

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**Qualificação da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes na  
Unidade de Saúde Liberdade no município de Colombo/PR.**

**Silmara Aparecida Ferreira de Carvalho**

Pelotas/RS, 2014

**Silmara Aparecida Ferreira de Carvalho**

**Qualificação da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes na  
Unidade de Saúde Liberdade no município de Colombo/PR.**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Faculdade de  
Medicina da Universidade Federal  
de Pelotas, como requisito parcial à  
obtenção do título de Especialista  
em Saúde da Família.

Orientador: Thiago Santos de Souza

Pelotas/RS, 2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas  
Catalogação na Publicação

C331q Carvalho, Silmara Aparecida Ferreira de

Qualificação da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes na Unidade de Saúde Liberdade no município de Colombo, PR / Silmara Aparecida Ferreira de Carvalho; Thiago Santos de Souza, orientador. — Pelotas, 2014. 139 f.

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

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

CDD : 362.14

*Dedico este trabalho a toda a equipe da  
Unidade de Saúde Liberdade, em  
reconhecimento ao comprometimento,  
dedicação e amor com o qual desenvolvem seu  
trabalho, a minha família e em especial a meu  
esposo pelo apoio e companheirismo.*

## **Agradecimentos**

Agradeço imensamente a todos os profissionais da Unidade de Saúde Liberdade, em especial a equipe 135 de ESF, pelo apoio e empenho na efetivação dessa intervenção junto ao programa HIPERDIA, sem vocês este trabalho não teria se concretizado.

Agradeço ainda a UFPel e a Prefeitura Municipal de Colombo pela oportunidade de realização deste curso de especialização, e a meu orientador no curso, que se mostrou presente durante todo o período, me auxiliando prontamente sempre que necessário. Muito obrigada pela paciência e dedicação dispensada.

Finalizando, agradeço imensamente a minha família, de forma especial a meu esposo pelo apoio, compreensão, paciência, e pela injeção de ânimo nos momentos mais difíceis.

Meus sinceros agradecimentos a todos!

## Resumo

Carvalho, Silmara Aparecida Ferreira de. **Qualificação da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes na Unidade de Saúde Liberdade no município de Colombo/PR.** 2014. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em Saúde da Família – UnaSUS, Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

No período de Março de 2013 a Março de 2014 foi realizado o projeto de intervenção junto à população de Hipertensos e/ou Diabéticos atendidos pelo grupo HIPERDIA, na área 135 da Unidade de Saúde Liberdade em Colombo/PR. O objetivo principal dessa intervenção foi à qualificação da assistência prestada junto a esta população. A UBS Liberdade atende uma população de aproximadamente 7552 pessoas, residentes em três áreas adstritas, conta com 03 equipes de ESF, atendendo em média 2500 pessoas cada. A assistência prestada pelo serviço se dá basicamente através dos atendimentos a demanda espontânea e demanda programada. A partir da realização de uma análise situacional foi traçado um panorama geral da situação de saúde da população assistida pela unidade, especialmente a parcela atendida pelo HIPERDIA. Segundo estimativas do caderno de ações programáticas deste curso, obtidas através da planilha do VIGITEL, dentre as pessoas com 20 anos ou mais de idade residentes na área da UBS, 1149 pessoas são portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica e 283 de Diabetes Mellitus. Destes, apenas 310 usuários hipertensos e 105 diabéticos estão cadastrados no programa de atenção a hipertensão e diabetes da UBS, representando apenas 19,5% dos HAS e 23,1% dos diabéticos, respectivamente, uma cobertura extremamente baixa e insatisfatória para a população adstrita. Realizado esse levantamento foram estabelecidos os objetivos, as metas a serem alcançadas, as estratégias e as ações, dentro das possibilidades de execução no serviço e na comunidade. A intervenção propriamente dita ocorreu no período de 20 de setembro de 2013 a 06 de fevereiro de 2014, tendo início com a capacitação da equipe, reorientações dos papéis e pactuações entre todos. Como o HIPERDIA já estava ativo na unidade de saúde, as principais demandas do serviço advinham de uma maior organização das rotinas de atendimento e, especialmente, planejamento e implantação de um sistema de controle, monitoramento e avaliação dos dados. Com a intervenção, obteve-se resultados satisfatórios como a organização do sistema de monitoramento das atividades, a qualificação da prática profissional da equipe para atendimento no programa, a ampliação na cobertura do programa à população de hipertensos e diabéticos residentes na área, e a melhoria significativa na adesão desses usuários às atividades realizadas. Ademais, os ganhos que esta intervenção obteve foram capazes de sensibilizar os profissionais das outras duas equipes, que já estão iniciando o processo de organização e expansão das suas ações.

**Palavras-Chave:** Saúde da família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

## Lista de figuras

Figura 01.	Fotografia da reunião semanal da equipe UBS Liberdade.....	18
Figura 02.	Fotografia da reunião mensal do grupo HIPERDIA.....	40
Figura 03.	Fotografia da reunião semanal da equipe 135 de ESF.....	91
Figura 04.	Fotografia de visita domiciliar da equipe 135 a usuários do HIPERDIA.....	91
Figura 05	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.....	101
Figura 06.	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.....	101
Figura 07.	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.....	103
Figura 08.	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.....	103
Figura 09.	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	106
Figura 10.	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	106
Figura 11.	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo..	108
Figura 12.	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	108
Figura 13.	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Lista do HIPERDIA ou da Farmácia Popular.....	110

Figura 14.	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Lista do HIPERDIA ou da Farmácia popular.....	110
Figura 15.	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	113
Figura 16.	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	113
Figura 17.	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....	116
Figura 18.	Gráfico Indicativo da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....	116
Figura 19.	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.....	118
Figura 20.	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável .....	118
Figura 21.	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.....	120
Figura 22.	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular.....	120
Figura 23.	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.....	122
Figura 24.	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.....	122
Figura 25.	Fotografia da reunião do HIPERDIA, realizada na área de espera da UBS.....	129



## Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS	Agente comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IG	Idade gestacional
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PA	Pressão arterial
PET	Programa de Educação Tutorial
PSE	Programa de Saúde na Escola
RN	Recém nascido
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SIS PRÉ-NATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
SIS COLO	Sistema de Informação do Controle de Câncer de Colo Uterino
SIS MAMA	Sistema de Informação do Programa de Controle de Câncer de Mama
SMS	Secretaria Municipal de Saúde

SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VIGITEL	Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

## Sumário

Apresentação.....	16
1. Análise situacional.....	17
1.1 Situação da Estratégia de Saúde da Família/Atenção Primária em Saúde na Unidade de Saúde Liberdade em 02/05/13.....	17
1.2 Relatório da Análise Situacional Realizado em 30/07/13.....	19
1.3 Comentário Comparativo sobre o Texto Inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	35
2. Análise estratégica .....	37
2.1 Justificativa.....	37
2.2 Objetivos.....	42
2.2.1 Objetivo Geral.....	42
2.2.2 Objetivos Específicos.....	42
2.3 Metas.....	42
2.4 Metodologia.....	44
2.4.1 Detalhamento das ações.....	44
2.4.2 Indicadores.....	79
2.4.3 Logística .....	82
2.4.4 Cronograma .....	88
3. Relatório da intervenção.....	89
4. Avaliação da intervenção .....	99
4.1 Resultados .....	99
4.2 Discussão.....	125
4.3 Relatório da Intervenção para os gestores.....	127
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	130
5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem.....	133
Referências .....	135
Anexos.....	136
Apêndices.....	139

## **Apresentação**

Este trabalho teve como objetivo geral melhorar a qualidade do atendimento prestado pelo Programa de atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos da Unidade de saúde Liberdade, situada no Bairro Liberdade, no município de Colombo, estado do Paraná.

O documento está organizado em seis itens principais. Na primeira seção, será descrita a análise situacional, apresentando um breve panorama da cidade a qual pertence à unidade em questão, a descrição desta e uma breve análise do processo de produção do cuidado nos diversos ciclos de vidas e principais agravos trabalhados na atenção primária.

Na segunda seção, será descrita a análise estratégica, apresentando os componentes que contribuíram com a estruturação do projeto, como os objetivos, as metas, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, os indicadores, a logística e o cronograma.

Na terceira seção encontra-se o relatório da intervenção, que demonstra as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e as que não foram, devidamente justificadas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados e, por fim, uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

A quarta seção é composta pela avaliação da intervenção, com análise e discussão dos resultados encontrados, além do relatório elaborado para os gestores e para a comunidade.

Na seção cinco será apresentada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem, com as implicações que o curso fomentou na minha prática profissional.

Finalizando o trabalho, na seção seis, será apresentada a bibliografia utilizada neste trabalho, seguida dos anexos que serviram como orientação para o desenvolvimento da intervenção.

## **1. Análise Situacional**

### **1.1. Situação da Estratégia de Saúde da Família / Atenção Primária em Saúde na Unidade de Saúde Liberdade em 02/05/13.**

Trabalho na Unidade de Saúde Liberdade, localizada no município de Colombo/PR. Estou na coordenação do serviço há cinco anos, mas quando iniciei tratava-se de uma unidade básica tradicional, fazendo apenas sete meses que estamos trabalhando com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) na unidade básica de saúde (UBS). Ainda estamos em fase de estruturação e organização do novo modelo de atendimento, enfrentando todas as dificuldades e desafios advindos dessa mudança. Trata-se de um período de adaptação tanto da população atendida quanto da equipe. Nossa área de abrangência encontra-se em fase de expansão, em número de residências e de pessoas atendidas, pois os bairros incorporados à área estão crescendo significativamente em extensão. Com relação à estrutura não podemos reclamar, pois tanto o espaço físico quanto os materiais são satisfatórios.

A respeito do processo de trabalho também estamos nos organizando. Atualmente temos 03 equipes atendendo, mas apenas 02 estão completas estando a terceira desfalcada do médico da família, causando certas dificuldades no atendimento. As 03 equipes possuem equipe de saúde bucal, 01 enfermeira e em média de 04 a 05 agentes comunitários de saúde (ACS) por equipe. Com isso conseguimos, na medida do possível, atender as 03 áreas de abrangência, o que representa uma população de aproximadamente 1900 famílias.

Acredito que uma das principais medidas que tem nos ajudado nessa organização do processo de trabalho são as reuniões de equipe geral e equipes de área. Ambas são realizadas semanalmente e com a participação de toda a equipe, inclusive médicos e equipes de saúde bucal, todos discutindo idéias, sugestões, problemas e metas a serem alcançadas, buscando o crescimento conjunto e melhoria da assistência.



Figura 1 – Fotografia da reunião semanal da equipe UBS Liberdade

Também estamos estruturando o atendimento dos programas e já iniciamos com os agendamentos programados e reuniões de grupos do Programa de Atenção a Usuários Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) e gestantes, sendo que no primeiro a aderência é grande, mas no segundo ainda é um desafio, com baixa participação das gestantes. Dentro dos programas ofertamos atendimento multiprofissional, com médico, enfermagem e saúde bucal, visando atendimento integral à população. Para a demanda espontânea os agendamentos são feitos diariamente pela manhã na abertura da unidade, na fila. Como temos apenas 02 médicos, a demanda reprimida ainda é representativa, mas aos poucos estamos conseguindo melhorar isso trabalhando com prevenção na puericultura e outros programas.

Uma das dificuldades no atendimento vem do fato da unidade ficar localizada em uma área de grande risco social e carência em todos os aspectos: financeiros, educacionais, entre outros. Nossa população atendida é predominantemente infanto-juvenil e adulto jovem, e um de nossos maiores desafios é reduzir a taxa de fecundidade na adolescência, alcançando nossa população mais jovem com o planejamento familiar.

Por questões organizacionais ainda não temos conselho local de saúde, sendo uma das metas. Com isso acredito que atualmente a principal oportunidade para participação da comunidade no processo de cuidado se dá nas reuniões de grupos, que tem sido nosso principal meio de engajar a população nas mudanças que vem ocorrendo em relação à implantação do novo modelo de atendimento.

Acredito que em relação ao ESF em si nosso maior desafio é mostrar primeiramente aos membros da equipe e depois a nossa população a positividade e melhora efetiva no atendimento, advinda da mudança na organização do modelo de atendimento. Isso só conseguiremos com muito aperfeiçoamento e estudo para entender o modelo e a partir daí aplicá-lo a nossa realidade local. Sei que realizando essa especialização estarei mais preparada para apoiar minha equipe nesse desafio.

## **1.2.Relatório da Análise Situacional realizado em 30/07/13**

O Município de Colombo fica localizado na região metropolitana norte de Curitiba, a 18 quilômetros da capital paranaense. Segundo dados do censo 2010 Colombo conta com 213.027 habitantes, sendo 105.039 homens e 107.988 mulheres, possuindo 62.383 domicílios ocupados na região.

Em relação ao sistema de saúde, Colombo conta com 21 unidades básicas de saúde, sendo 11 destas UBS com ESF, e 10 UBS no modelo tradicional de atendimento, além de 02 pronto-atendimentos, uma maternidade e outros serviços de apoio.

Quanto ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), em 2012 foram iniciados alguns atendimentos médicos de pediatria e ginecologia para apoio às unidades de ESF, mas permanecemos com apenas estas duas especialidades. Quando necessitamos de encaminhamentos para outras especialidades, o fazemos através da central de agendamento de consultas especializadas, que fica na

secretaria municipal de saúde e faz os agendamentos para as clínicas conveniadas e hospitais de referência.

Ainda em relação aos núcleos de apoio municipais também contamos com o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), uma Unidade de Saúde da Mulher, para referência e tratamento de casos mais graves de ginecologia; um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), para testagem, aconselhamento e tratamento de Hepatites, HIV/AIDS, Sífilis e casos mais graves de Tuberculose, uma Maternidade para atendimento de gestantes de risco habitual e intermediário e, 02 pronto-atendimentos, para suporte de urgência e emergência.

No que se refere a disponibilização de exames complementares, temos duas situações distintas. Por um lado atualmente temos uma cota mensal de exames laboratoriais que atende a demanda de solicitações de exames, e a secretaria também dispõe dos serviços de um laboratório que faz coleta de material semanalmente na unidade. Por outro lado, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) não consegue suprir a demanda dos exames de alto custo e de imagem como tomografias, ressonâncias, ultra-sonografias, RX, eco doppler, esteira, eco cardiograma, etc. Isso dificulta muito a avaliação, diagnóstico e tratamento num período de tempo considerado adequado ou aceitável para o caso.

Situação parecida também ocorre em relação ao acesso da população colombense a consultas especializadas, cujo número de consultas disponibilizadas não atende satisfatoriamente a demanda, principalmente no que se refere à neurologia, cardiologia, dermatologia, reumatologia, urologia e psiquiatria, que hoje tem um tempo de espera em média de 01 a 03 anos.

Ainda a respeito dos encaminhamentos para especialidades, no que tange à continuidade, integralidade e coordenação do cuidado, também pode ser levantado falhas, desta vez advindas principalmente da gestão e não da UBS: não possuímos protocolo que trate sobre referência a outros níveis do sistema de saúde e, o sistema de prestadores também é falho, já que os casos referenciados para especialidades retornam para a UBS sem qualquer anotação de contra referência a cerca das condutas ou continuidade do tratamento adotadas, dificultando para os profissionais da UBS o referido “acompanhamento do plano terapêutico proposto pelo serviço referenciado”.

Nos casos em que se faz necessário à internação do usuário as unidades de saúde não possuem acesso direto a central de leitos municipal, tendo como única



opção encaminhar estes usuários para um dos dois pronto-atendimentos da cidade, para aguardar a liberação da vaga.

Esta situação acarreta stress a toda a equipe de saúde da unidade, que se sente impotente perante a população, insatisfeita com o atendimento e com dificuldades para entender o fluxo de atendimento de média e alta complexidade. Seguimos diariamente tentando justificar e mascarar estas falhas no sistema de referência e contra referência do município, que literalmente passa por cima do direito de acessibilidade, integralidade e universalidade dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em relação à assistência em saúde mental contamos com um ambulatório, que fica localizado dentro de uma UBS, 02 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para adultos e 01 CAPS para usuários de álcool e/ou drogas, mas estes não conseguem suprir as demandas das UBS, causando grande transtorno a população. Para dificultar ainda mais não possuímos CAPS infantil, ficando a população infantil totalmente desprovida de atendimento em saúde mental, sendo atendidas apenas pelos médicos da família e, pediatra no caso das UBS tradicionais.

Entrando mais especificamente nas questões relacionadas à Unidade de Saúde Liberdade, unidade onde trabalho: ela fica localizada em uma zona urbana de Colombo, foi inaugurada à aproximadamente nove anos e há apenas dez meses atende no modelo ESF. Apesar de não termos vínculo direto com nenhuma instituição de ensino, a prefeitura municipal de Colombo possui parceria com a Universidade Federal do Paraná e com isso recebemos nas UBS alunos do Programa de Educação Tutorial (PET) e residentes multiprofissionais que prestam apoio à equipe nos atendimentos aos programas.

