar os usuários com uma assistência em consonância com o protocolo, garantindo o acesso gratuito aos exames de rotina e complementares para diabetes mellitus. Os exames de rotina complementar recomendados para a avaliação do usuário diabético são: glicemia de jejum e HbA1C, colesterol total, HDL e triglicérides, creatinina sérica, exame de urina tipo 1 e, quando for necessário, microalbuminúria ou relação albumina/creatinina, além de fundoscopia. (BRASIL, 2013).

Outra meta pactuada pela equipe de saúde foi a garantia da totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. No período da intervenção foram avaliados 231 hipertensos. De acordo a análise dessa meta os índices foram maiores que 90% em todos os meses de intervenção, o que leva a avaliação o indicador com positividade, visto que significa que a maioria dos usuários do programa tem acesso gratuito aos anti-hipertensivos. No primeiro mês foi atingida a meta pactuada, visto que alcançou 100% (30) dos usuários, no segundo 91,8% (45), terceiro 91,7% (77) e quarto mês 98,5% (65). Esses dados podem ser vistos na figura abaixo:

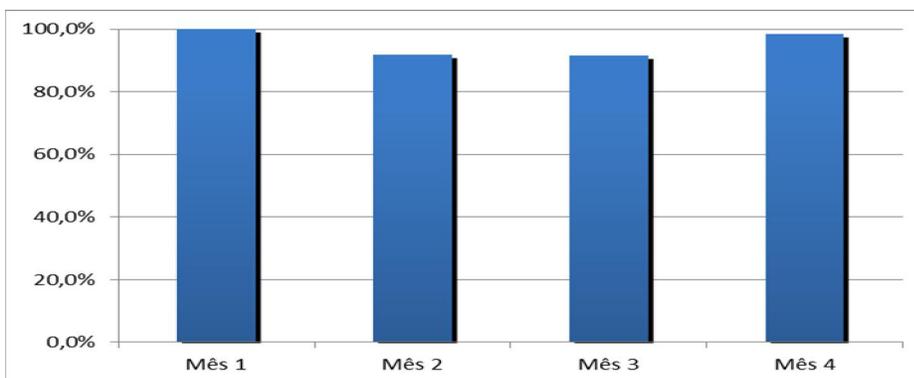


Figura 9: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do HIPERDIA ou da Farmácia Popular

A meta para prescrição de medicamentos da farmácia popular para os usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde também alcançou resultados positivos, pois dos 79 usuários avaliados e acompanhados durante a intervenção 100% (11) tiveram acesso a prescrição medicamentosa no primeiro mês. No segundo, terceiro e quarto mês de intervenção foram alcançados, respectivamente, 94,4% (17), 93,1% (27) e 100 % (21), conforme segue figura:

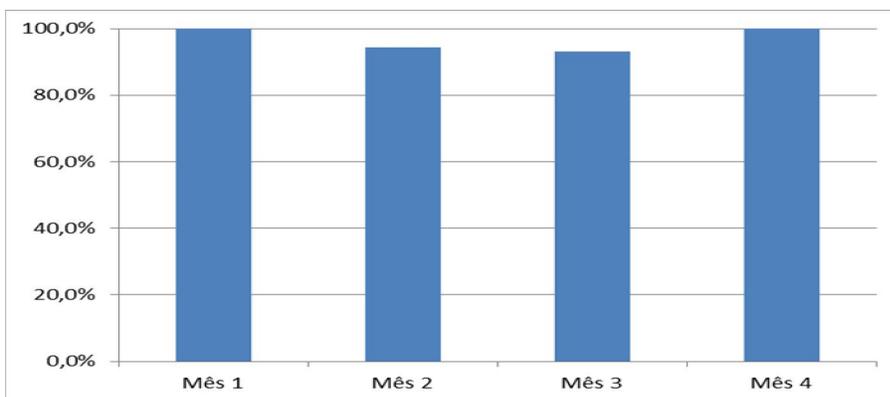


Figura 10: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do HIPERDIA ou da Farmácia Popular