Quanto à composição das equipes de ESF, atualmente contamos com 03 equipes completas, mas todas trabalhando com formação mínima, ou seja, 04 ACS, 01 técnico de enfermagem, 01 enfermeira e 01 médico da família, mais as 03 equipes de Saúde Bucal com 01 dentista e 01 técnico de saúde bucal cada uma. Na equipe de apoio temos uma Auxiliar de Serviços Gerais. Uma das grandes dificuldades enfrentadas atualmente é o fato de não termos nenhuma auxiliar administrativa para atendimento na recepção da UBS, estando as ACS cobrindo também esta função na UBS.

No que se refere à estrutura física da UBS Liberdade, por tratar-se de uma unidade recentemente construída, os profissionais que a projetaram buscaram

aproximar-se ao máximo dos parâmetros ideais de estrutura de UBS preconizados pelo Ministério da Saúde. Com isso, desde agosto de 2012 podemos dizer que temos uma excelente estrutura de trabalho em todos os aspectos estudados como condições de luminosidade, instalações elétricas e hidráulicas, fluxo de usuários, facilidade de limpeza e desinfecção, entre outros.

Num breve descritivo de nossas instalações, possuímos: área de espera para usuários com 02 banheiros comuns e 01 exclusivo para portadores de necessidades especiais, recepção com sala de arquivo para prontuários, sala de triagem e preparo dos usuários, sala de imunização e aplicação de injetáveis, sala de curativos, sala de inalação com torpedos de oxigênio e material de emergência, central de materiais com sala de esterilização e áreas limpa e suja, 04 consultórios de odontologia, 02 consultórios de saúde da mulher, com mesas ginecológicas e 05 consultórios de clínica geral. A UBS também possui uma área de circulação exclusiva dos funcionários com copa, banheiros, depósito de materiais, sala de coordenação, sala de reuniões e sala de ACS.

Acredito que no que se refere ao espaço físico a principal necessidade que podemos citar seria uma sala para realização de atividades educativas em grupo para a população, pois contamos apenas com uma pequena sala, para reuniões de equipe, que comporta no máximo 20 pessoas. Muitas vezes as reuniões dos programas de saúde são realizadas no próprio saguão da UBS onde conseguimos, mesmo que de forma improvisada, reunir um número maior de pessoas.

No que se refere ao acesso universal aos serviços de saúde, e a condições estruturais para acesso, circulação e atendimento de pessoas com necessidades especiais e idosas, posso relatar que também são poucas as necessidades levantadas após a análise da unidade. Acredito que estes aspectos também foram pensados e em grande parte implantados por ocasião da construção da nova unidade. Atualmente a unidade possui rampa com corrimões para cadeirantes e pessoas idosas, banheiro exclusivo para portadores de necessidades especiais, piso de todas as instalações em material antiderrapante, corredores dentro dos padrões de largura preconizados, identificação por escrito em todas as dependências. No acolhimento e prestação de serviços toda a equipe procura sempre respeitar os critérios de priorização para estes grupos.

Quanto aos equipamentos e instrumentais, por tratar-se de uma unidade de saúde construída, mobiliada e equipada recentemente os equipamentos e

instrumentais de toda a equipe de saúde, inclusive de odontologia, são satisfatórios e encontram-se em excelentes condições de uso. Quando se faz necessário um serviço de manutenção também não há grandes dificuldades, já que a prefeitura dispõe de uma equipe de funcionários para dar esse apoio às unidades de saúde. Em se tratando de revisão e calibragem de balanças e esfigmomanômetros, nunca houve disponibilidade deste serviço para as unidades.

Quando se trata da reposição de materiais de consumo pode-se relatar uma das mais sérias dificuldades enfrentadas pela equipe: freqüentemente passamos por longos períodos de falta de alguns materiais de consumo e de expediente como medicações, material de limpeza e assepsia, escritório, impressos para os programas de saúde, entre outros. A justificativa da gestão para o problema quase sempre está relacionada à licitação.

Em relação à informatização do serviço, apesar da unidade de saúde possuir três computadores, localizados na recepção, na odontologia e na sala de enfermagem, o município não possui sistema de informação, nem prontuário eletrônico e a maioria das unidades não tem sequer internet ou intranet. De modo que as informações geradas nas unidades de saúde, como relatórios, mapas de atendimento e rotinas, entre outras, são todas repassadas à secretaria de saúde em formulários impressos, via malote diário, ficando todas as informações geradas no município centralizadas na Secretaria Municipal de Saúde. No dia-a-dia da UBS estas informações se perdem, pois ficam muito fragmentadas. Isso tudo prejudica o monitoramento dos dados, o planejamento as ações, e a melhoria na organização do processo de trabalho e do serviço.

Entrando na questão das atribuições dos profissionais da equipe e as ações desenvolvidas na UBS, com a leitura dos materiais propostos, e sua contraposição com a realidade do serviço no qual estou inserida observei que minha equipe tem realizado grande parte das ações referenciadas na portaria e em sintonia com as orientações do Ministério da Saúde no que diz respeito “ao desenvolvimento dessas atividades de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe, buscando ser a base e a porta de entrada para as redes de atenção à saúde”.

Apesar de estarmos atendendo há apenas 10 meses como ESF, já implantamos praticamente todos os programas e rotinas, planejados e estruturados e, temos desenvolvido grande parte das atividades preconizadas em protocolos de atendimento como: visitas domiciliares, buscas ativas, atividades de grupo e

programas, reuniões semanais de equipe, consultas programadas para médicos, enfermeiras e odontologistas e até mesmo alguns atendimentos de urgência e emergência quando necessários.

O gerenciamento de insumos na UBS Liberdade é feito em conjunto pelas equipes de enfermagem e saúde bucal, ACS e auxiliar de serviços gerais, tendo a participação dos técnicos no controle de estoque de materiais e, a elaboração de relatórios e pedidos de materiais sendo realizada basicamente pela enfermeira coordenadora e uma odontologista. Sendo que a odontologia gerencia seus insumos e a enfermeira o restante dos materiais de uso geral no serviço.

Em relação aos programas e atividades em grupo, todos os meses realizamos atividades educativas no programa HIPERDIA, voltado ao acompanhamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos de nossa área de abrangência. Para a realização dessas atividades contamos com o envolvimento e participação de toda a equipe, ACS, técnicos de enfermagem, equipes de saúde bucal, enfermeiras e especialmente dos 02 médicos da família que vem colaborando sobremaneira no planejamento, organização e realização destas atividades. Talvez nossa maior falha nessa questão seja a não realização da busca ativa aos faltosos a essas atividades programáticas. Hoje, as buscas ativas da UBS são feitas basicamente pelos ACS, ficando direcionadas as questões dos encaminhamentos para consultas e exames especializados e às crianças faltosas na aplicação de vacinas.

Em relação à organização do serviço também pude perceber a necessidade do envolvimento de outros funcionários, além da coordenação, nas ações de monitoramento, controle, planejamento e avaliação de dados referentes às atividades de assistência realizadas, assim como no planejamento de ações que visem à melhoria na organização do processo de trabalho e levantamento de indicadores que nos ajudem ampliar a qualidade do serviço.

Contudo, acredito que uma das principais necessidades levantadas para a UBS Liberdade diz respeito ao fortalecimento do controle social, promoção do vínculo e corresponsabilização do usuário/família em relação a seu cuidado e saúde. Para tanto precisamos fortalecer as atividades de educação em saúde, pela participação de um maior número de pessoas, criação de novos mecanismos como grupos de discussão e, principalmente, a implantação do conselho local de saúde.

No que se refere ao número de habitantes em nossa área adstrita, de acordo com levantamento feito através das Fichas A das ACS, a UBS Liberdade possui atualmente uma população total de 7552 pessoas, com predominância da população feminina, com 3852 pessoas, sendo que destas a maioria, 1964 pessoas, pertence à faixa etária dos 25 aos 64 anos. Já a população masculina conta com 3700 pessoas. Foram levantadas ainda 2447 mulheres em idade fértil, 138 crianças menores de 1 ano e 831 pessoas acima dos 60 anos de idade.

Conforme a rotina adotada pelo serviço, na UBS Liberdade as consultas de demanda espontânea são agendadas diariamente na abertura da unidade, conforme vagas disponíveis para o dia. Após o agendamento das consultas estas são triadas na pré-consulta pelos técnicos de enfermagem, sendo avaliada a necessidade de priorização conforme os sinais e sintomas de risco como febre alta, PA alterada, dificuldade respiratória, entre outros. Quando não é possível o atendimento médico na UBS esses usuários são encaminhados ao serviço de Pronto atendimento. Mas esses encaminhamentos também são complicados já que não possuímos nenhum hospital de referência no município, contando apenas com os 02 serviços de Pronto atendimento, que não conseguem suprir as necessidades de todo o município.

Para piorar a situação também não dispomos de um serviço de transporte de usuários eficiente, contando com apenas uma ambulância, para atender a demanda de todas as 21 UBS e os 02 pronto-atendimentos, que com freqüência encontra-se transportando usuários destes locais para hospitais de grande porte, fora do município. Com isso, muitas vezes ficamos sem saída, mantendo o usuário em observação na própria unidade, sem nenhum suporte de emergência, até que possa ser encaminhado aos pronto-atendimentos municipais.

Outra falha de gestão em nosso serviço é que não dispomos de protocolos para avaliação e classificação de risco biológico ou vulnerabilidade social, conduzindo o caso de acordo com os conhecimentos técnicos de cada categoria profissional, aliado ao bom senso. Acredito que esse material seria um apoio importante a rotina das UBS municipais e minimizaria um pouco as dificuldades no acolhimento atendimento e condução dos casos, dando certo respaldo aos profissionais na tomada de decisões.

Sei que a gestão entende a importância e valoriza sobre maneira a questão do acolhimento nos serviços de saúde, pois, freqüentemente são promovidos cursos de capacitação e encontros motivacionais para as equipes das UBS e outros

serviços de saúde, mas, conforme referido nos fóruns por alguns colegas, além de capacitar é preciso dar condições aos servidores de atender satisfatoriamente as demandas de nossa população de abrangência, especialmente no que se refere à estrutura física, materiais e equipamentos, disponibilidade de serviços de referência, suporte no transporte dos usuários para serviço de emergência e, principalmente, número de funcionários condizente com a demanda atendida pelo serviço, já que na maioria das UBS municipais os profissionais se encontram extremamente desgastados pelo acúmulo de trabalho e stress acarretado.

Nesse sentido, seguimos cobrando melhorias junto à gestão e nos empenhando ao máximo para acolher a da melhor forma possível a demanda de atendimentos de nosso serviço, seja esta programada ou espontânea. Sempre atuando de forma multiprofissional e responsável.

Em relação às ações voltadas a saúde da criança, na UBS Liberdade realizamos atendimento a demanda espontânea, através do agendamento de consultas médicas e de odontologia diariamente e atendimento programado, na puericultura, voltada a todas as crianças de 0 a 5 anos de idade e no Programa de Saúde na Escola (PSE), com avaliação de saúde e atividades educativas direcionadas a todas as crianças menores de 10 anos que freqüentam as creches ou escolas municipais da área adstrita. Em conjunto com a puericultura é realizada também a vacinação das crianças.

Em Colombo o programa de puericultura é realizado de acordo com o protocolo municipal de saúde da criança, o “Nascer em Colombo”, que foi implantando em 2012. Este foi elaborado de acordo com a realidade do município, porém todo embasado nos princípios preconizados pelo Ministério da Saúde. Neste protocolo também estão dispostos os critérios para classificação de crianças de risco, com condutas e agendamento de consultas diferenciado para estes casos. Com isso, para as crianças não enquadradas em critérios de risco, são realizadas 07 consultas de acompanhamento no primeiro ano de vida, 04 no segundo e terceiro anos de vida e partir daí uma consulta anual até os sete anos de idade.

Essas consultas voltadas às crianças são realizadas por uma equipe multiprofissional, os médicos da família, as enfermeiras, as odontologistas e as ACS que tem participação fundamental no acompanhamento da situação dessas crianças em seus domicílios. Sendo agendadas as consultas com todas as categorias

profissionais, de acordo com a idade da criança, visando conceder atendimento integral a criança.

No que se refere à cobertura do programa de puericultura, atualmente das aproximadamente 138 crianças menores de 01 ano de idade que residem em nossa área 95, ou 69% destas fazem acompanhamento na UBS.

Nossas maiores dificuldades nesse sentido são conseguir suprir a demanda de crianças na faixa etária de acompanhamento e ainda atender a demanda espontânea das crianças que já não fazem parte do programa, devido à grande procura de usuários vindos de fora de nossa área de abrangência.

Todas as consultas de puericultura realizadas na UBS ficam registradas em prontuário médico e em ficha própria do Sistema de Vigilância Nutricional e Alimentar (SISVAN), que é encaminhada mensalmente para o serviço de nutrição da SMS, que faz o acompanhamento do estado nutricional destas crianças. A vacinação das crianças fica registrada no cartão de vacinação e em cartão de controle cruzado na UBS.

Em relação à adesão ao programa de puericultura a maior dificuldade está em conscientizar os pais sobre a importância de trazer os filhos para as consultas com as enfermeiras, pois freqüentemente estas comparecem apenas as consultas médicas e de odontologia, ou até mesmo procuram o serviço apenas quando seus filhos adoecem, deixando de prevenir essas ocorrências e promover o bem estar de seus filhos.

Por isso, ao preencher o questionário sobre atenção à saúde da criança concluí que precisamos melhorar a questão das orientações prestadas aos pais sobre situações de risco, curvas de crescimento e desenvolvimento e seu significado para seus filhos, assim como dialogar sobre as questões do programa, sobre prevenção e promoção a saúde. Já iniciei com a capacitação da equipe a esse respeito.

Sei que enquanto coordenadora do serviço também tenho falhado na questão do planejamento, monitoramento e avaliação das ações realizadas no programa de saúde da criança. Isto porque não possuímos sistema informatizado, nem prontuário eletrônico e ainda estamos em fase de organização de todo o serviço no novo modelo. Sinto que neste momento os maiores desafios a serem vencidos estão relacionados à organização do registro e monitoramento de dados e a melhoria no processo de trabalho.

Com o preenchimento do caderno de ações programáticas pude observar que a cobertura de puericultura da UBS Liberdade é baixa em relação à população de nossa área de abrangência. A meu ver isso se deve principalmente as mudanças advindas da implantação da estratégia de saúde da família na UBS Liberdade, pois com isso, foi incluída em nossa área de abrangência uma região bastante afastada, que há 08 meses era atendida por duas UBS bem mais próximas. Com isso a população desta área tem grande resistência em vir até a UBS Liberdade para realizar as consultas de acompanhamento dos filhos. Aliado a isso está à resistência da população em adaptar-se ao novo modelo de atendimento, com ausência do profissional pediatra, sendo todos atendidos pelo médico da família. Sabemos que gradativamente precisamos reverter essa mentalidade, cativando através do atendimento de qualidade e resolutivo essa população tão resistente à mudança no modelo.

Em relação à saúde da gestante e atenção ao pré-natal acredito que na UBS Liberdade, apesar das dificuldades advindas de falhas na gestão municipal que confrontam com as questões preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS) como, não absorção da demanda de gestantes pelo sistema de referência para alto risco, inexistência de sistema de transporte para situações de urgência e emergência e número reduzido de profissionais da saúde em todos os serviços da rede de atendimento a gestante; temos conseguido proporcionar uma assistência ao pré-natal e puerpério bem próximas do preconizado. Sempre tendo em vista o acolhimento dessa gestante e a formação do vínculo com toda a equipe, necessários a integralidade da atenção prestada.

Na UBS que trabalho a assistência ao pré-natal é realizada em conjunto por toda a equipe multidisciplinar, sendo iniciada pelo acolhimento e cadastro da gestante no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (SIS PRÉ-NATAL), com realização da entrevista, anamnese e exame físico, preenchimento da carteira de acompanhamento do programa; verificação de imunizações; solicitação de exames de rotina laboratorial e ecografia obstétrica; orientações quanto à higiene, cuidados pessoais, alimentação e situações de emergência obstétrica; exame clínico de mamas e coleta do exame preventivo se necessários; e o agendamento da primeira consulta médica e de saúde bucal, tudo conforme protocolo municipal de saúde da gestante, elaborado e implantado em 2012, o “Mãe Colombense”.



Decorrido esse primeiro contato iniciamos o acompanhamento dessas gestantes com consultas de periodicidade mensal até a Idade gestacional (I.G.) de 28 semanas, quinzenal de 28 a 36 semanas e semanal a partir daí. Quando se faz necessário essa gestante é encaminhada para realizar pré-natal de alto risco, de acordo com os critérios dispostos no protocolo municipal e adotados pelos médicos da família da unidade, mas continuamos a acompanhá-la na unidade, em conjunto com o hospital de referência.

Na ocasião do nascimento do bebê as gestantes de risco habitual são encaminhadas para a maternidade municipal de referência, que também foi considerada pelo MS um “Hospital amigo da criança”, devido ao baixo número de partos cesariana realizados no local e pela humanização no cuidado dedicado a mãe e ao recém-nascido (RN).