Em se tratando da meta sobre a melhoria do registro das informações nas fichas de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados, a equipe estabeleceu que cada usuário teria sua ficha espelho, além do registro em livro ata e no prontuário individual e organização dos prontuários divididos por mês, a fim de facilitar a busca ativa aos faltosos. No período da intervenção foram avaliados 231 hipertensos. De acordo a análise dessa meta os índices foram

maiores que 90%. No primeiro mês foi de 96,7% (29), no segundo 100 % (79), no terceiro mês 100% (163) e quarto mês 97,1% (228). Já para os registros do acompanhamento dos diabéticos foi alcançada a meta de 100% nos três primeiros meses de intervenção, sendo que o número de usuários atingidos foi 11 no primeiro mês, 28 no segundo e 58 no terceiro. O quarto mês de intervenção foi atingido o percentual de 95,2% (77) usuários, o que reflete na sobregarga dos profissionais e na falta de cooperação e envolvimento de todos os membros da equipe. Esses dados podem ser visualizados nas figuras seguintes:

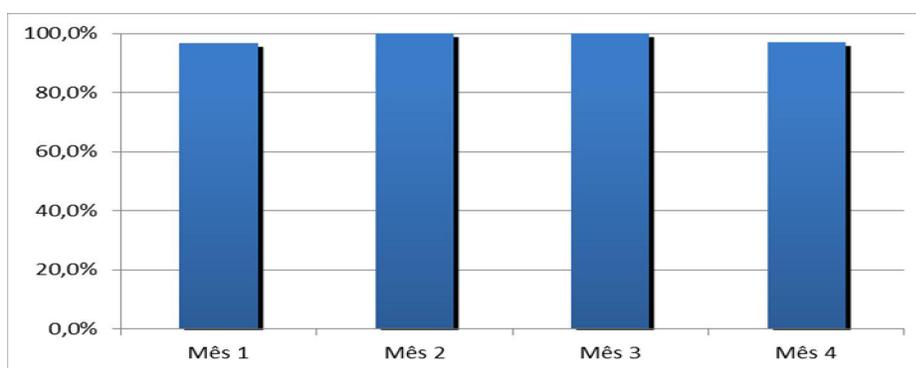


Figura 11: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

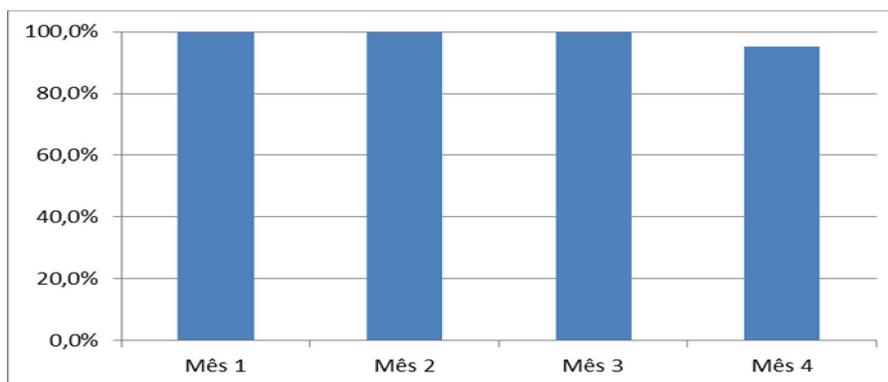


Figura 12: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

A intervenção conseguiu realizar mudança no processo de trabalho da equipe visto reconhecemos a necessidade de trabalhar em acordo com o protocolo, para isso foi pactuado o mapeamento dos hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular. Nesse sentido, é fundamental a realização da estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de

saúde. Desta forma, o médico da unidade ficou responsável para realização da estratificação de risco de acordo com o escore de Flamingham, bem como realizar orientação aos usuários quanto importância da realização dos exames.

A estratificação de risco tem como objetivo principal medir o risco de cada indivíduo sofrer uma doença arterial coronariana nos próximos dez anos. Para realizar essa estimativa a avaliação deve se basear na presença de múltiplos fatores de risco, como sexo, idade, níveis pressóricos, tabagismo, níveis de HDLc e LDLc. (BRASIL, 2013).

Infelizmente não foi possível atingir a meta de 100% em nenhum mês da intervenção, visto que além do engajamento do profissional no momento da consulta necessita do reconhecimento da gestão quanto à necessidade de disponibilizar os exames mínimos para possibilitar a estratificação de risco. No período da intervenção foram atendidos pela equipe 231 hipertensos, destes apenas 130 tiveram sua estratificação de risco avaliada, o que mostra que a meta alcançada foi pouco acima de 50%. No primeiro mês 50 % (15) dos usuários tiveram seu risco avaliado, no segundo mês 58,2% (46), no terceiro mês 58,3 % (95) e no quarto mês 56,3% (130). Em relação aos usuários diabéticos do total de 79, apenas 40 tiveram seu risco avaliado. Assim a meta foi cumprida parcialmente. No primeiro mês foram contemplados de 36,4 % (4) usuários, no segundo mês 44,8% (13), no terceiro mês 55,2% (32) e no quarto mês 50,6% (40). Conforme figura abaixo:

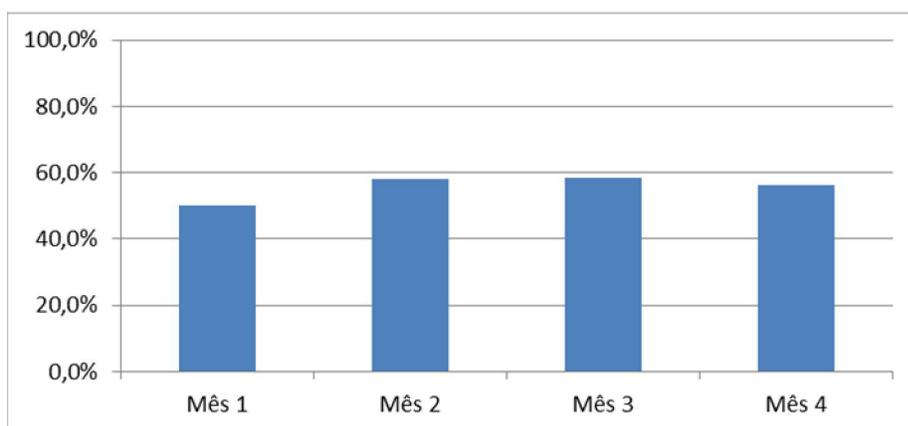


Figura 13: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

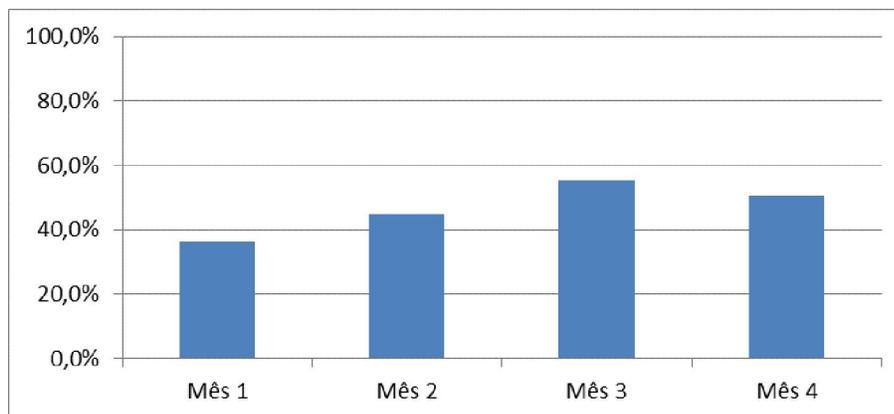


Figura 14: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

A avaliação odontológica também foi implantada na unidade para os usuários hipertensos e diabéticos. Segundo protocolo, usuários com pressão arterial controlada, abaixo de 140X90 mmHg podem receber qualquer tipo de atendimento odontológico (BRASIL, 2013). Para tanto, a equipe se organizou de forma a programar a atenção odontológica voltada para a ação programática aos hipertensos e diabéticos na área de abrangência da unidade. Durante a intervenção foram alcançados os resultados 53% (16), 49,4% (39), 61,3% (100) e 70,1% (162) usuários hipertensos atendidos pelo cirurgião dentista.