Após o nascimento a maternidade entra em contato com a UBS de referência da gestante e agenda a consulta de puerpério e primeira consulta do RN, na mesma data e horário, para conclusão do pré-natal e início do acompanhamento do bebê. Esse sistema tem funcionado muito bem e surtido excelentes resultados para a saúde e redução da morbimortalidade mãe-bebê em Colombo.

Com relação à cobertura de pré-natal da UBS Liberdade, analisando o Caderno das Ações Programáticas, observei que é satisfatória, pois em relação ao atual número estimado de gestantes residentes em nossa área de abrangência, 119 mulheres, estamos atendendo 99, ou em média, 87% destas. Ainda podemos melhorar esses números, mas é necessário o envolvimento de toda a equipe, no sentido de captar essas mulheres precocemente e orientá-las a cerca da importância do pré-natal e pós-parto para a redução da morbimortalidade materno e da criança.

Em se tratando das ações de Prevenção do Câncer de Colo de útero e Controle do Câncer de Mama, posso relatar que na UBS Liberdade trabalhamos predominantemente de forma programática, em uma importante parceria profissional entre o médico e enfermeira de equipe. Mas em algumas ocasiões também realizamos os exames colpocitológico e clínico de mamas de forma não programada, aproveitando a oportunidade do momento.

Todas as ações realizadas na UBS nesses dois programas são embasadas no Protocolo Municipal de Saúde da Mulher, formulado e implantado no município também em 2012.

Apesar de não ter sido possível o levantamento dos indicadores de saúde em relação ao Sistema de Informação do Controle de Câncer de Colo Uterino (SIS COLO) e ao Sistema de Informação do Controle de Câncer de Mama (SIS MAMA), estando na coordenação do serviço sei que precisamos melhorar nossa cobertura tanto de colpocitológicos, quanto do exame clínico de mamas, geralmente realizados em conjunto; especialmente no que se refere às gestantes onde, conforme observado por muitos dos colegas no fórum, existe um tabu cultural a ser quebrado em relação à segurança do feto durante a coleta do exame.

No que se refere à cobertura do SISCOLO, atualmente, das 1964 mulheres com idade entre 25 e 64 anos residentes na área da UBS 1693, ou 86% destas com exame preventivo para CA de colo uterino em dia.

Hoje na UBS Liberdade a coleta de exame preventivo de câncer de colo de útero é feita predominantemente através de rastreamento organizado. A exceção acontece uma vez por mês, quando disponibilizamos a coleta no sábado, o dia todo, com livre demanda.

Estamos conscientes de que para aumentar o número de mulheres que buscam o serviço para prevenção do câncer de colo uterino e de mamas precisamos disponibilizar a coleta livre demanda com maior frequência. Mas atualmente, com o número de funcionários e a demanda de procedimentos a serem realizados na UBS, isto se mostra inviável.

Também sei que precisamos ampliar a promoção de atividades de educação em saúde direcionadas as mulheres em diferentes locais da comunidade, buscando atingir e sensibilizar principalmente a faixa etária de maior risco, dos 25 aos 64 anos de idade, quanto à importância da coleta do exame com a periodicidade correta para a prevenção efetiva do câncer de colo uterino e de mama.

Em se tratando do programa SISMAMA, a cobertura levantada recentemente pela UBS é satisfatória, mas também precisa ser ampliada já que das 627 mulheres com idade entre 50 e 69 anos residentes na área, 490 ou 78% destas estão sendo acompanhadas pela UBS, tendo realizado exame de mamas regularmente. Ainda a esse respeito à SMS de Colombo nos dá condições de solicitar mamografias e eco mamárias sempre que os profissionais médicos ou enfermeiros julgarem necessário, o tempo de espera para o agendamento deste exames também é satisfatório, em torno de 15 dias, e a procura pelas consultas de saúde da mulher tem aumentado consideravelmente nos últimos meses, demonstrando satisfação com o serviço

prestado e resposta positiva as buscas ativas realizadas as mulheres com resultado alterado.

Com relação ao tratamento dos casos de colpocitológico ou mamografias alteradas, sempre que recebemos um resultado destes com alteração, imediatamente agendamos a consulta médica para dar seguimento ao caso em serviço de referência. E em se tratando das buscas de seguimento de SIS COLO enviadas pela SMS, apesar de, com a ajuda importantíssima das ACS, conseguir realizar a maior parte das buscas, nossa principal dificuldade em relação ao acompanhamento dessas mulheres é conseguir as informações necessárias para dar seguimento ao tratamento. Pois, ao retornarem do serviço de referência frequentemente estas não sabem informar com clareza qual a conduta adotada pelo especialista em relação ao seu caso e não possuem sequer os resultados dos exames solicitados durante o período.

Com isso, apesar de não perdemos os casos de vista, muitas vezes fica complicado fazer o fechamento adequado. Acredito que seja necessária a conscientização do serviço de referência quanto à necessidade de contra referenciar a UBS de origem, numa troca de informações essencial ao bom andamento dos casos. Para tanto precisamos da colaboração da gestão municipal de saúde, fazendo esta solicitação aos serviços secundários de saúde.

Apesar de considerar que a cobertura de Controle de Câncer de Mama é boa em relação ao número de mulheres que fazem parte de nossa população adstrita, sei que podemos melhorar e abranger as mulheres da região mais distantes da UBS que ainda não tem procurado o serviço para as ações voltadas à prevenção, mas apenas quando apresentam alguma queixa ou problema de saúde. Portanto, essa população deve ser nosso principal alvo no sentido de aumentar a cobertura no serviço.

Para ampliação da cobertura desse programa é importante que toda a equipe, especialmente os médicos, estejam envolvidos nas atividades de educação em saúde a serem realizadas e se comprometam a aliar o rastreamento oportunístico ao rastreamento organizado, já realizado no serviço, aproveitando todas as oportunidades para realizar o exame clínico de mamas e/ou solicitar mamografia de rastreamento ao maior número de mulheres.

Também são necessárias melhorias no que se refere à qualidade do controle e monitoramento das ações e dados obtidos no programa SIS MAMA e SIS

COLO da UBS, para através da avaliação destas informações conduzi-los. Mas para tanto, também precisamos do apoio da gestão, na implantação do sistema informatizado e integrado em todas as UBS do município.

A atenção em saúde aos hipertensos e diabéticos da UBS Liberdade acontece através das atividades do grupo HIPERDIA. Todas as ações são embasadas no protocolo municipal de saúde, implantado em 2012, e são realizadas em conjunto pela equipe multidisciplinar, médicos, enfermeiras, odontólogos, técnicos de enfermagem e saúde bucal e ACS, com o auxílio importante de um grupo de residentes da Universidade Federal do Paraná.

A primeira consulta, de cadastramento do usuário no programa, é feita pela enfermeira da área e as subseqüentes são agendadas para os médicos e dentistas de acordo com as necessidades do usuário. Os exames de rotina são solicitados periodicamente pelos médicos e enfermeiras de área e todos os meses os usuários participam de uma reunião do HIPERDIA, onde são entregues os medicamentos e realizadas atividades de orientações. Na ocasião são feitas palestras, dinâmicas e discussões sobre temas afins. A adesão às reuniões é grande em relação ao número de usuários acompanhados pela UBS, com praticamente 80% presentes, mas sabemos que ainda precisamos ampliar o alcance aos hipertensos e diabéticos residentes na área que não fazem acompanhamento. Para tanto, primeiramente precisamos rastreá-los.

De acordo com levantamento feito através das fichas A das ACS, atualmente temos aproximadamente 1591 hipertensos com idade acima de 20 anos residindo em nossa área de abrangência, sendo que destes apenas 310 pessoas, ou 19%, realizam acompanhamento na UBS. Em se tratando dos diabéticos, das aproximadamente 455 pessoas que residem na área, apenas 105 ou, 23% destas, estão cadastradas junto ao programa na UBS. Dados de cobertura a serem melhorados.

Ao defrontar as estimativas de usuários hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência com o número de usuários acompanhados pelo UBS fiquei muito preocupada. Sei que precisamos melhorar muito esses índices. Hoje, apesar de estarmos buscando prestar um atendimento de qualidade e eficaz aos usuários que frequentam o grupo HIPERDIA, precisamos melhorar o rastreamento do grande número de usuários que reside em nossa área e não faz acompanhamento. Pelas características socioeconômicas de nossa população adstrita acredito que apenas

uma minoria tenha condições de realizar o tratamento em serviços particulares ou em planos de saúde empresariais. O que nos faz pensar que muitos hipertensos e/ou diabéticos de nossa área não estejam sendo acompanhados nem tão pouco fazendo o controle da doença.

Infelizmente não foi possível o agrupamento de dados para o levantamento de todos os indicadores de saúde no acompanhamento aos usuários hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência. Conseguimos obter apenas o indicador referente à avaliação de saúde bucal, que considero baixo e insatisfatório em relação à população total acompanhada pelo serviço. Embora nossa cobertura esteja baixa, pela própria organização do processo de trabalho da equipe que é sempre embasada no protocolo municipal de saúde do HIPERDIA posso afirmar que a solicitação de exames periódicos e as orientações sobre prática de atividade física e alimentação saudável já são rotineiramente realizadas no atendimento aos usuários acompanhados pela UBS.

Precisamos agora encontrar mecanismos para melhorar o registro, o controle e o monitoramento destas práticas. Volto a levantar a necessidade da implantação em Colombo do sistema informatizado ou intranet, para facilitação destes registros, seu agrupamento e troca de informações entre UBS e secretaria de saúde. Também é necessário o envolvimento de um maior número de profissionais na questão do planejamento, organização e gestão do programa, uma vez que hoje a enfermeira coordenadora acumula todas essas funções, o que sobrecarrega sobremaneira essa profissional e prejudica o crescimento do programa pela troca de idéias e experiências profissionais das diferentes categorias profissionais que compõe esta equipe.

No que diz respeito às ações de atenção à saúde dos idosos, na UBS Liberdade não possuímos um programa de saúde voltado especificamente a essa faixa etária, de modo que as únicas atividades educativas direcionadas a esta população seriam as reuniões mensais do grupo HIPERDIA, já que uma parcela significativa desses também faz parte do grupo de hipertensos ou diabéticos da UBS.

Desse modo, no que se refere à cobertura de acompanhamento aos idosos com 60 anos ou mais de idade residentes em nossa área, pode-se levantar apenas que, de aproximadamente 831 pessoas nesta situação apenas 432, ou 52% destas, estão sendo acompanhados pela UBS.

Em relação aos atendimentos médicos, odontológicos e de enfermagem, procuramos sempre dar prioridade a essa população. Com isso, diariamente dispomos de vagas reservadas nas agendas médicas das 03 equipes para a população idosa, mas, como temos muitos idosos na área, a demanda ainda supera a oferta do serviço. Quando isso ocorre procuramos a melhor solução, de acordo com as necessidades e a urgência do usuário, encaminhando para o Pronto Atendimento municipal ou agendando para a vaga mais próxima possível.

As visitas domiciliares das equipes, direcionadas aos usuários idosos e acamados são programadas pelas ACS da área e realizadas semanalmente pelo médico da família, enfermeira e/ou técnica de enfermagem e ACS, de acordo com as necessidades levantadas pelas mesmas.

Todas as ações desenvolvidas na UBS voltadas para os idosos são realizadas de acordo com o protocolo municipal de saúde, elaborado e implantado em 2012. Em Colombo não temos acesso à carteira de saúde do idoso, e também não possuímos formulário ou prontuário específico para anotações de atendimentos a este grupo, ficando todas as ações registradas apenas no prontuário da família.

Mais uma vez mostrou-se essencial o planejamento e implantação de estratégias e rotinas que possam melhorar a questão dos registros de dados das ações realizadas no serviço. Como não possuímos no município sistema informatizado nas UBS precisamos levantar em grupo novos mecanismos para agrupar esses registros, de forma que facilite a visão geral de toda a equipe. Essas questões já estão sendo levantadas em reunião de equipe e estamos iniciando com as primeiras ações nesse sentido.

Hoje percebo que além da questão da adaptação da população e da equipe da UBS ao novo modelo de atendimento ESF, um de nossos maiores desafios é conseguir organizar melhor o processo de trabalho, especialmente no que se refere ao registro de dados do serviço. Para com isso conseguir monitorar os programas, avaliar os resultados obtidos e, com base nessa visão ampliada, planejar em equipe melhorias nas ações programáticas da UBS. Para tanto se faz necessário um maior envolvimento de toda a equipe de saúde da UBS, assim como maior parceria da gestão no sentido de implantar o sistema de informação e prontuário eletrônico nas UBS do município de Colombo.

Para vencer estes desafios, hoje contamos com alguns recursos importantes que outrora não possuíamos, como uma estrutura física adequada, uma equipe

multidisciplinar bastante unida e comprometida com a prestação de uma assistência de qualidade a nossa população adstrita. Este momento de estruturação e organização do serviço nos permite construir o processo de trabalho e organização do serviço dentro dos critérios levantados neste curso, visando a ampliação da visão e o constante aperfeiçoamento das atividades desenvolvidas, seja nas questões voltadas a demanda espontânea ou a demanda programada; e o envolvimento da população adstrita tanto no que diz respeito ao controle social das ações da UBS, quanto em todas as atividades desenvolvidas para prevenção e promoção da saúde de suas famílias.

### **1.3. Comentário Comparativo sobre o Texto Inicial e o Relatório da Análise Situacional.**

Concluída a primeira unidade do curso já posso ter uma visão bem mais ampla do serviço, em comparação à análise realizada no início do curso, quando ainda não conseguia vislumbrar todas as questões envolvidas em nosso processo de trabalho e organização da assistência prestada.

Desde a descrição da situação da ESF/APA Liberdade na primeira semana de curso e hoje algumas mudanças ocorreram, tanto no que diz respeito à população atendida, que aumentou consideravelmente, quanto na formação da equipe e a organização do serviço, algumas mudanças positivas e outras nem tanto.

Após levantamento realizado em março deste ano pelas ACS da UBS, em suas fichas A, foi levantada uma população adstrita na área de abrangência da unidade de 7552 pessoas, superior à descrita anteriormente, que foi retirada dos últimos dados do SIAB da secretaria municipal de saúde, dados esses, infelizmente, totalmente desatualizados pela falta de digitação periódica.

A questão do período de adaptação ao novo modelo de atendimento de ESF, pela equipe e pela população vem sendo vencida progressivamente e atualmente acredito que ambos os grupos já estão bem mais adaptados. Em se tratando da equipe, acredito que uma grande ferramenta nesse sentido continue sendo as reuniões semanais de equipe, com diálogo e participação de todos na construção do novo processo de trabalho e organização do serviço. Com isso percebo que a equipe se encontra cada vez mais entrosada e buscando em conjunto a qualidade no cuidado prestado a população de nossa área de abrangência.

Atualmente já conseguimos organizar consideravelmente a maioria dos programas, com atendimentos individuais e coletivos. Mas agora sei que além da organização do programa de planejamento familiar, também precisamos implantar um programa direcionado especificamente a população idosa, que cresce constante e exponencialmente.

Quanto às dificuldades com a população atendida, infelizmente ainda não conseguimos atingir com as atividades de educação em saúde nossa população adolescente, permanecendo com um grande número de gestantes nessa faixa etária. Precisamos encontrar meios efetivos para alcançá-las fora da UBS, uma vez que tentamos realizar atividades dentro do serviço, sem grande adesão. Devido a questões administrativas da gestão e de pessoal também permanecemos com dificuldades em atender toda a nossa demanda espontânea para consultas médicas e de odontologia, mas temos buscado utilizar-se do acolhimento como principal ferramenta para amenizar o problema.

Em relação ao controle social da população, por questões operacionais de equipe reduzida, infelizmente ainda não conseguimos organizar e implantar o conselho local de saúde. Mas temos buscado ampliar a participação da comunidade nas questões organizacionais do serviço através das reuniões de grupos HIPERDIA e das atividades nas escolas, mas ainda temos muito que melhorar nesta conscientização.

Quando descrevi a situação da ESF na unidade que trabalho lá na primeira semana de curso, ainda não conseguia enxergar o quanto as questões operacionais como o simples registro, controle e monitoramento dos dados referentes a atividades realizadas na UBS são importantes para a organização do processo de trabalho e tomada de decisões.

Hoje sei que medidas para organizar esse sistema de registros são urgentes e essenciais para melhorias na assistência prestada e na organização do serviço e toda a equipe deve ser sensibilizada e envolvida nesse processo, um desafio a ser vencido inicialmente pela coordenação da UBS Liberdade.

De mais sigo aprendendo muito, compartilhando com meus colegas de equipe as questões do curso e sei que juntos poderemos melhorar muito o serviço, tanto para os usuários, quanto para a equipe de trabalho.



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

### **2.1. Justificativa**

O foco da intervenção na UBS Liberdade foi o programa de atenção aos usuários com Hipertensão e Diabetes, por acreditar ser esta uma das principais necessidades do serviço no que se refere aos programas de saúde que possuem protocolo municipal de atendimento.

Conforme consta no Protocolo Municipal de Atenção à Hipertensão Arterial de Colombo/PR, as doenças cardiovasculares lideram as causas de morte no Brasil, desde a década de 1960. Sabidamente as doenças cardiovasculares, arteriais, coronarianas e de extremidades, e insuficiências cardíaca e renal, estão epidemiologicamente correlacionadas à hipertensão arterial e sistêmica – HAS (Sociedade Brasileira de Hipertensão, p.11, 2006).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2006), em 1998, no Brasil, a HAS respondeu por 46% das doenças cardiovasculares, constituindo, portanto, causa de elevado custo social na área da saúde, já que responde por cerca de 40% das mortes por acidente vascular cerebral, e 25% daquelas por doença arterial coronariana. Ainda segundo esse documento “a prevalência urbana da HAS no Brasil, utilizando-se o critério da pressão arterial (PA) 140/90, ainda é elevada, e varia de 22% a 44%”, dados preocupantes para o país.

Assim como na HAS, em se tratando do Diabetes Mellitus (DM), as estimativas epidemiológicas também se revelam extremamente alarmantes. Como descrito no Protocolo Municipal de Atenção ao Portador de Diabetes Mellitus Tipo 2 “uma epidemia de diabetes está em curso”.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2007), em 1985 estimou-se que existissem 30 milhões de adultos com DM no mundo; esse número cresceu para 135 milhões em 1995, atingindo 173 milhões em 2002, com projeção de chegar a 300 milhões no ano de 2030; e cerca de dois terços desses indivíduos vivem nos países em desenvolvimento, onde a epidemia tem maior intensidade, com crescente proporção de pessoas afetadas em grupos etários mais jovens.

Ainda conforme o protocolo municipal descrito, no mundo o número de mortes atribuídas ao DM está em torno de 800 mil, entretanto, é fato bem estabelecido que essa quantidade de óbitos é subestimada. Já foram sugeridos cerca de 4 milhões de óbitos anuais relacionadas a presença dessa doença, com importante contribuições de complicadores cardiovasculares, o que corresponde a 9% do total mundial de mortes (SBD, 2007, p.8-9).

Ainda segundo o protocolo municipal, “sua natureza crônica, a gravidade de suas complicações e os meios necessários para controlá-las tornam o Diabetes uma doença muito onerosa, não apenas para os indivíduos afetados e suas famílias, mas também para o sistema de saúde”. Os custos do DM afetam todos, porém, conforme descrito no protocolo, “não são apenas um problema econômico, de modo que, os custos intangíveis como dor, ansiedade, inconveniência e perda de qualidade de vida, também apresentam grande impacto na vida das pessoas com diabetes e suas famílias, e são difíceis de serem quantificados”.

Diante disso, acredito que seja importante para qualquer sistema e serviço de saúde priorizar políticas públicas do setor que visem reduzir a prevalência da HAS e do DM através da padronização das atividades desenvolvidas nos programas e com ações embasadas em protocolos. Buscando com isso racionalizar custos com essas patologias na atenção primária a saúde, e principalmente promover qualidade de vida aos indivíduos portadores de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus.

Segundo levantamento realizado pela equipe da Unidade básica de Saúde, em março deste ano a população estimada de nossa área de abrangência era de 7552 pessoas, sendo que, segundo estimativas do caderno de ações programáticas deste curso, através da planilha do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), das pessoas com 20 anos ou mais de idade, 1149 pessoas são portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica e 283 de Diabetes Mellitus. Destes, segundo levantamento feito recentemente pelo serviço, apenas 310 usuários hipertensos e 105 diabéticos estão

cadastrados no programa de atenção a hipertensão e diabetes da UBS, representando apenas 19,5% dos HAS e 23,1% dos diabéticos, respectivamente, uma cobertura extremamente baixa e insatisfatória para a população adstrita.

Devido a questões de ordem administrativa a população alvo de minha intervenção, inicialmente será os hipertensos e diabéticos que estão adstritos à área 135 da estratégia de saúde da família, área de atuação da equipe da qual faço parte como enfermeira assistencial. Conforme levantamento obtido através da planilha do VIGITEL, disponibilizada pelo curso, esta área conta com aproximadamente 442 hipertensos e 109 diabéticos residindo atualmente nesta área adstrita.

A esse respeito acredito que nos últimos meses a adesão de nossa população alvo às atividades do programa vem melhorando progressivamente com a percepção destes em relação às melhorias nas ações desenvolvidas pela equipe, a busca do maior envolvimento destas pessoas nas atividades de promoção do auto cuidado e de responsabilização pela própria saúde. Mas ainda há muito que melhorar para alcance da cobertura preconizada para o programa.

Hoje, apesar de estarmos buscando prestar um atendimento de qualidade e eficaz aos hipertensos que frequentam o grupo HIPERDIA, precisamos melhorar o rastreamento do grande número de usuários que reside em nossa área, mas não faz acompanhamento na UBS, pois, pelas características socioeconômicas de nossa população adstrita acredito que apenas uma minoria tenha condições de realizar o tratamento em serviços particulares ou em planos de saúde empresariais. O que nos faz pensar que muitos hipertensos de nossa área não estejam sendo acompanhados nem tão pouco fazendo o controle da doença.

Atualmente a atenção em saúde aos hipertensos e diabéticos da UBS Liberdade acontece através das atividades do grupo HIPERDIA, consultas ambulatoriais e visitas domiciliares. Todas as ações de promoção à saúde desenvolvidas são embasadas no protocolo municipal de saúde, implantado em 2012, e são realizadas em conjunto pela equipe multidisciplinar, formada pelos médicos, enfermeiras, odontólogos, técnicos de enfermagem e saúde bucal e ACS, com o auxílio importante de um grupo de residentes da Universidade Federal do Paraná.

Como principal estratégia para prática de educação em saúde e engajamento dos usuários em relação às ações da UBS e ao auto cuidado, todos os meses os usuários participam da reunião do HIPERDIA, onde são entregues os

medicamentos e realizadas orientações diversas, feitas pelas três categorias profissionais já mencionadas. Na ocasião são feitas palestras, dinâmicas e discussões sobre alimentação, prática de atividade física, saúde bucal e mudanças de hábitos de vida para melhoria na qualidade de vida, além de apresentações sobre hipertensão e diabetes, riscos e agravantes dessas doenças, controle e tratamento adequado. Conforme ilustrado em imagem abaixo, a adesão às reuniões é grande em relação ao número de usuários cadastrados pela UBS, com praticamente 80% de desses presentes, mas sabemos que ainda precisamos ampliar o alcance dos hipertensos residentes na área que não fazem acompanhamento e para tanto, primeiramente precisamos rastreá-los.



Figura 2 – Fotografia da reunião mensal do programa HIPERDIA

Embora nossa cobertura esteja baixa, pela própria organização do processo de trabalho da equipe, sempre embasada no protocolo municipal de saúde do HIPERDIA, a estratificação do risco cardiovascular, solicitação de exames periódicos e as orientações sobre prática de atividade física e alimentação saudável já são rotineiramente realizadas no atendimento aos usuários acompanhados pela UBS. Precisamos agora encontrar mecanismos para melhorar o registro, o controle e o monitoramento destas práticas, assim como rastrear e trazer para o serviço os

portadores de hipertensão e diabetes que pertencem a nossa área, mas não realizam acompanhamento ou tratamento de saúde.

Muitas das questões levantadas na planilha de objetivos, metas, indicadores e ações, como ações a serem desenvolvidas junto ao programa já são realizadas na UBS, mas precisamos sistematizar e organizar melhor essas ações para que possamos controlar os dados obtidos com essas atividades, ampliar a visão da equipe a cerca do alcance das metas e finalmente avaliar o programa e planejar ações para melhorar o processo e rotina de trabalho da equipe sempre, assim como a atenção prestada aos usuários que fazem parte do programa HIPERDIA. Para que tudo isso seja possível é necessário o envolvimento inicialmente de toda a equipe da área 135 e futuramente de toda a equipe da UBS.

Dentre as principais dificuldades levantadas atualmente para o alcance das metas preconizadas inicialmente para o programa HIPERDIA estão: o desfalque de alguns profissionais como a dentista da área, que iniciou com a licença maternidade este mês, ficando afastada do serviço pelos próximos seis meses e de uma agente de saúde da área, o que prejudica as buscas a serem realizadas para melhoria na cobertura do programa. Além de questões com pessoal também temos dificuldades com relação à gestão de materiais pela secretaria de saúde, com a falta de medicamentos a serem fornecidos pelo programa, a carência de treinamentos e qualificação pessoal das equipes da atenção primária a saúde, e a falta de um espaço adequado para realização de reuniões e atividades em grupo. Precisamos de maior apoio da gestão e da secretaria de saúde para alcance das melhorias a serem implantadas no serviço.

Tudo isso de certa forma dificulta o alcance de algumas metas propostas, mas procuraremos outros mecanismos e artifícios para superar estas dificuldades e alcançar os objetivos propostos da melhor forma possível, pois contamos uma excelente estrutura física e com uma equipe muito dedicada, envolvida e comprometida com o trabalho. Sobretudo estamos dispostos a levar a diante esse processo de organização e expansão da cobertura dos programas desenvolvidos na UBS, iniciando pelo HIPERDIA.

Em relação às mudanças que já vem ocorrendo no serviço: com a introdução nas reuniões semanais de equipe das discussões sobre análise reflexiva das atividades realizadas e de possíveis mudanças a serem implantadas, já conseguimos melhorias no acolhimento dos usuários do grupo HIPERDIA;

introdução da busca ativa pelas ACS dos usuários que ainda não estão inscritos no programa ou não tem freqüentado as atividades do grupo; início da nova organização das fichas de cadastramento para implantação de novas estratégias para controle de dados e monitoramento das ações do programa; e principalmente o envolvimento de todos os membros da equipe nesse processo de mudança na organização do HIPERDIA. O resultado está sendo percebido pelo aumento progressivo do número de cadastrados e de participantes nas atividades educativas do programa. Mas sabemos que ainda há muito a ser feito e nesse processo, meu papel como incentivadora é essencial.

## **2.2. Objetivos**

### **2.2.1. Objetivo geral:**

Qualificar a atenção aos hipertensos e/ou diabéticos na Unidade de Saúde Liberdade no município de Colombo/PR.

### **2.2.2. Objetivos específicos:**

1. Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos;
2. Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa;
3. Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde;
4. Melhorar o registro das informações direcionado aos hipertensos e/ou diabéticos;
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular;
6. Realizar ações de promoção da saúde voltada aos hipertensos e/ou diabéticos.

## **2.3. Metas**

### **Metas referentes ao objetivo de Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos:**

1. Cadastrar 70% dos hipertensos residentes na área de abrangência da equipe 135 de ESF no Programa de atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

2. Cadastrar 70% dos diabéticos residentes na área de abrangência da equipe 135 de ESF no Programa de atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Metas referentes ao objetivo de Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa:**

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

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

**Metas referentes ao objetivo Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde:**

5. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários hipertensos cadastrados na área 135.

6. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários diabéticos cadastrados na área 135.

7. Garantir a 100% dos hipertensos cadastrados na área 135, a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

8. Garantir a 100% dos diabéticos cadastrados na área 135, a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

9. Garantir a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na área 135 da unidade de saúde.

10. Garantir a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na área 135 da unidade de saúde.

**Metas referentes ao objetivo de Melhorar o registro das informações obtidas junto ao programa HIPERDIA da unidade de saúde:**

11. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na área 135.

12. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na área 135.

**Metas referentes ao objetivo Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular:**

13. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na área 135.
14. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na área 135.

**Metas referentes ao objetivo de promoção à saúde dos usuários cadastrados junto ao programa HIPERDIA:**

15. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos cadastrados na área 135.
16. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos cadastrados na área 135.
17. Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários hipertensos cadastrados na área 135.
18. Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários diabéticos cadastrados na área 135.
19. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos cadastrados na área 135.
20. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos cadastrados na área 135.

## **2.4. Metodologia**

### **2.4.1. Detalhamento das ações**

Depois de estabelecidas às metas para o alcance dos objetivos, algumas ações foram listadas e detalhadas em quatro eixos principais: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica, conforme descrição que segue.



## **1. Objetivo** - Ampliar a cobertura à hipertensos e/ou diabéticos

**Meta: 1.** Cadastrar 70% dos hipertensos residentes na área de abrangência da equipe 135 de ESF no Programa de atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

### **Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:**

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus na área 135 da unidade de saúde.

#### **• Detalhamento das ações:**

- Elaborar planilha nominal de usuários cadastrados no HIPERDIA para controle de inscritos no programa;
- Elaborar a ficha espelho individual dos usuários cadastrados no HIPERDIA, para registro e monitoramento da realização das atividades preconizadas pelo programa, incluindo nesta a data da última consulta e da participação na reunião mensal do grupo;
- Através dos registros na folha espelho enfermeira e médico da área 135 deverão realizar o controle e monitoramento do cadastramento e da frequência as atividades do grupo, dos usuários do grupo HIPERDIA;
- Realizar reunião periódica junto a equipe 135 para discussão dos dados levantados e planejamento de melhorias no monitoramento.

Organização e Gestão do serviço: Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa; melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.

#### **• Detalhamento das ações:**

- Criar planilha ou formulário de acompanhamento dos usuários cadastrados no HIPERDIA para registro das atividades realizadas por estes;
- Enfermeira e médico da área deverão realizar mensalmente o controle do registro de dados dos usuários cadastrados;

- Envolver toda a equipe da UBS nas ações voltadas ao cadastramento dos usuários hipertensos de nossa área de abrangência.
- Treinar os funcionários da equipe 135 para acolher adequadamente aos usuários do grupo HIPERDIA, sempre que ocorrer o contato com estes.

Engajamento Público: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde; Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg; orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

- **Detalhamento das ações:**

- Fixar na UBS cartazes e material orientativo a respeito da importância do controle da pressão arterial a partir dos 18 anos de idade e sobre as atividades desenvolvidas no HIPERDIA;
- Utilizar-se das reuniões dos outros programas como gestantes e puericultura para informar sobre as ações do HIPERDIA e sobre controle anual de P.A.;
- Orientar os mais predispostos como os idosos sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial;
- Realizar orientações e esclarecimentos sobre os fatores de risco para desenvolvimento da hipertensão arterial, e sobre o HIPERDIA, junto aos usuários da sala de espera da UBS.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe 135 de ESF da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito; capacitar os ACS da área 135 para busca ativa dos hipertensos não cadastrados no HIPERDIA, para que os mesmos realizem o cadastro.

- **Detalhamento das ações:**

- Enfermeira da área deverá capacitar os ACS da área 135, a respeito da busca ativa periódica dos hipertensos da área de abrangência da UBS não cadastrados;

- Nas reuniões semanais de equipe a enfermeira deverá realizar orientações aos outros funcionários da equipe da UBS sobre a técnica de aferição da pressão arterial;
- Enfermeira deverá avaliar periodicamente a técnica de verificação da P.A. pelos técnicos.

**Meta 2.** Cadastrar 70% dos diabéticos residentes na área de abrangência da equipe 135 de ESF no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:**

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus na área 135 da unidade de saúde.

• **Detalhamento das ações:**

- Elaborar planilha nominal de usuários cadastrados no HIPERDIA para controle de inscritos no programa;
- Elaborar a ficha espelho individual dos usuários cadastrados no HIPERDIA, para registro e monitoramento da realização das atividades preconizadas pelo programa, incluindo nesta a data da última consulta e da participação na reunião mensal do grupo;
- Através dos registros na folha espelho enfermeira e médico da área 135 deverão realizar o controle e monitoramento do cadastramento e da frequência as atividades do grupo, dos usuários do grupo HIPERDIA;
- Realizar reunião periódica junto a equipe 135 para discussão dos dados levantados e planejamento de melhorias no monitoramento.

Organização e Gestão do serviço: Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa; melhorar o acolhimento para os usuários portadores de DM.

- **Detalhamento das ações:**

- Criar planilha ou formulário de acompanhamento dos usuários cadastrados no HIPERDIA para registro das atividades realizadas por estes;
- Enfermeira e médico da área deverão realizar mensalmente o controle do registro de dados dos usuários cadastrados;
- Envolver toda a equipe da UBS nas ações voltadas ao cadastramento dos usuários diabéticos de nossa área de abrangência.
- Treinar os funcionários da equipe 135 para acolher adequadamente aos usuários do grupo HIPERDIA, sempre que ocorrer o contato com estes.

Engajamento Público: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde; Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg; orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

- **Detalhamento das ações:**

- Fixar na UBS cartazes e material orientativo a respeito da importância do rastreamento do diabetes mellitus em usuários adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg, e sobre as atividades desenvolvidas no HIPERDIA;
- Utilizar-se das reuniões dos outros programas como gestantes e puericultura para informar sobre as ações do HIPERDIA e sobre controle anual de P.A.;
- Orientar os mais predispostos como os idosos sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes mellitus;
- Realizar orientações e esclarecimentos sobre o HIPERDIA e sobre os fatores de risco para desenvolvimento do diabetes, junto aos usuários da sala de espera da UBS.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os ACS para busca-ativa de diabéticos não cadastrados no HIPERDIA, para realização desse.