Em relação aos usuários diabéticos dos 79 atendidos pela equipe apenas 54 tiveram acesso à avaliação odontológica. De acordo com a análise da avaliação odontológica, os índices alcançados foram de 45,5 % (5) no primeiro mês de intervenção, 48,3% (13), no 3º mês 63,8% (37) e no 4º mês 69,6% (55). Conforme figuras abaixo:

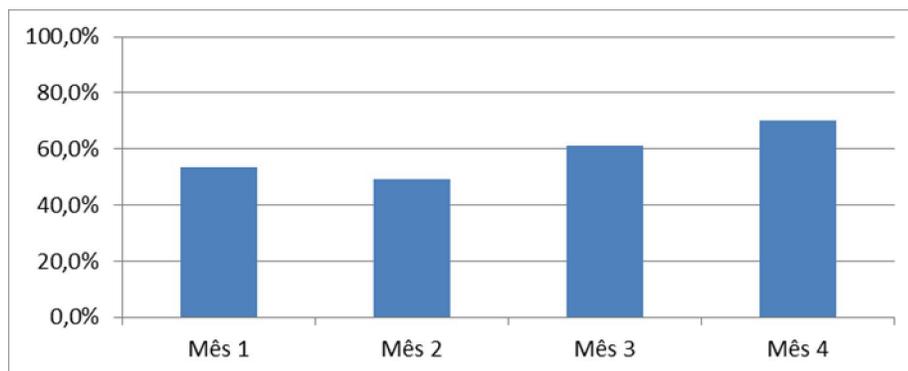


Figura 15: Proporção de hipertensos com avaliação odontológica

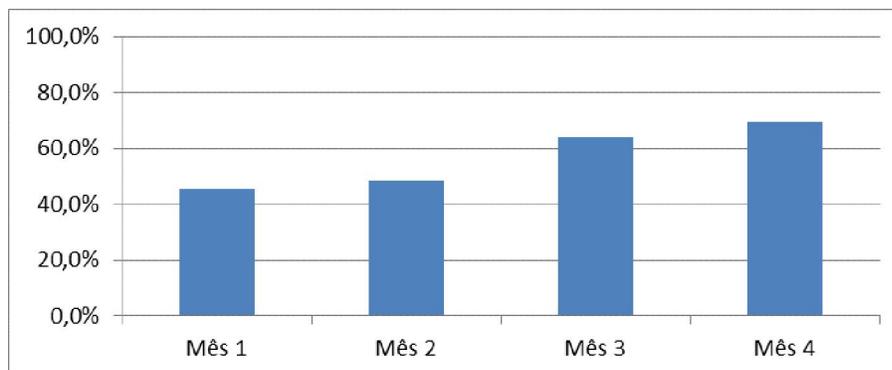


Figura 16: Proporção de diabéticos com avaliação odontológica

Vale ressaltar a dificuldade de atingir essa meta visto a grande demanda da população adscrita para a atenção odontológica, desta feita é válido intensificar o trabalho de conscientização da população quanto a necessidade de agendamento desse grupo populacional para ter acesso ao atendimento do cirurgião dentista, inclusive para aqueles que possuem próteses total, haja vista muitas vezes desconhecerem os cuidados com a higiene bucal e com a própria prótese.

Outros indicadores trabalhado e avaliados pela equipe durante a intervenção diz respeito ao princípio da promoção da saúde, são eles: proporção de hipertensos e diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, proporção de hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular e proporção de hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Todos objetivando meta de 100% dos hipertensos e diabéticos.

Os resultados da intervenção mostram que para todos esses indicadores a equipe atingiu a meta de contemplar 100% dos usuários assistidos, visto que foram implementadas ações que requeriam a governabilidade da equipe. Para tal, a equipe de saúde realizou orientações individuais, durante as consulta médicas e/ou de enfermagem, bem como em atividades educativa em grupo ressaltando a importância da prática da atividade física regular, alimentação saudável, orientação sobre os malefícios do tabagismo e importância da avaliação odontológica, visitas domiciliares, ação de impacto nas micro áreas, com participação ativa dos usuários.

Nesse sentido, reconhecemos os avanços no processo de trabalho e na qualidade da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos na área de abrangência

da Unidade Básica de Saúde Campo Alegre, o que faz a equipe se empenhar para permitir que as ações da intervenção sejam incorporadas a rotina do serviço.