- **Detalhamento das ações:**

- Enfermeiro da área deverá capacitar os ACS, a respeito da busca ativa periódica dos diabéticos da área de abrangência da UBS não cadastrados;
- Enfermeira de área deverá acompanhar e controlar a realização periódica das buscas ativas dos usuários diabéticos de sua área, feita pelos ACS;

**2. Objetivo:** Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa

**Meta 3.** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:**

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia)

- **Detalhamento das ações:**

- Elaborar uma ficha espelho (ficha individual de acompanhamento do usuário hipertenso) para registro dos atendimentos realizados pela enfermeira e pelo médico da área aos usuários cadastrados no HIPERDIA;
- Disponibilizar um dos campos da ficha espelho dos usuários do grupo HIPERDIA para registro do comparecimento às consultas multiprofissionais, agendadas de acordo com a periodicidade preconizada em protocolo municipal;
- Através dos dados registrados na ficha espelho, médico e enfermeira da área deverão acompanhar periodicamente o comparecimento dos usuários cadastrados as consultas realizadas no programa, e passar a busca ativa dos faltosos para as ACS.

Organização e Gestão do serviço: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos; organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

- **Detalhamento das ações:**

- Enfermeira e médico da área deverão realizar mensalmente o levantamento dos usuários do HIPERDIA faltosos às consultas preconizadas em protocolo municipal; e repassar aos ACS para busca ativa;
- Enfermeira deverá elaborar junto aos ACS da área uma agenda mensal para visitas domiciliares aos faltosos às atividades do programa HIPERDIA;
- Enfermeira e médico da área deverão discutir juntos e tentar incluir em sua agenda consultas de acolhimento aos usuários provenientes das buscas domiciliares.

Engajamento Público: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão; esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

- **Detalhamento das ações:**

- Aproveitar as reuniões do grupo HIPERDIA para orientar os usuários sobre a periodicidade na realização das consultas conforme consta em protocolo municipal;
- Durante as reuniões do grupo HIPERDIA consultar os usuários cadastrados a cerca de suas dificuldades para comparecer a consultas programadas.

Qualificação da Prática Clínica: Treinar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

- **Detalhamento das ações:**

- Realizar palestra e/ou roda de discussão com os ACS a respeito do protocolo de atendimento do HIPERDIA e periodicidade das consultas;
- Solicitar aos ACS que durante as visitas domiciliares realizem a orientação dos usuários de suas micro-áreas sobre a periodicidade das consultas e a entrega do material educativo a respeito;
- Capacitar as ACS da área para auxiliar na orientação dos usuários durante as reuniões do grupo e em sala de espera da UBS.

**Meta 4.** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:**

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

• **Detalhamento das ações:**

- Elaborar uma ficha espelho (ficha individual de acompanhamento do usuário diabético) para registro dos atendimentos realizados pela enfermeira e pelo médico da área aos usuários cadastrados no HIPERDIA;
- Disponibilizar um dos campos da ficha espelho dos usuários do grupo HIPERDIA para registro do comparecimento às consultas multiprofissionais, agendadas de acordo com a periodicidade preconizada em protocolo municipal;
- Através dos dados registrados na ficha espelho, médico e enfermeira da área deverão acompanhar periodicamente o comparecimento dos usuários cadastrados as consultas realizadas no programa, e passar a busca ativa dos faltosos para as ACS.

Organização e Gestão do serviço: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos; organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

• **Detalhamento das ações:**

- Enfermeira e médico da área deverão realizar mensalmente o levantamento dos usuários do HIPERDIA faltosos às consultas preconizadas em protocolo municipal e repassar às ACS para realização de busca ativa;
- Enfermeira deverá elaborar junto aos ACS da área uma agenda mensal para visitas domiciliares aos faltosos às atividades do programa HIPERDIA;
- Enfermeira e médico da área deverão discutir juntos e incluir em sua agenda consultas de acolhimento aos usuários provenientes das buscas domiciliares;

Engajamento Público: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes; esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

- **Detalhamento das ações:**

- Aproveitar as reuniões do grupo HIPERDIA para orientar os usuários sobre a periodicidade na realização das consultas conforme consta em protocolo municipal;
- Durante as reuniões do grupo HIPERDIA consultar os usuários cadastrados a cerca de suas dificuldades para comparecer a consultas programadas;

Qualificação da Prática Clínica: Treinar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

- **Detalhamento das ações:**

- Realizar palestra e/ou roda de discussão com os ACS a respeito do protocolo de atendimento do HIPERDIA e periodicidade das consultas;
- Solicitar aos ACS que durante as visitas domiciliares realizem a orientação dos usuários de suas micro-áreas sobre a periodicidade das consultas e a entrega do material educativo a respeito;
- Capacitar as ACS da área para auxiliar na orientação dos usuários durante as reuniões do grupo e em sala de espera da UBS.

### **3. Objetivo – Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde.**

**Meta: 5.** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários hipertensos cadastrados na área 135.

#### **Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:**

Monitoramento e Avaliação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos.



- **Detalhamento das ações:**

- Médico e enfermeira da área deverão manter o registro detalhado em prontuário do exame clínico realizado junto aos usuários diabéticos nas consultas programadas;
- Médico e enfermeira da área buscarão realizar o monitoramento da frequência dos usuários nas atividades do grupo, assim como dos registros feitos na ficha de acompanhamento (ficha espelho) durante as consultas, passando aos ACS a busca ativa dos faltosos;
- Realizar periodicamente uma reunião com os membros da equipe para discussão e avaliação dos dados monitorados e planejamento de ações para o programa HIPERDIA.

Organização e Gestão do serviço: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos; organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde; estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais; dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

- **Detalhamento das ações:**

- Nas reuniões semanais de equipe de área realizar a leitura e discussão do protocolo municipal do HIPERDIA para juntos definir as atribuições de cada membro no exame clínico do usuário hipertenso;
- Estabelecer reuniões trimestrais da equipe de área para discussões sobre o programa HIPERDIA e atualizações afins;
- Solicitar junto à secretaria o envio da última versão do protocolo municipal do HIPERDIA.

Engajamento Público: 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 sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

- **Detalhamento das ações:**

- Elaborar material impresso com orientações a respeito dos riscos das doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e realizar entrega nas reuniões do grupo HIPERDIA, e de outros grupos como gestantes, puericultura, idosos, etc;
- Capacitar as ACS para realizar orientações junto à comunidade a respeito dos riscos da hipertensão arterial, especialmente durante as visitas de acompanhamento das famílias;
- Solicitar aos ACS a distribuição do material educativo em suas visitas domiciliares.

Qualificação da Prática Clínica: Realizar juntamente com os profissionais de saúde da área uma revisão periódica do protocolo municipal de atendimento (HIPERDIA), especialmente no que se refere ao exame clínico de usuários hipertensos.

- **Detalhamento das ações:**

- Analisar trimestralmente o protocolo no que se refere ao exame clínico, em conjunto, nas reuniões de equipe.

**Meta: 6.** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários diabéticos cadastrados na área 135.

**Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:**

Monitoramento e Avaliação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos.

- **Detalhamento das ações:**

- Médico e enfermeira da área deverão manter o registro detalhado em prontuário do exame clínico realizado junto aos usuários diabéticos nas consultas programadas;
- Médico e enfermeira da área buscarão realizar o monitoramento da frequência dos usuários nas atividades do grupo, assim como dos registros feitos na ficha de acompanhamento (ficha espelho) durante as consultas, passando aos ACS a busca ativa dos faltosos;

- Realizar periodicamente uma reunião com os membros da equipe para discussão e avaliação dos dados monitorados e planejamento de ações para o programa HIPERDIA.

Organização e Gestão do serviço: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos; organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde; estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais; dispor de versão atualizada do protocolo impresso na unidade de saúde.

• **Detalhamento das ações:**

- Nas reuniões semanais de equipe de área realizar a leitura e discussão do protocolo municipal do HIPERDIA para juntos definir as atribuições de cada membro no exame clínico do usuário diabético;
- Estabelecer reuniões trimestrais da equipe de área para discussões sobre o programa HIPERDIA e atualizações afins;
- Solicitar junto à secretaria o envio periódico da ultima versão do protocolo municipal do HIPERDIA.

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

• **Detalhamento das ações:**

- Elaborar material impresso com orientações a respeito dos riscos das doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e realizar entrega nas reuniões do grupo HIPERDIA, e de outros grupos como gestantes, puericultura, idosos, etc;
- Capacitar as ACS para realizar orientações junto à comunidade a respeito dos riscos do diabetes, especialmente durante as visitas de acompanhamento das famílias;
- Solicitar aos ACS a distribuição do material educativo em suas visitas domiciliares.

Qualificação da Prática Clínica: Realizar juntamente com os profissionais de saúde da área uma revisão periódica do protocolo municipal de atendimento (HIPERDIA), especialmente no que se refere ao exame clínico de usuários diabéticos.

- **Detalhamento das ações:**

- Analisar trimestralmente o protocolo no que se refere ao exame clínico, em conjunto, nas reuniões de equipe.

**Meta: 7.** Garantir a 100% dos hipertensos cadastrados na área 135, a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:**

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde; monitorar o número de hipertensos com exames complementares solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

- **Detalhamento das ações:**

- Disponibilizar um dos campos da ficha espelho dos usuários do grupo HIPERDIA, para registro da solicitação e entrega de resultados dos exames complementares, a serem realizados de acordo com o protocolo;

- Através da ficha espelho do usuário cadastrado no HIPERDIA, o médico e a enfermeira da área deverão fazer o monitoramento e controle da realização dos exames complementares, conforme periodicidade preconizada em protocolo.

Organização e Gestão do serviço: Garantir a solicitação dos exames complementares; estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

- **Detalhamento das ações:**

- Médicos e enfermeiros deverão realizar a solicitação dos exames complementares a todos os usuários cadastrados no HIPERDIA, de acordo com a periodicidade preconizada em protocolo municipal;
- Disponibilizar na ficha espelho um campo de alerta sobre a solicitação dos exames complementares solicitados e sua realização pelo usuário;
- Mensalmente médico e enfermeira da área deverão repassar aos ACS a listagem nominal dos usuários do HIPERDIA com atraso na realização dos exames complementares de rotina, para busca ativa;

Engajamento Público: Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares; orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames.

- **Detalhamento das ações:**

- Médico e enfermeira da área deverão treinar os ACS para, durante as visitas domiciliares, realizarem orientações aos usuários do HIPERDIA da área quanto à importância da realização de exames complementares e sua periodicidade, tendo em vista o protocolo municipal do programa;
- Aproveitar as reuniões do grupo HIPERDIA para realizar orientações quanto à necessidade de realização de exames complementares e sua periodicidade;
- Profissionais da UBS deverão realizar orientações às pessoas que aguardam procedimentos na sala de espera quanto à importância da realização de exames periódicos de rotina.
- Médico e enfermeira deverão orientar sobre a importância da realização dos exames, nas consultas e visitas domiciliares.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

- **Detalhamento das ações:**

- Durante reunião semanal de equipe de área fazer a leitura do protocolo municipal do HIPERDIA, no que se refere à solicitação de exames complementares e promover discussão em grupo a respeito.

**Meta 8.** Garantir a 100% dos diabéticos cadastrados na área 135 a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:**

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde; monitorar o número de diabéticos com exames complementares solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

- **Detalhamento das ações:**

- Disponibilizar um dos campos da ficha espelho dos usuários do grupo HIPERDIA, para registro da solicitação e entrega de resultados dos exames complementares, a serem realizados de acordo com o protocolo;
- Disponibilizar na ficha espelho um campo de alerta sobre a solicitação dos exames complementares solicitados e sua realização pelo usuário;
- Através da ficha espelho do usuário cadastrado no HIPERDIA, médico e enfermeira da área deverão fazer o monitoramento e controle da realização dos exames laboratoriais, conforme periodicidade preconizada em protocolo.

Organização e Gestão do serviço: Garantir a solicitação dos exames complementares; estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

- **Detalhamento das ações:**

- Médicos e enfermeiros deverão fazer a solicitação dos exames complementares a todos os usuários cadastrados no HIPERDIA, de acordo com a periodicidade preconizada em protocolo municipal;

- Disponibilizar na ficha espelho um campo de alerta sobre a solicitação dos exames complementares solicitados e sua realização pelo usuário;
- Mensalmente médico e enfermeira da área deverão repassar aos ACS a listagem nominal dos usuários do HIPERDIA com atraso na realização dos exames complementares de rotina, para busca-ativa.

Engajamento Público: Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares; orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames.

- **Detalhamento das ações:**

- Médico e enfermeira da área deverão treinar as ACS para, durante as visitas domiciliares, realizar orientações aos usuários do HIPERDIA da área quanto à importância da realização de exames complementares e sua periodicidade, tendo em vista o protocolo municipal do programa;
- Aproveitar as reuniões do grupo HIPERDIA para realizar orientações quanto à necessidade de realização de exames complementares e sua periodicidade;
- Profissionais da UBS deverão realizar orientações às pessoas que aguardam procedimentos na sala de espera quanto à importância da realização de exames periódicos de rotina.
- Médico e enfermeira deverão orientar sobre a importância da realização dos exames, nas consultas e visitas domiciliares.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

- **Detalhamento das ações:**

- Durante a reunião semanal de equipe de área fazer a leitura do protocolo municipal do HIPERDIA, no que se refere à solicitação de exames complementares e promover discussão em grupo a respeito.

**Meta 9.** Garantir a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na área 135 da unidade de saúde.

**Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:**

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

**• Detalhamento das ações:**

- Ao fazer a entrega da medicação, funcionário deverá fazer a anotação em planilha de controle dos usuários cadastrados no programa;
- Mensalmente enfermeira deverá fazer o controle do recebimento ou não da medicação pelos usuários cadastrados.

Organização e Gestão do serviço: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos; manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**• Detalhamento das ações:**

- Manter e atualizar trimestralmente a planilha de controle de necessidades de medicamentos dos usuários cadastrados no programa HIPERDIA;
- Trimestralmente enfermeira da área deverá fazer o levantamento da necessidade mensal de medicamentos do programa, de acordo com a planilha de controle de usuários cadastrados e medicação em uso por estes;
- Mensalmente enfermeira deverá fazer o controle do estoque de medicamentos, validade destes e o pedido para a central de materiais.

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

**• Detalhamento das ações:**

- Fixar cartazes na UBS e setores públicos como escolas e CMEIS da região sobre o direito dos usuários ao acesso gratuito as medicações do HIPERDIA e como proceder na falta destes na UBS;



- Equipe realiza orientações nas reuniões do grupo e sala de espera da UBS a respeito do acesso aos medicamentos do programa HIPERDIA.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

- **Detalhamento das ações:**

- Durante reuniões semanais de equipe da área, enfermeira e médico deverão promover junto a equipe discussão a respeito dos meios de acesso aos medicamentos do programa HIPERDIA, preparando-os para orientar a população adstrita.

**Meta: 10.** Garantir a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na área 135 da unidade de saúde.

**Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:**

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

- **Detalhamento das ações:**

- Ao fazer a entrega da medicação, funcionário deverá fazer a anotação em planilha de controle dos usuários cadastrados no programa;
- Mensalmente enfermeira deverão fazer o controle do recebimento ou não da medicação pelos usuários cadastrados.

Organização e Gestão do serviço: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos; manter um registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

- **Detalhamento das ações:**

- Manter e atualizar trimestralmente a planilha de controle de necessidades de medicamentos dos usuários cadastrados no programa HIPERDIA;

- Trimestralmente enfermeira da área deverá fazer o levantamento da necessidade mensal de medicamentos do programa, de acordo com a planilha de controle de usuários cadastrados e medicação em uso por estes;
- Mensalmente enfermeira deverá fazer o controle do estoque de medicamentos, validade destes e o pedido para a central de materiais.

Engajamento Público: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

- **Detalhamento das ações:**

- Fixar cartazes na UBS e setores públicos como escolas e CMEIS da região sobre o direito dos usuários ao acesso gratuito as medicações do HIPERDIA e como proceder na falta destes na UBS;
- Equipe deverá realizar orientações nas reuniões do grupo e sala de espera da UBS a respeito do acesso aos medicamentos do programa HIPERDIA.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

- **Detalhamento das ações:**

- Durante reuniões semanais de equipe da área, enfermeira e medico deverão promover junto a equipe discussão a respeito dos meios de acesso aos medicamentos do programa HIPERDIA, preparando-os para orientar a população adstrita.

#### **4. Objetivo – Melhorar o registro das informações.**

**Meta: 11.** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na área 135 da UBS.

**Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:**

Monitoramento e Avaliação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

**• Detalhamento das ações:**

- Enfermeira e médico da área deverão fazer o monitoramento e controle mensal dos dados de acompanhamento dos usuários hipertensos, registrados em sua ficha espelho;
- Enfermeira e médico da área deverão realizar reunião trimestral para discussão dos dados registrados e possíveis melhorias na ficha espelho.

Organização e Gestão do serviço: Implantar planilha/registro específico de acompanhamento; pactuar com a equipe o registro das informações; definir responsável pelo monitoramento dos registros; organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

**• Detalhamento das ações:**

- Médico e enfermeira da área deverão elaborar ficha espelho e planilha de controle de frequência às atividades do HIPERDIA, para todos os usuários hipertensos da área 135 cadastrados no programa;
- Na elaboração da ficha espelho disponibilizar campos para informações sobre datas da realização das consultas e exames complementares, estratificação de risco, avaliação médica de órgãos alvo e estado de compensação da hipertensão e participação em atividades de educação em saúde;
- Médico e enfermeira da área deverão manter o registro na ficha espelho das informações obtidas durante as consultas periódicas dos usuários cadastrados;
- Médico e enfermeira da área deverão realizar o monitoramento periódico das informações obtidas durante as consultas de rotina dos usuários do HIPERDIA.

Engajamento Público: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

- **Detalhamento das ações:**

- Durante as reuniões mensais do grupo HIPERDIA orientar os participantes à cerca de seus direitos a manutenção dos registros de todos os dados obtidos durante os atendimentos realizados na UBS e sobre o direito ao acesso a essas informações, assim como a solicitação de segunda via, se necessário;
- Orientar aos usuários da sala de espera da UBS quanto a seus direitos no que se refere à manutenção dos registros de todos os dados obtidos durante os atendimentos realizados na UBS assim como ao acesso a essas informações, inclusive solicitação de segunda via, se necessário.

Qualificação da Prática Clínica: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso; capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

- **Detalhamento das ações:**

- Durante a realização semanal da reunião de equipe de área promover a discussão periódica a respeito do preenchimento da ficha espelho e no prontuário da família de todos os dados coletados durante as consultas realizadas no programa HIPERDIA;
- Realizar essa discussão em equipe com a periodicidade mensal.

**Meta: 12.** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na área 135 da UBS.

**Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:**

Monitoramento e Avaliação: Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

- **Detalhamento das ações:**

- Enfermeira e médico da área deverão fazer o monitoramento e controle mensal dos dados de acompanhamento dos usuários diabéticos, registrados em sua ficha espelho;
- Enfermeira e médico da área deverão realizar reunião trimestral para discussão dos dados registrados e possíveis melhorias na ficha espelho.

Organização e Gestão do serviço: Implantar planilha/registro específico de acompanhamento; pactuar com a equipe o registro das informações; definir responsável pelo monitoramento dos registros; organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

- **Detalhamento das ações:**

- Médico e enfermeira da área deverão elaborar ficha espelho e planilha de controle de frequência às atividades do HIPERDIA, para todos os usuários hipertensos da área 135 cadastrados no programa;
- Na elaboração da ficha espelho disponibilizar campos para informações sobre datas da realização das consultas e exames complementares, estratificação de risco, avaliação médica de órgãos alvo e estado de compensação da hipertensão e participação em atividades de educação em saúde;
- Médico e enfermeira da área deverão manter o registro na ficha espelho das informações obtidas durante as consultas periódicas dos usuários cadastrados;
- Médico e enfermeira da área deverão realizar o monitoramento periódico das informações obtidas durante as consultas de rotina dos usuários do HIPERDIA.

Engajamento Público: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

- **Detalhamento das ações:**

- Durante as reuniões mensais do grupo HIPERDIA orientar os participantes à cerca de seus direitos a manutenção dos registros de todos os dados obtidos durante os atendimentos realizados na UBS e sobre o direito ao acesso a essas informações, assim como a solicitação de segunda via, se necessário;
- Orientar aos usuários da sala de espera da UBS quanto a seus direitos no que se refere à manutenção dos registros de todos os dados obtidos durante os atendimentos realizados na UBS assim como ao acesso a essas informações, inclusive solicitação de segunda via, se necessário.

Qualificação da Prática Clínica: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético; capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

- **Detalhamento das ações:**

- Durante a reunião semanal de equipe de área promover a discussão periódica a respeito do preenchimento da ficha espelho e no prontuário da família de todos os dados coletados durante as consultas realizadas no programa HIPERDIA;
- Realizar essa discussão em equipe com a periodicidade mensal.

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

**Meta: 13.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na área 135 da unidade de saúde.

### **Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:**

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

- **Detalhamento das ações:**

- Médico ou enfermeira deverão realizar a estratificação de risco do usuário hipertenso anualmente e além de anotar em prontuário fazer o registro desta avaliação na ficha espelho do usuário;
- Através da ficha espelho de acompanhamento do usuário hipertenso, médico e enfermeira de área deverão fazer o monitoramento da realização anual da estratificação de risco cardiovascular;

Organização e Gestão do serviço: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco; organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

- **Detalhamento das ações:**

- Registrar o resultado da estratificação de risco do usuário hipertenso, realizada anualmente pelo médico ou enfermeira, em sua carteirinha individual do grupo HIPERDIA, para avaliação de priorização no agendamento dos atendimentos prestados pela UBS;
- Recepção deverá agendar as consultas médicas dos usuários do HIPERDIA tendo como referência à estratificação de risco exposta na carteirinha individual do programa e a rotina adotada, de acordo com o protocolo municipal.

Engajamento Público: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular; esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

- **Detalhamento das ações:**

- Durante as reuniões mensais do grupo HIPERDIA, orientar os usuários quanto aos diferentes níveis de risco da hipertensão arterial e de doenças cardiovasculares, sobre a importância do acompanhamento regular de sua situação e sobre o adequado controle de fatores de risco modificáveis;
- Ao realizar a estratificação de risco dos usuários do programa HIPERDIA médico ou enfermeira deverão expor ao usuário sua atual situação, explicando os principais

agravantes e orientando sobre a importância do controle de fatores de risco modificáveis e do acompanhamento regular de seu quadro de saúde.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo; capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação; capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

• **Detalhamento das ações:**

- Médico e enfermeira da área deverão estudar os conceitos de estratificação de risco e juntos desenvolver a melhor maneira de realizar a prática, tendo como base o protocolo municipal de saúde.

**Meta 14.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na área 135 da unidade de saúde.

**Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:**

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o número de usuários diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

• **Detalhamento das ações:**

- Médico ou enfermeira deverão realizar a estratificação de risco do usuário diabético anualmente e além de anotar em prontuário fazer o registro desta avaliação na ficha espelho do usuário;

- Através da ficha espelho do usuário diabético, médico e enfermeira de área deverão fazer o monitoramento da realização anual da estratificação de risco cardiovascular.

Organização e Gestão do serviço: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco; organizar a agenda para o atendimento desta demanda.



- **Detalhamento das ações:**

- Registrar o resultado da estratificação de risco do usuário diabético, realizada anualmente pelo médico ou enfermeira, em sua carteirinha individual do grupo HIPERDIA, para posterior avaliação de priorização no agendamento dos atendimentos prestados pela UBS;
- Recepção dever agendar as consultas médicas dos usuários do HIPERDIA tendo como referência à estratificação de risco exposta na carteirinha individual do programa e a rotina adotada, de acordo com o protocolo municipal.

Engajamento Público: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular; esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

- **Detalhamento das ações:**

- Durante as reuniões mensais do grupo HIPERDIA, orientar os usuários quanto aos diferentes níveis de risco do diabetes e de doenças cardiovasculares, sobre a importância do acompanhamento regular de sua situação e sobre o adequado controle de fatores de risco modificáveis;
- Ao realizar a estratificação de risco dos usuários do programa HIPERDIA médico ou enfermeira deverão expor ao usuário sua atual situação, explicando os principais agravantes e orientando sobre a importância do controle de fatores de risco modificáveis e do acompanhamento regular de seu quadro de saúde.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo; capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação; capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

- **Detalhamento das ações:**

- Médico e enfermeira da área deverão estudar os conceitos de estratificação de risco e juntos desenvolver a melhor maneira de realizar a prática, tendo como base o protocolo municipal de saúde.

## **6. Objetivo:** Promoção da saúde

Ressalta-se que as metas que visavam garantir avaliação odontológica a 20% dos usuários hipertensos cadastrados, e garantir avaliação odontológica a 20% dos usuários diabéticos cadastrados na UBS neste momento foram identificadas como inviáveis, pois a dentista da área encontra-se em licença maternidade até fevereiro/2014. Mas essas serão planejadas e implementadas tão logo ocorra seu retorno ao trabalho.

**Meta 15.** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos cadastrados na área 135 da UBS.

### **Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:**

Monitoramento e Avaliação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

#### **• Detalhamento das ações:**

- Ao elaborar a ficha espelho dos usuários disponibilizar um campo para anotação a cerca da realização de orientação nutricional ao usuário hipertenso cadastrado no HIPERDIA;
- Enfermeira, médico e nutricionista deverão proceder às anotações na ficha espelho das orientações nutricionais realizadas junto aos usuários hipertensos durante as consultas de rotina do programa;
- Médico e enfermeira da área deverão realizar o controle e monitoramento mensal dos registros na ficha espelho das orientações nutricionais fornecidas e discutir melhorias a serem feitas nesta ação.

Organização e Gestão do serviço: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável; demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

- **Detalhamento das ações:**

- Abordar e discutir o tema alimentação saudável na reunião mensal do grupo HIPERDIA;
- Convidar nutricionista residente da UBS para tratar sobre o tema junto ao grupo HIPERDIA nas reuniões mensais.

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

- **Detalhamento das ações:**

- Convidar os familiares dos usuários do grupo HIPERDIA para também participar da reunião do programa que terá como tema alimentação saudável;
- Apresentar vídeos na sala de espera da UBS que tratem sobre alimentação saudável;
- Realizar orientações nas visitas, consultas e salas de espera.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável; capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

- **Detalhamento das ações:**

- Nas reuniões semanais de equipe trazer a discussão questões sobre práticas de alimentação saudável, promovendo a capacitação da equipe;
- Convidar a residente de nutrição para tratar sobre o assunto nas reuniões semanais de equipe;
- Discutir nas reuniões semanais de equipe sobre alguns métodos para trabalhar educação em saúde com nossa população adstrita.

**Meta 16.** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos cadastrados na área 135 da UBS.

### **Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:**

Monitoramento e Avaliação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.

- **Detalhamento das ações:**

- Ao elaborar a ficha espelho dos usuários disponibilizar um campo para anotação a cerca da realização de orientação nutricional ao usuário diabético cadastrado no HIPERDIA;
- Enfermeira, médico e nutricionista deverão proceder às anotações na ficha espelho das orientações nutricionais realizadas junto aos usuários hipertensos durante as consultas de rotina do programa;
- Médico e enfermeira da área deverão realizar o controle e monitoramento mensal dos registros na ficha espelho das orientações nutricionais fornecidas e discutir melhorias a serem feitas nesta ação.

Organização e Gestão do serviço: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável; demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

- **Detalhamento das ações:**

- Abordar e discutir o tema alimentação saudável na reunião mensal do grupo HIPERDIA;
- Convidar nutricionista residente da UBS para tratar sobre o tema junto ao grupo HIPERDIA nas reuniões mensais.

Engajamento Público: Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

**Detalhamento das ações:**

- Convidar os familiares dos usuários do grupo HIPERDIA para também participar da reunião do programa que terá como tema alimentação saudável;

- Apresentar vídeos na sala de espera da UBS que tratem sobre alimentação saudável;
- Realizar orientações nas visitas, consultas e salas de espera.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável; capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

• **Detalhamento das ações:**

- Nas reuniões semanais de equipe trazer a discussão questões sobre práticas de alimentação saudável, promovendo a capacitação da equipe;
- Convidar a residente de nutrição para tratar sobre o assunto nas reuniões semanais de equipe;
- Discutir nas reuniões semanais de equipe sobre alguns métodos para trabalhar educação em saúde com nossa população adstrita.

**Meta 17.** Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários hipertensos cadastrados na área 135 da UBS.

**Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:**

Monitoramento e Avaliação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.

• **Detalhamento das ações:**

- Ao elaborar a ficha espelho dos usuários disponibilizar um campo para anotar a realização de orientação ao usuário hipertenso cadastrado no HIPERDIA sobre prática de atividade física regular;
- Enfermeira e médico da área deverão registrar na ficha espelho as orientações sobre a prática de atividade física, realizadas durante as consultas de rotina do programa;
- Médico e enfermeira da área deverão manter o controle e monitoramento mensal dos registros de orientações sobre atividade física realizados, e discutir melhorias a serem feitas nesta ação.

Organização e Gestão do serviço: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

- **Detalhamento das ações:**

- Em reunião de equipe de área planejar e organizar atividade física coletiva a ser realizada junto à comunidade, como caminhadas periódicas;
- Equipe deverá promover junto ao grupo HIPERDIA a realização de caminhadas com periodicidade no mínimo quinzenal, sob a supervisão multiprofissional dos funcionários.

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

- **Detalhamento das ações:**

- Durante as consultas periódicas médico e enfermeiro da área deverão realizar orientações aos usuários hipertensos sobre a importância da prática de atividade física regular para aumento da qualidade de vida;
- Em reunião mensal do grupo HIPERDIA, orientar os usuários hipertensos sobre a importância da prática de atividade física regular;
- Funcionários deverão realizar orientações na sala de espera da UBS sobre a importância da prática de atividade física regular.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

- **Detalhamento das ações:**

- Nas reuniões semanais de equipe médico e enfermeira deverão promover discussão a respeito da importância da promoção da prática de atividade física regular junto à população de nossa área adstrita.

**Meta 18.** Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários diabéticos cadastrados na área 135 da UBS.

### **Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:**

Monitoramento e Avaliação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.

- **Detalhamento das ações:**

- Ao elaborar a ficha espelho dos usuários disponibilizar um campo para anotar a realização de orientação ao usuário diabético cadastrado no HIPERDIA sobre prática de atividade física regular;
- Enfermeira e médico da área deverão registrar na ficha espelho as orientações sobre a prática de atividade física, realizadas durante as consultas de rotina do programa;
- Médico e enfermeira da área deverão manter o controle e monitoramento mensal dos registros de orientações sobre atividade física realizados, e discutir melhorias a serem feitas nesta ação.

Organização e Gestão do serviço: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

- **Detalhamento das ações:**

- Em reunião de equipe de área planejar e organizar atividade física coletiva a ser realizada junto à comunidade, como caminhadas periódicas;
- Equipe deverá promover junto ao grupo HIPERDIA a realização de caminhadas com periodicidade no mínimo quinzenal, sob a supervisão multiprofissional dos funcionários.

Engajamento Público: Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

- **Detalhamento das ações:**

- Durante as consultas periódicas médico e enfermeiro da área deverão realizar orientações aos usuários diabéticos sobre a importância da prática de atividade física regular para aumento da qualidade de vida;

- Em reunião mensal do grupo HIPERDIA, orientar os usuários diabéticos sobre a importância da prática de atividade física regular;
- Funcionários deverão realizar orientações na sala de espera da UBS sobre a importância da prática de atividade física regular.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

• **Detalhamento das ações:**

- Nas reuniões semanais de equipe médico e enfermeira da área deverão promover discussão a respeito da importância da promoção da prática de atividade física regular junto à população de nossa área adstrita.

**Meta 19.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos cadastrados na área 135 da UBS.

**Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:**

Monitoramento e Avaliação: Monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

• **Detalhamento das ações:**

- Ao elaborar a ficha espelho dos usuários disponibilizar um campo para anotar a realização de orientação ao usuário hipertenso sobre os riscos do tabagismo;
- Enfermeira e médico da área deverão registrar na ficha espelho a realização de orientações sobre os riscos do tabagismo, realizadas durante as consultas de rotina do programa;
- Médico e enfermeira da área deverão manter o controle e monitoramento mensal dos registros de orientações sobre os riscos do tabagismo realizadas, e discutir melhorias a serem feitas nesta ação.

Organização e Gestão do serviço: Ofertar tratamento médico contra o tabagismo na Unidade de Saúde.



- **Detalhamento das ações:**

- Planejar e organizar a agenda médica de atendimentos programados de modo a manter algumas vagas para agendamento de pacientes com desejo de abandonar o tabagismo.

Engajamento Público: Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

- **Detalhamento das ações:**

- Durante as consultas periódicas médico e enfermeiro da área deverão realizar orientações aos usuários Hipertensos sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo na UBS e externamente a esta e como ter acesso;
- Em reunião mensal do grupo HIPERDIA, orientar os usuários hipertensos sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo na UBS e externamente a esta e como ter acesso.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

- **Detalhamento das ações:**

- Discutir nas reuniões semanais de equipe sobre alguns métodos para trabalhar educação em saúde com nossa população adstrita.

**Meta 20.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos cadastrados na área 135 da UBS.

**Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:**

Monitoramento e Avaliação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.

- **Detalhamento das ações:**

- Ao elaborar a ficha espelho dos usuários disponibilizar um campo para anotar a realização de orientação ao usuário diabético sobre os riscos do tabagismo;
- Enfermeira e médico da área deverão registrar na ficha espelho a realização de orientações sobre os riscos do tabagismo, realizadas durante as consultas de rotina do programa;
- Médico e enfermeira da área deverão manter o controle e monitoramento mensal dos registros de orientações sobre os riscos do tabagismo realizadas, e discutir melhorias a serem feitas nesta ação.