4.2 Discussão

Antes da intervenção e da adesão do município ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), as consultas médicas e de enfermagem para hipertensos e diabéticos acompanhados na USF Campo Alegre eram ofertadas em apenas um dia por semana, o que tornava o atendimento cansativo, tanto para a equipe quanto para os usuários. Pode-se atribuir a isso o não cadastramento desses usuários no programa HIPERDIA. Além disso, muitos usuários não tinham registro atualizado em prontuário dos medicamentos que usavam, dificultando a decisão tomada de decisão pelo profissional.

A intervenção a atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos da USF de Campo Alegre baseou-se nas consultas médicas e de enfermagem, tanto no âmbito da unidade como no domicílio. Desta forma, os usuários foram cadastrados no Programa HIPERDIA, a fim de serem acompanhados pela equipe de saúde com a periodicidade exigida pelo protocolo do Ministério da Saúde. O serviço foi organizado para o aumento da oferta de consultas médicas e de enfermagem para esse grupo durante toda a semana. Com isso, percebeu-se que o atendimento prestado ao hipertenso e/ou diabético ficou menos cansativo, houve o aumento do acesso desses usuários ao serviço, e aumento do tempo da consulta, o que permitiu realizar registros necessários, incluindo o cadastramento no HIPERDIA.

Antes da intervenção muitas atividades educativas eram realizadas, mas não tínhamos um grupo de convivência. O grupo de hipertensos e diabéticos, nomeado DANT, foi formado para abranger as ações de educação em saúde. Esse grupo existe na unidade desde maio de 2013 e constitui como uma das ferramentas para o período da intervenção. Também não eram realizadas buscas ativa aos usuários faltosos, tampouco agendamento de retorno às consultas com periodicidade, estratificação do risco cardiovascular, orientação sobre malefícios do tabagismo, oferta de prática de atividade física semanal, atividades de interação entre os hipertensos e diabéticos, atenção com a prescrição de medicamentos da farmácia básica e orientação quanto à adesão ao tratamento medicamento desses usuários.

Com a implantação da intervenção houve a necessidade da equipe se capacitar para seguir as recomendações do Ministério da Saúde quanto a ação programática de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos. Desta feita, foram realizadas capacitações sobre rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e do Diabetes, bem como referente à busca ativa e para a adoção de práticas educativas com os usuários.

Essas atividades possibilitaram a integração do trabalho da equipe. O médico realizava a estratificação de risco, solicitação de exames complementares, diagnóstico, sinalização do período do retorno e orientações educativas. A enfermeira com atendimento de acordo protocolo, cadastrava os hipertensos e diabéticos, disponibilizava orientações educativas, avaliação dos prontuários e registro dos dados, avaliação dos registros em prontuário e medicações em uso, além de realizar busca ativa na área, preenchimento da ficha espelho e monitoramento da intervenção.

A técnica de enfermagem realizava o acolhimento, orientação, triagem completa para as consultas de HIPERDIA e busca ativa na área. A recepcionista realizava o acolhimento, orientação, sinalização dos usuários não cadastrados e preenchimento do cabeçalho do impresso de cadastro, agendamento das consultas e seleção dos prontuários para avaliação. Aos ACS ficou a incumbência de realizar visitas domiciliares tanto para busca ativa quanto para falar da importância do acompanhamento regular na unidade, orientação, participação nas atividades educativas e mobilização da comunidade. A dentista e ACD faziam o agendamento das consultas dos usuários, orientação sobre a periodicidade das consultas e atividades educativas.

Nesse sentido, avaliamos que a intervenção contribuiu para melhorar a relação interpessoal da equipe, as ações deixaram de ser isoladas e passam a ser unificadas, a equipe passou a conhecer a realidade dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da unidade. O trabalho em equipe foi essencial para a realização das ações propostas no projeto. A maioria dos membros da equipe participou ativamente da intervenção, mas reconhecemos que o trabalho dos ACS merece destaque, pois foram os que tiveram a maior contribuição, uma vez que participaram de mobilizações nas micro áreas, visitas domiciliares, atividades semanais com os integrantes do Grupo DANT e mobilização dos usuários em geral.

A intervenção na unidade básica de saúde propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabético, reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. Além de ter melhorado o registro e o agendamento dos Hipertensos e Diabéticos, viabilizando a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea, melhoria dos registros e da qualificação da atenção, com destaque para avaliação de risco em ambos os grupos e exame dos pés dos diabéticos.