Organização e Gestão do serviço: Ofertar tratamento médico contra o tabagismo na Unidade de Saúde.

- **Detalhamento das ações:**

- Planejar e organizar a agenda médica de atendimentos programados de modo a manter algumas vagas para agendamento de pacientes com desejo de abandonar o tabagismo.

Engajamento Público: Orientar os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

- **Detalhamento das ações:**

- Durante as consultas periódicas médico e enfermeiro da área deverão realizar orientações aos usuários diabéticos sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo na UBS e externamente a esta e como ter acesso;
- Em reunião mensal do grupo HIPERDIA, orientar os usuários diabéticos sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo na UBS e externamente a esta e como ter acesso.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

- **Detalhamento das ações:**

- Discutir nas reuniões semanais de equipe sobre alguns métodos para trabalhar educação em saúde com nossa população adstrita.

#### **2.4.2. Indicadores**

##### **Indicadores referentes ao objetivo de Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos:**

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

Numerador: Número de hipertensos residentes na área 135 da unidade de saúde, cadastrados no programa de atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área 135 da unidade de saúde.

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

Numerador: Número de diabéticos residentes na área 135 da unidade de saúde, cadastrados no programa de atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área 135 da unidade de saúde.

##### **Indicadores referentes ao objetivo de Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa.**

**Indicador 3:** Proporção de Hipertensos faltosos com a consulta de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos faltosos a consulta médica.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na área 135.

**Indicador 4:** Proporção de diabéticos faltosos com a consulta de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos faltosos a consulta médica.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na área 135.

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

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

Numerador: Número de hipertensos com o exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na área 135.

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

Numerador: Número de diabéticos com o exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na área 135.

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

Numerador: número total de hipertensos com os exames complementares em dia.

Denominador: número total de hipertensos cadastrados na área 135.

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

Numerador: número total de diabéticos com os exames complementares em dia.

Denominador: número total de diabéticos cadastrados na área 135.

**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 total 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 total de diabéticos com prescrição de medicamentos.

**Indicadores referentes ao objetivo de Melhorar o registro das informações:**

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

Numerador: número de hipertensos cadastrados na área 135 com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: número total de hipertensos cadastrados na área 135.

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

Numerador: número de diabéticos cadastrados na área 135 com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: número total de diabéticos cadastrados na área 135.

**Indicadores referentes ao objetivo de Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.**

**Indicador 13:** Proporção de hipertensos com estratificação do risco cardiovascular.

Numerador: número de hipertensos cadastrados na área 135 com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: número total de hipertensos cadastrados na área 135.

**Indicador 14:** Proporção de diabéticos com estratificação do risco cardiovascular.

Numerador: número de diabéticos cadastrados na área 135 com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: número total de diabéticos cadastrados na área 135.

**Indicadores referentes ao objetivo Promoção da saúde dos usuários cadastrados no HIPERDIA.**

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

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

Denominador: número total de hipertensos cadastrados na área 135.

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

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

Denominador: número total de diabéticos cadastrados na área 135.

**Indicador 17:** 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 total de hipertensos cadastrados na área 135.

**Indicador 18:** 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 total de diabéticos cadastrados na área 135.

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

Numerador: número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre tabagismo.

Denominador: número total de hipertensos cadastrados na área 135.

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

Numerador: número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre tabagismo.

Denominador: número total de diabéticos cadastrados na área 135.

### **2.4.3. Logística**

Para realização da intervenção junto ao Programa de Atenção aos Usuários Hipertensos e Diabéticos da UBS Liberdade vamos adotar o Protocolo Municipal de

Atenção à Hipertensão Arterial e o Protocolo Municipal de Atenção ao Portador de Diabetes Mellitus Tipo 02, implantados respectivamente nos anos de 2012 e 2010, assim como os Cadernos de Atenção Básica nº 15 e 16, do Ministério da Saúde. Todas as ações propostas serão embasadas nas determinações desses protocolos.

Nossa principal meta com esta intervenção é aumentar a cobertura aos usuários hipertensos e diabéticos residentes em nossa área de abrangência. Portanto, inicialmente está sendo realizada a busca ativa dos usuários que não estão realizando acompanhamento na UBS, visando inseri-los ao programa HIPERDIA através do cadastramento. Toda a equipe da área 135 deverá ser sensibilizada e envolvida nesse processo, iniciando pela capacitação de todos à cerca dos protocolos municipais de saúde que tratam do atendimento a esta demanda de usuários, para que cada membro da equipe entenda seu papel e suas atribuições dentro do programa. Felizmente a unidade já possui a última versão impressa dos protocolos municipais de saúde do programa HIPERDIA.

A leitura e discussão para o entendimento desses protocolos deverão ocorrer a princípio nas 03 primeiras semanas do mês de setembro de 2013, na sala de reuniões da UBS, durante as reuniões semanais de equipe de área, sendo promovida pela enfermeira e tendo a participação de todos os membros da equipe. Nestas reuniões, com duração aproximada de 1 hora, serão abordados e discutidos em grupo todos os assuntos relacionados a assistência prestada e também a organização do programa HIPERDIA, além de promover a capacitação e qualificação técnica dos membros da equipe.

Dando continuidade ao preparo dos profissionais, terminado o estudo dos protocolos, a partir do mês de outubro de 2013 deveremos promover a discussão dos principais temas a serem abordados junto aos usuários do programa e à comunidade nas atividades de educação em saúde a serem feitas tanto dentro da UBS, nas consultas ambulatoriais, na sala de espera, na pré-consulta ou durante as reuniões do grupo de gestantes, puericultura e do próprio HIPERDIA, como fora da UBS, durante as visitas domiciliares. Desejamos discutir todos esses temas até término do mês de outubro do referido ano. Atualmente as reuniões semanais de equipe de área têm a duração de aproximadamente 1 hora, mas para que possamos inserir as questões do programa HIPERDIA às reuniões, a princípio, a partir do setembro de 2013 pretendemos ampliar esse intervalo para 02 horas.

Dentre as principais ações a serem melhoradas para o aumento na cobertura e na adesão dos hipertensos e diabéticos de nossa área adstrita está o sistema de monitoramento dos hipertensos e de diabéticos cadastrados no Programa HIPERDIA na área 135, e de todas as atividades propostas para o programa. Para que esse sistema seja melhorado, preferencialmente no mês de setembro de 2013, médico e enfermeira da área 135 deverão elaborar uma planilha impressa para controle dos usuários que iniciaram com tratamento para hipertensão ou diabetes e precisam ser cadastrados; assim como uma ficha espelho contendo todas as atividades propostas pelo programa, especialmente as consultas ambulatoriais agendadas, os exames complementares a solicitados e a participação nas atividades de educação em saúde e orientações pertinentes ao quadro de saúde, realizadas periodicamente.

A partir de outubro de 2013 estas fichas serão consultadas e analisadas pelo médico e enfermeira da área semanalmente, anteriormente a reunião de área, para verificação do cumprimento da periodicidade preconizada em protocolo e repasse da busca ativa dos faltosos para as ACS da área. Com isso poderemos garantir os registros e o controle das atividades freqüentadas pelos usuários cadastrados no programa HIPERDIA da UBS Liberdade.

Visando ainda aperfeiçoar continuamente esse sistema de monitoramento, a partir de setembro de 2013 todos os profissionais da equipe, médico, enfermeira, técnica de saúde bucal e de enfermagem e agentes de saúde, deverão aproveitar a ocasião das reuniões de área realizadas semanalmente na UBS, para, entre outros assuntos, discutir estratégias para ampliar o cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos que fazem parte de nossa área de abrangência e não freqüentam o programa HIPERDIA, ou seja, encontrar formas de efetivamente localizar e trazer essas pessoas para o programa e discutir o acolhimento prestado a estes, para que nele permaneçam.

Dando continuidade às estratégias, deveremos manter a comunidade informada sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, assim como sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, realizar o rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, e principalmente, como medida de prevenção, orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Todos estes



pontos deverão ser gradativamente abordados junto à comunidade dentro e fora da unidade.

Assim, sempre que possível, enquanto os usuários aguardam pelos atendimentos na sala de espera e na pré-consulta médica, um dos profissionais da área, médico, enfermeira, técnica ou ACS farão a abordagem dessas pessoas para realizar atividade educativa, procurando orientar especialmente os mais predispostos como os idosos, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial e diabetes.

Na reunião de área de setembro discutiremos uma rotina a ser fixada e um cronograma para escala dos profissionais que realizarão essa atividade educativa semanalmente, nos momentos já referidos. Também buscaremos informar as pessoas da comunidade sobre o HIPERDIA, fixando cartazes nas escolas, CMEIS e igrejas do bairro. Esses cartazes serão elaborados e fixados nos referidos locais pelas agentes de saúde, sob as orientações da enfermeira. Esta ação também está programada para o mês de setembro. Para essa confecção serão solicitados materiais como pincéis atômicos, cartolinas, papel sulfite e outros a central de materiais, nos pedidos mensais de agosto e setembro.

Para que se obtenha sucesso na ampliação da cobertura e adesão dos usuários ao programa HIPERDIA também é importantíssimo que a equipe da área esteja bem treinada e capacitada para o atendimento. Neste sentido o papel da enfermeira da área será capacitar a técnica de enfermagem para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e capacitar os ACS da área 135 para busca ativa mensal dos hipertensos não cadastrados no programa, para que os mesmos realizem o cadastro, e após o treinamento fazer o controle diário da realização destas atividades por essas profissionais. A busca ativa dos faltosos pelas ACS deverá ser realizada uma vez ao mês, sempre no dia seguinte a data da consulta agendada do usuário ou o mais breve possível.

Além de ampliar o número de usuários hipertensos e/ou diabéticos moradores de nossa área cadastrados no programa, também precisamos melhorar a adesão dos usuários cadastrados às atividades propostas. Para tanto, recentemente foi iniciada pela enfermeira e médico da área a organização e readequação da planilha nominal de cadastrados que freqüentam as reuniões mensais do grupo, para o levantamento dos faltosos. Para aumentar esse controle, médico e enfermeira da área precisam juntos elaborar a ficha individual de acompanhamento

do usuário cadastrado, a ficha espelho, com campos relacionados a todas as atividades a serem realizadas dentro do programa, para o registro e controle da frequência dos usuários.

Essas ações deverão ser concluídas nos meses de setembro e outubro. Para isso utilizaremos os protocolos municipais de saúde do HIPERDIA e o caderno de Atenção Básica do MS, um micro-computador para digitação da ficha espelho e precisaremos ainda, dispor de algumas horas dos profissionais médico e enfermeira da área, para elaboração da ficha espelho, controle e monitoramento dos dados registrados.

No mês de agosto a enfermeira da área já iniciou com o treinamento das ACS para realização da busca ativa dos usuários da área que retiram medicamento para hipertensão e diabetes na unidade de saúde, mas não estão cadastrados no programa, assim como dos usuários cadastrados e faltosos as atividades programadas, visando sempre que possível, fazer o re-agendamento desta atividade. Daremos continuidade a esta ação nos próximos meses, devendo realizar esse monitoramento na UBS e as buscas-ativas permanentes, durante as visitas domiciliares da equipe e das ACS.

Dando continuidade às ações de capacitação das ACS pela enfermeira da área, a partir de setembro, todas as quintas feiras pela manhã, está programado para acontecer uma reunião com as ACS para treinamento e capacitação sobre suas atribuições no programa HIPERDIA, especialmente sobre: busca domiciliar dos faltosos, e programação dos melhores momentos para essa ação; como orientar o usuário sobre as atividades propostas pelo programa; a importância da realização das consultas ambulatoriais e exames complementares de rotina e sua periodicidade de acordo com o protocolo municipal; metodologias para orientação dos usuários do programa e a comunidade sobre fatores de risco para o desenvolvimento de cardiopatias e pé diabético, fatores de risco modificáveis como alimentação, tabagismo e sedentarismo, tratamento medicamentoso do hipertenso e/ou diabético, tomada da medicação conforme prescrição médica, direito do usuário a medicação do programa gratuitamente e como ter acesso à farmácia. popular da UBS e direitos do usuário a ter acesso a todos os registros de seu tratamento feitos na UBS.

Pensando ainda na qualidade da assistência prestada no programa, em relação ao atendimento clínico dos usuários, após o estudo dos protocolos do programa e definição da atribuição de cada membro da equipe, já nas 03 primeiras

semanas de setembro, na reunião de equipe, deveremos fixar como rotina à realização de atualização dos profissionais sempre que for divulgada pela secretaria de saúde uma nova versão desses protocolos. Para garantir aos usuários cadastrados o tratamento adequado conforme protocolo os profissionais devem seguir adequadamente as rotinas de agendamento de consultas, solicitação de exames complementares e prescrição de medicamentos disponíveis na farmácia popular. Para tanto também a enfermeira da área deverá analisar mensalmente as fichas de acompanhamento dos usuários para o controle do agendamento e realização das consultas e exames solicitados, assim como fazer o controle quinzenal do estoque de medicamentos do programa e a solicitação desses sempre que necessário.

Ainda neste sentido é importante, ao realizarem a vistoria mensal da ficha de acompanhamento do usuário hipertenso e/ou diabético, a partir de outubro, que médico e enfermeira da área fiquem atentos à realização de no mínimo uma estratificação de risco para doenças cardiovasculares e neurológicas, para então fazer a priorização no agendamento das consultas aos usuários avaliados como de alto risco. Para isso médico e enfermeira precisam discutir formas de reorganizar a agenda médica de acordo com essa classificação. Isso deverá acontecer também nos meses de setembro e outubro de 2013.

Todas as atividades de orientação e educação em saúde a serem promovidas junto aos usuários do programa, individualmente ou em grupo, deverão ser monitoradas quanto à presença. Esse monitoramento deverá ser realizado pela enfermeira e pelo médico da área a partir da conclusão e implantação da ficha de acompanhamento do usuário, provavelmente até o final do mês de outubro de 2013. De modo que a partir daí, todo final de mês estas fichas serão avaliadas quanto à periodicidade do usuário, seguida do repasse da busca ativa dos faltosos para as ACS da área e, quando possível, o re-agendamento da atividade.



### **3. Relatório da Intervenção**

Durante o período de dezesseis semanas de intervenção no programa HIPERDIA da UBS Liberdade, a equipe da área 135 conseguiu desenvolver praticamente todas as ações propostas inicialmente e quase sem fugir ao cronograma inicial.

Conforme planejado, inicialmente foram realizadas as ações de treinamento e capacitação da equipe da área 135 para o atendimento junto ao programa HIPERDIA, conforme protocolos municipais.

Com isso, nas três primeiras semanas da intervenção aproveitamos a ocasião das reuniões semanais de equipe de área para estudar os protocolos e estabelecer o papel de cada membro da equipe no rastreamento e atendimento aos usuários hipertensos e/ou diabéticos de nossa área em acompanhamento no programa.

Durante a revisão dos protocolos de atendimento, o médico e a enfermeira de área estudaram e debateram juntos a respeito do acolhimento e atendimento aos usuários do programa como, a realização do exame clínico e da estratificação de risco cardiovascular, solicitação de exames complementares, e os principais aspectos a serem abordados e registrados nas consultas multiprofissionais.

Com relação ao atendimento clínico do usuário diabético, inicialmente fora detectado certa resistência por parte do médico na realização periódica do exame clínico dos pés. Mas com o decorrer das ações da intervenção, mediante estímulo constante da enfermeira da equipe, aos poucos o médico foi entendendo a importância da ação no tratamento e especialmente na prevenção de uma das mais sérias complicações do diabetes, o pé diabético, e acabou por gradativamente incorporar a prática em sua rotina de atendimento, o que trouxe grande satisfação aos usuários atendidos, já que muitos declararam que desconheciam esta complicação e as formas de cuidado e prevenção de seu desenvolvimento.

Em se tratando da realização da estratificação de risco cardiovascular, após estudo e discussão do protocolo, a enfermeira e o médico decidiram que ambos estariam aptos a realizar tal ação, mas esta prática ficaria restrita a estas duas categorias profissionais, pois conforme descrito no projeto, a capacitação de outros profissionais para realização de tal ação é papel da gestão e estes profissionais não se sentiam preparados para isto.

Ainda no que se refere à capacitação da equipe, nas duas primeiras semanas foi realizado o treinamento das ACS para realização de busca ativa dos faltosos e dos usuários não cadastrados, assim como, orientações a respeito da estratificação de risco e rotina de agendamentos de consultas multiprofissionais seguindo a estratificação e os protocolos. Feito isso, durante as visitas domiciliares aos usuários inscritos no programa, rotineiramente as agentes de saúde realizam a orientação a respeito da periodicidade das consultas e exames de rotina do programa, assim como das reuniões mensais do grupo.