O impacto da intervenção para a comunidade ainda é pouco percebido pela comunidade. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento e participam ativamente das ações educativas e frequentaram os encontros semanais agendados pela equipe. A participação da comunidade na intervenção também foi importante para a efetivação das ações previstas, visto reconhecer a importância de ampliar o número de atendimentos para o grupo populacional da intervenção. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos hipertensos e diabéticos sem cobertura, o que requer mobilização da equipe para alcançar com plenitude esse objetivo.

Se a intervenção tivesse iniciado nesse momento, realizaria maior número de busca ativa, bem como as ações de impacto seriam realizadas com o médico e dentista, a fim de trazer melhores resultados e conseguir maior adesão dos usuários ao programa.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de mobilização dos profissionais de nível superior da unidade, mostrando a importância das intervenções realizadas na área junto à comunidade, bem como o possível impacto de ampliar as atividades intervencionistas para outras ações programáticas.

4.3 Relatório da Intervenção para os Gestores

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) teve grande expansão na última década passando de 3.000 para 32.000 equipes em atividade. Na busca de qualificar o desempenho da estratégia, surgiu a proposta do Ministério da Saúde de promover a especialização em saúde da família em larga escala, através da

Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) em parceria com instituições públicas de educação superior e credenciadas pelo Ministério da Educação. O curso é financiado pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES). Nessa perspectiva, a Universidade Federal de Pelotas através do Departamento de Medicina Social, lançou, em 2011, a Especialização em Saúde da Família, na modalidade à distância. (UFPEL, 2014).

O curso objetiva capacitar profissionais de saúde da família do SUS promovendo o aprimoramento da gestão e da organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde, a qualificação da prática clínica, a institucionalização da avaliação e monitoramento em saúde, a cidadania e a participação social.

O curso de especialização na modalidade de EaD, propicia ao educando realizar uma intervenção na Unidade Básica de Saúde (USB) em que trabalha e aprender os conteúdos respondendo às necessidades do seu serviço. Portanto, este Relatório apresenta como foi implementado o Projeto de Intervenção sobre o tema "Ampliação humanizada da cobertura da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos da USF Campo Alegre", no município de Amélia Rodrigues/BA.

Vale salientar que a decisão sobre a ação programática a qual se deseja intervir partiu da análise situacional realizada pela equipe de saúde. Nesse momento foram identificados os seguintes problemas: baixa cobertura e adesão dos usuários ao Programa HIPERDIA, cadastramento de um número restrito de usuários e tratamento medicamentoso sem registro em prontuário. Diante disso, planejou-se uma intervenção para melhorar essas deficiências identificadas no acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos da USF, objetivando melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da USF Campo Alegre, em Amélia Rodrigues/BA.

As ações foram planejadas e desenvolvidas de acordo com os eixos do Projeto Pedagógico do Curso de Especialização: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica.

Na área adscrita da UBS estima-se 2.546 pessoas na faixa etária de 20 anos ou mais, 67% da população total. Sendo 578 hipertensos (22,7%) e 143 diabéticos (5,6%).

Com a implantação da intervenção houve a necessidade da equipe se capacitar para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes.

A intervenção na UBS Campo Alegre propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um número maior de usuários, permitiu a melhoria do registro na unidade, visto que a equipe empreendeu esforços para qualificar os registros do programa HIPERDIA. Além disso, melhorou o agendamento dos Hipertensos e diabéticos, bem como viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea, melhoria dos registros e da qualificação da atenção com destaque para avaliação de risco em ambos os grupos e exame dos pés dos diabéticos.

Essa intervenção refletiu diretamente na qualidade da saúde prestada aos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da USF de Campo Alegre e, conseqüentemente aos idosos, visto representarem quantitativo significativo do público alvo da intervenção. Vale ressaltar que isso refletirá diretamente no orçamento público, pois reduzirá significativamente os gastos com internações hospitalares.

A meta de cadastrar 100% foi atingida integralmente aos hipertensos avaliados. No período da intervenção foram atendidos 231 hipertensos. No primeiro mês a cobertura foi de 6,6% (30) dos usuários, no segundo mês 17,3% (79), no terceiro e quarto meses atingiu-se, respectivamente, 35,7% (163) e 50,5% (231) dos usuários portadores de HAS.

A meta de ampliação da cobertura aos diabéticos na área de abrangência da unidade era cadastrar 100%. No período da intervenção foram atendidos 79 diabéticos. No primeiro mês a cobertura foi de 7,1% (11), no segundo, terceiro e quarto mês de intervenção atingimos os seguintes percentuais 18,6%(28), 37,2% (58) e 50,6% (79) usuários portadores de DIA.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço, visando ampliar ainda mais a cobertura. Para isso, é necessário melhorar a oferta de exames laboratoriais e complementares, necessitando do apoio e engajamento da gestão, a fim de possibilitar a impressão de fichas espelho, compra de computador para a unidade de saúde para facilitar o monitoramento dos dados, agilidade desde a marcação dos exames até a disponibilização dos resultados em tempo oportuno, viabilizando aos profissionais da equipe intervir no agravo, evitando aumentar o número de encaminhamentos para a atenção secundária em saúde.

4.4 Relatório da Intervenção para a Comunidade

Este Relatório visa relatar para a comunidade como foi desenvolvida a intervenção aos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Campo Alegre, situada no município de Amélia Rodrigues/BA.

A equipe de saúde realizou uma análise sobre a situação de saúde da população acompanhada na USF Campo Alegre, o que possibilitou a identificação de alguns problemas na atenção prestada aos hipertensos e/ou diabéticos, o que motivou a realizar mudanças, a fim de possibilitar uma atenção de acordo com as normas do Ministério da Saúde. Dentre os problemas identificados pela equipe podemos citar a baixa cobertura do programa HIPERDIA, pouca adesão da população alvo do programa, baixo índice de usuários cadastrados no programa e ausência dos registros sobre tratamento medicamentoso no prontuário dos usuários. Diante disso, a equipe planejou ações para melhorar os serviços prestados aos hipertensos e/ou diabéticos da USF. Portanto, foram desenvolvidas as seguintes ações durante a intervenção:

- Capacitação dos profissionais da equipe quanto ao protocolo utilizado, solicitação de exames complementares, exame clínico adequado, classificação de risco, agendamento das consultas, busca ativa dos usuários faltosos, atividades educativas e determinação do papel de cada integrante da equipe na intervenção;
- Busca ativa aos usuários hipertensos e/ou diabéticos faltosos as ações agendadas pela equipe;
- Encontro semanais com o grupo de hipertensos e/ou diabéticos para a realização de atividade física e educativa;
- Visitas domiciliares dos ACS;
- Visitas domiciliares pelos profissionais de nível superior;
- Festa junina para socialização dos usuários;
- Agendamento de consultas nos turnos vespertino e matutino;
- Monitoramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos quanto ao cadastramento no Programa HIPERDIA e registro atualizado no prontuário;
- Acompanhamento dos resultados gerados pela intervenção;

- Realização de atividades educativas voltadas para a melhoria da adesão ao tratamento medicamentoso;

Após os quatro meses da intervenção, constatou-se que os objetivos inicialmente propostos, foram cumpridos, mesmo que de forma parcial. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos hipertensos e diabéticos sem cobertura, o que requer maior engajamento da equipe de saúde a fim de conseguir a participação no programa de todos os usuários hipertensos e diabéticos.

Hoje, a comunidade encontra na USF Campo Alegre profissionais conscientes sobre suas funções e acompanhamento diferenciado aos hipertensos e diabéticos. Os usuários demonstram satisfação com a prioridade no atendimento. Vale destacar um ponto importante durante o momento da intervenção que foram as ações de educação em saúde, momento em que havia troca de aprendizado entre equipe e comunidade. A equipe passou a conhecer e entender a realidade da população alvo, bem como a importância de ir ao encontro dos mesmos em suas moradias.

A participação da comunidade na intervenção também foi importante para a efetivação das ações previstas. Os usuários hipertensos e/ou diabéticos frequentaram os encontros semanais para as atividades educativas e foram às ruas para realizar panfletagem sobre diabetes e/ou hipertensão aos transeuntes.

As ações da intervenção farão parte da rotina da unidade, visto que os profissionais estão engajados, pois essas ações repercutiram positivamente na vida daqueles que foram acompanhados pela equipe de saúde, pois modificaram o estilo de vida e ainda transformaram de forma indireta os hábitos de vida de seus familiares.

5 Reflexão Crítica sobre Seu Processo Pessoal de Aprendizagem

Fiquei muito feliz quando fui selecionada para este curso de especialização, a proposta do curso me encantou. Fazer uma intervenção no meu local de trabalho, ser ator das mudanças e receber qualificação profissional e a obtenção do título de especialista em saúde da família, tudo isso me estimulava.

As aulas iniciaram, conheci o Ambiente Virtual de Aprendizagem, e a minha orientadora. Passei por muita dificuldade para adaptação ao ambiente virtual e interação com colegas. Aconteceram mudanças na minha trajetória que me deixaram com redução de tempo disponível para dedicação ao ambiente virtual. Porém a minha dedicação às mudanças na unidade ocorreu a todo vapor. Tanto que formei um grupo de diabéticos e hipertensos antes mesmo de colocar em prática a intervenção. Esse grupo conta com 50 integrantes e, sem dúvida qualificou processo de intervenção no serviço.

Com objetivo coletivo compartilhei aprendizados com a equipe multidisciplinar da USF que trabalho, divulguei o curso para gestor e para outros profissionais, incentivando a participação desses atores nas turmas posteriores.

Pela dificuldade de disponibilização de tempo para dedicação ao ambiente virtual, várias vezes, pensei em desistir. Porém, com a habilidade da minha orientadora, estímulo e motivação consegui prosseguir no curso e realizar minha intervenção.

Achei que realizar a intervenção na USF Campo Alegre não seria tão difícil quanto foi, primeiramente, tive dificuldade em seguir o cronograma proposto, pois deixava o projeto sempre para segundo plano, diante de outras demandas da unidade, e depois dificuldade quanto a recursos humanos. Percebi que com intervenção a demanda aumentou na unidade e o atendimento visando a conscientização de alguns membros da equipe e dos usuários quanto ao

acompanhamento e prevenção era feito por um técnico em enfermagem. Acredito que poderia ter me doado mais ao curso e, assim, cumprir os prazos corretamente.

Entretanto, considero satisfatória a realização da minha intervenção com os resultados alcançados, a continuidade das ações na unidade, o meu aprendizado e conhecimento da realidade da comunidade adstrita.

O curso de especialização em saúde da família da UFPel significou para a minha prática profissional a possibilidade de adquirir novos conhecimentos acerca da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a oportunidade de mudança no meu processo de trabalho e dos membros da equipe da USF Campo Alegre, aos usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na USF quanto a atenção continuada, uso correto das medicações, compreensão da importância da atividade física, alimentação saudável e malefícios do tabagismo, além da valorização profissional.

Os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso foram a organização do processo de trabalho dos membros da equipe, o planejamento das ações em saúde e o conceito e organização da demanda espontânea na Estratégia Saúde da Família.

As nossas ações em saúde devem ser programadas baseando-se em dados, pois são os dados que melhor representam as necessidades da população assistida e eles podemos definir e/ou priorizar ações direcionadas a cada grupo populacional, a fim de promover impacto no processo saúde-doença dessa população.

Quanto à organização do processo de trabalho da equipe multidisciplinar da ESF, aprendi que se faz necessária para proporcionar uma melhor resolubilidade das necessidades dos seus usuários.

Em relação ao conceito e organização da demanda espontânea na ESF, aprendi que demanda espontânea é a entrada de usuários nos serviços de saúde que não se enquadram nos programas e prioridades estabelecidas na USF, ao contrário da demanda programada, que é o agendamento de consulta para acompanhamento dos usuários que se enquadram nos programas e prioridades estabelecidas, sendo possível identificar os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença desses usuários, um dos principais objetivos da ESF.

6. Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus*. Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília, DF, 2001.

_____. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 371, de 04 de março de 2002. Institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica, n 15. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica, n 16. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

ANEXOS

ANEXO B – DOCUMENTO DO COMITÊ DE ÉTICA

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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª
Proª 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.

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