Conforme ilustrado na figura a seguir, semanalmente, durante as reuniões de equipe, vem sendo retomada a questão das buscas-ativas dos usuários do HIPERDIA, e quando apresentados os resultados alcançados pelas agentes de saúde, são discutidas melhorias para o cadastramento e atendimento destes usuários, e repassados os casos dos novos faltosos, rastreados através do monitoramento pela planilha de coleta de dados. Deste modo, a enfermeira da área vem acompanhando as buscas ativas realizadas pela equipe e, juntamente com o médico, avaliando os resultados alcançados na ampliação da cobertura e da adesão ao programa.



Figura 03 – Fotografia da reunião semanal da equipe 135 de ESF

Seguindo com as capacitações, a técnica de enfermagem também recebeu treinamentos de atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético, revendo com a enfermeira da equipe, as técnicas de aferição de pressão arterial e realização do hemoglicoteste e ainda como orientar o usuário a cerca do acesso às medicações do programa nas farmácias básicas do HIPERDIA ou farmácias populares. Pois, para facilitar o acesso ao tratamento medicamentoso, mais de 90% dos hipertensos e diabéticos acompanhados, que necessitam tomar medicamentos, vêm recebendo mensalmente a prescrição de medicamentos disponíveis nas referidas farmácias.

Visando preparar os membros da equipe para realização de atividades educativas e orientação da população acerca dos principais fatores de risco modificáveis no desenvolvimento da hipertensão e do diabetes como a alimentação saudável, prática de atividade física regular e tabagismo, a enfermeira e a nutricionista elaboraram material educativo, tipo folder, que foi estudado e discutido durante reunião semanal de equipe. Com isso, feitos os últimos ajustes, esse material têm sido entregue aos usuários durante a consulta inicial de cadastramento, nas visitas domiciliares das agentes de saúde e nas reuniões mensais do grupo.

Assim, acredito que, no que se refere à capacitação dos profissionais, os resultados tem sido satisfatórios. E a única dificuldade encontrada durante o período

de intervenção foi conseguir maior disponibilidade de tempo da equipe para realização dos treinamentos, uma vez que, trabalhamos com a equipe mínima em relação ao número de famílias da área de abrangência, de modo que todas as categorias profissionais estão bastante sobrecarregadas de atividades. Por isso essas ações ficaram restritas basicamente à ocasião das reuniões semanais de equipe de área e equipe geral. Apesar disto, muitas das mudanças propostas e debatidas em equipe estão totalmente incorporadas à rotina de atendimento do HIPERDIA.

No que se refere aos eixos de monitoramento e avaliação do HIPERDIA e organização e gestão do serviço, as ações também ocorreram conforme o cronograma inicial, e com o apoio do médico da área, a enfermeira vem conseguindo organizar melhor as atividades realizadas no programa e hoje o trabalho da equipe já pode ser visualizado através do aumento na adesão e na cobertura do programa, assim como nos indicadores de saúde relacionados.

Conforme planejamento, essas ações foram iniciadas com a implantação da folha espelho dos usuários acompanhados pelo programa, sendo preenchida e alimentada periodicamente pela enfermeira e pelo médico da equipe, sempre que ocorre alguma atividade do programa, seguindo-se a inserção concomitante destes usuários na planilha de coleta de dados e a alimentação constante destes.

Uma dificuldade encontrada nas ações de monitoramento e avaliação das atividades desenvolvidas está no fato da unidade de saúde atualmente estar desfalcada de um médico da família. Assim, os dois médicos da unidade vêm se desdobrando para atender aos usuários de sua área e da área descoberta. Com isso, as vagas das consultas médicas para o programa HIPERDIA também estão reduzidas, dificultando o trabalho de preenchimento da folha espelho concomitantemente ao atendimento e também a alimentação de dados durante a consulta.

Apesar disso, como as ações de atendimento clínico e as atividades em grupo do programa já vinham acontecendo de forma periódica, com a evolução nas ações de monitoramento foi verificado um número pequeno de usuários que não estavam com as consultas e exames periódicos em dia de acordo com o protocolo. Assim, tão logo identificados usuários nessa situação, já se seguia com a busca ativa e a regularização de sua situação.



Apesar da dificuldade levantada em relação ao início da coleta dos dados dos usuários cadastrados, ambos os instrumentos, hoje folha espelho e planilha de coleta de dados já fazem parte da rotina de monitoramento e avaliação das ações do programa e através deles temos gradativamente alcançado um maior controle, tanto da cobertura dos usuários residentes em nossa área, quanto da participação efetiva destes nas atividades do programa, com isso, obtendo parâmetros para o desenvolvimento das ações subseqüentes. Uma grande vitória, já que, anteriormente a intervenção, a UBS não tinha um sistema de monitoramento consolidado e eficiente, o que dificultava muito esta visualização dos resultados obtidos com as ações desenvolvidas, da cobertura e da adesão ao programa, e o planejamento de melhorias para o programa.

Periodicamente o médico e a enfermeira da equipe realizam o controle da adesão destes usuários às atividades do programa, e a discussão acerca dos dados obtidos através do monitoramento que vem ocorrendo semanalmente nas reuniões de equipe de área. Nessa ocasião são repassadas às agentes de saúde as buscas-ativas dos faltosos às consultas de rotina na periodicidade recomendada, ocorre à discussão acerca de melhorias nas ações a serem desenvolvidas junto ao programa, assim como, de estratégias para alcançar os usuários hipertensos e/ou diabéticos que residem em nossa área adstrita, mas que não estão cadastrados no programa. Ainda neste sentido, todos os membros da equipe foram sensibilizados a respeito do acolhimento adequado aos usuários que estão aderindo ao programa, sempre que houver o contato com estes.

Durante as reuniões de equipe também vêm sendo agendadas algumas consultas de cadastramento e acompanhamento em casa, direcionadas aos usuários com dificuldade de locomoção ou ainda, aqueles com baixa adesão as atividades do programa, aproveitando a ocasião das visitas domiciliares semanais da equipe para também regularizar a situação do cadastro e/ou orientar esses usuários a respeito das atividades propostas pelo programa, e da importância da incorporação em sua rotina de alguns hábitos de vida mais saudáveis como alimentação adequada, evitar o tabagismo e, sempre que sua situação de saúde o permitir, realização de uma atividade física regular, buscando sempre, trazer a estes usuários os benefícios destas mudanças para o aumento na qualidade de vida.

No que tange ao atendimento clínico dos usuários cadastrados, apesar do desfalque médico, as consultas de rotina do HIPERDIA vem ocorrendo todas as

quartas feiras, no período da tarde, e a adesão por parte dos usuários a esta atividade do programa é muito boa.

Na ocasião da consulta médica além do exame físico, solicitação e avaliação de exames de rotina e prescrição de medicações basicamente disponíveis na farmácia básica ou na farmácia popular, também ocorrem orientações a respeito das atividades propostas pelo programa e a cerca dos fatores de risco modificáveis como adequação da alimentação, adoção da prática de atividade física regular, e em alguns casos, tratamento para o tabagismo. Além disso, sempre que possível o médico aproveita a ocasião para proceder à estratificação de risco, que vem sendo realizada conjuntamente com a enfermeira e têm auxiliado bastante a equipe na priorização dos agendamentos dos atendimentos direcionados aos usuários acompanhados.

Ainda no que se refere ao atendimento clínico, apesar da dificuldade em conseguir vagas na agenda dos médicos para encaixe dos usuários faltosos às consultas do programa, a equipe tem feito a busca destes usuários e agendado consulta com a enfermeira da área para avaliação de cada caso individualmente, orientações à cerca da importância deste acompanhamento e, se necessário, a solicitação de exames complementares e agendamento de consulta médica ou visita domiciliar programada, que são realizadas semanalmente, conforme ilustração abaixo.



Figura 04. Fotografia da visita domiciliar da equipe 135 a usuários do HIPERDIA.

As buscas ativas das ACS vêm sendo realizadas regularmente sem maiores problemas e os resultados tem sido visualizados através do aumento significativo na cobertura e adesão do programa. No decorrer desses meses de intervenção alcançamos com estas ações mais de 90% dos faltosos às consultas médicas, tanto no que se refere aos hipertensos quanto aos diabéticos, resgatando os usuários que desistiram do acompanhamento, e trazendo para o serviço os novos casos que necessitam de tratamento.

No que se refere à melhoria na qualidade do atendimento prestado aos usuários residentes na área e acompanhados pela equipe, apesar do médico da equipe também estar atendendo a área descoberta, temos alcançado ótimos resultados. Uma vez que os atendimentos já ocorriam anteriormente à intervenção e a adesão ao programa tem aumentado substancialmente, a maioria dos usuários acompanhados está com as consultas de rotina e os exames clínicos e complementares em dia.

No que se refere às ações de orientação de saúde sobre alimentação, prática de atividade física e tabagismo, direcionadas aos usuários acompanhados pela equipe através do HIPERDIA também melhoramos muito e temos alcançando bons resultados, pois, embora ainda precisemos ampliar o alcance para todos os cadastrados, atualmente temos conseguido orientar todos os usuários que participam das reuniões do grupo, aqueles que estão iniciando o tratamento recentemente, durante a consulta de cadastramento no programa, e os usuários que realizam as consultas médicas de rotina. Isto porque, no decorrer do período de intervenção, felizmente conseguimos sensibilizar os médicos a realizar essas orientações como rotina, nas consultas periódicas. Esse simples ato ampliou bastante o número de usuários orientados a respeito de fatores de risco modificáveis, um importante passo para aumento na autonomia em relação ao seu cuidado e melhoria na qualidade de vida dessas pessoas.

Com relação às ações previstas no projeto que não foram realizadas destacam-se especialmente aquelas relacionadas ao eixo engajamento público e a divulgação do programa HIPERDIA e dos fatores de risco para o desenvolvimento da Hipertensão e do Diabetes, pois temos encontrado dificuldades, devido principalmente ao distanciamento da população em relação às atividades de organização do serviço e da ausência do conselho local de saúde e/ou lideranças atuantes junto à comunidade. Com isso, apesar da convocação da comunidade

para participação em reuniões internas, do grupo HIPERDIA, de gestantes, puericultura e planejamento familiar, pouquíssimas pessoas participam das ações, dificultando o acesso da equipe à comunidade em geral.

Conforme referido anteriormente em relação às ações dos distintos eixos, outros complicadores têm sido a falta de tempo dos membros da equipe, equipe reduzida e sobrecarregada, com a grande demanda espontânea de atendimentos diários, e ainda, a falta de um espaço adequado para realizações de atividades coletivas e carência de recursos financeiros para a organização e elaboração de materiais educativos como pôsteres, cartazes, folders e outros materiais impressos a serem utilizados em ações de educação em saúde. Em resumo, neste ponto falta um maior apoio de nossos gestores, que muitas vezes limitam suas atenções às ações curativistas, em detrimento da prevenção e promoção à saúde.

Apesar dessas dificuldades, dentro de nossas possibilidades, algumas ações educativas foram desenvolvidas durante o período como a apresentação de vídeos educativos e orientações promovidas pela equipe na sala de espera, atividades realizadas pela equipe durante as reuniões do grupo HIPERDIA, orientações individuais, feitas durante as consultas multidisciplinares na UBS ou nas visitas domiciliares da equipe e das agentes de saúde e ainda, a confecção de cartazes e folders que além de tratarem a respeito dos fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão e do diabetes, prevenção de complicações advindas da doença e importância da verificação da pressão arterial e realização do glicoteste no controle do desenvolvimento dessas doenças, também divulgavam as ações promovidas pela UBS no programa HIPERDIA e como ter acesso a essas atividades.

Esse material, além de fixado em alguns pontos estratégicos do bairro e na própria unidade, também vem sendo entregues a população em geral, na sala de espera da UBS, e em todas as atividades do programa. A aceitação por parte da população tem sido boa e os resultados vêm sendo observados diariamente em nossa rotina de atendimentos na unidade, onde se observa maior compreensão das rotinas de atendimento do programa por parte de nossa população atendida.

Em se tratando das dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados, observamos que, devido ao curto espaço de tempo para a implantação da folha espelho e planilha de coleta de dados para todos os usuários residentes em nossa área e acompanhados pelo programa e o número reduzido de consultas médicas para o programa, não foi possível aguardar a ocorrência da consulta

médica para o preenchimento inicial dessa folha. De modo que, a enfermeira vem realizando esta ação sempre que tem algum tempo disponível e o médico auxilia na alimentação dos dados nas consultas subseqüentes.

Acredito que nesse eixo, o grande complicador aconteceu lá no início da intervenção, no levantamento dos dados da UBS a serem lançados na planilha. Isto porque infelizmente o município de Colombo não possui sistema informatizado e interligado aos serviços de saúde e, por problemas operacionais na secretaria de saúde, onde fica centralizado a alimentação dos dados das unidades no SIAB, muitas unidades de saúde ainda não tiveram os dados de suas fichas A digitados no sistema. Infelizmente é o caso de nossa unidade de saúde, que por este motivo não tem acesso a seus dados epidemiológicos e populacionais. Com isso, os dados populacionais lançados na planilha de coleta de dados foram baseados as informações disponibilizadas pelo curso através de levantamento do VIGITEL, por isso podem não refletir exatamente os dados populacionais da área de abrangência de minha equipe de ESF.

Em relação à alimentação, monitoramento e cálculo dos indicadores da planilha de coleta de dados mensais, não foram encontradas grandes dificuldades, pois, a enfermeira da área, de posse dos prontuários dos usuários atendidos nas consultas multiprofissionais, tem conseguido alimentar a planilha de coleta de dados conforme as consultas acontecem e conforme são abertas as folhas de rosto de usuários cadastrados no programa.

Conforme relatado, praticamente todas as ações elencadas para a intervenção vêm sendo realizadas sem grandes dificuldades e já foram incorporadas à rotina de organização e atendimento aos usuários residentes na área 135 da UBS e cadastrados no programa HIPERDIA.

A exceção trata-se dos atendimentos de saúde bucal em que, conforme relatado anteriormente, devido ao desfalque da profissional dentista, em licença maternidade durante o período de intervenção, não foram realizadas ações de promoção à saúde bucal durante o período, causando certo prejuízo à integralidade do atendimento prestado aos pacientes em acompanhamento junto ao programa. Pretendemos inserir essa profissional na nova rotina de atendimento tão logo ocorra o seu retorno, inicialmente previsto para março de 2014, inicialmente traçando as metas e estabelecendo as ações a serem realizadas em conjunto com a equipe multiprofissional da área 135.

Por outro lado, as ações de atendimento clínico aos usuários hipertensos e/ou diabéticos como consultas interdisciplinares, visitas domiciliares da equipe, reuniões mensais do grupo, buscas-ativas dos faltosos, e cadastramento de novos casos continua acontecendo periodicamente e conforme o preconizado nos protocolos de saúde. Mas com a implantação do sistema de monitoramento e avaliação das ações realizadas, agora acontecem de forma planejada e organizada. Isto facilita o trabalho da equipe e gera maior satisfação da comunidade atendida, no que se refere à assistência prestada.

Outra vitória importante em relação à organização do programa HIPERDIA da UBS é o fato das outras duas equipes da ESF, empolgadas em ver os resultados alcançados pela equipe da área 135, terem sido sensibilizadas e já terem iniciado com as primeiras ações de organização do monitoramento e avaliação dos usuários de sua área adstrita. Com toda certeza, trabalhando juntas e mantendo esta organização do programa conseguiremos progressivamente que as três equipes possam igualmente manter a qualidade do atendimento prestado e melhorar as condições de trabalho para todos os funcionários da UBS.

Em uma análise geral do andamento da intervenção, eu e minha equipe estamos muito felizes e satisfeitos com os resultados alcançados até o momento, estes têm superado nossas expectativas. Isso se deve principalmente a colaboração e união de toda equipe. Percebe-se claramente que todos os membros foram sensibilizados, estando verdadeiramente envolvidos e comprometidos com as mudanças na organização do programa e na rotina de trabalho da equipe.

Por tudo isso, acredito que todas as mudanças incorporadas ao programa HIPERDIA até aqui serão mantidas em nossa rotina de trabalho, e continuaremos trabalhando para que as ações que por algum motivo ainda não foram realizadas possam aos poucos ser implantadas e incorporadas a rotina de atendimento do programa das três equipes de ESF da unidade de saúde Liberdade. Especialmente no que se refere à estimulação da população adstrita a um maior engajamento nas ações em geral da UBS, promovendo o controle social da rotina de atendimento da UBS e a participação popular nas políticas públicas de saúde, pela implantação do conselho local de saúde. Durante este período de intervenção verificamos que esta se trata de uma das mais difíceis metas a serem atingidas, mas, com o esforço de todos não é impossível de ser alcançada. Trabalharemos para isso!

## **4. Avaliação da Intervenção**

### **4.1. Resultados**

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

Meta 1. Cadastrar 70% dos hipertensos residentes na área de abrangência da equipe 135 de ESF no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 2. Cadastrar 70% dos diabéticos residentes na área de abrangência da equipe 135 de ESF no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

A intervenção realizada na UBS Liberdade tratou da melhoria na atenção dedicada aos portadores de Hipertensão Arterial e/ ou Diabetes Mellitus, residentes na área de atuação da equipe 135. Segundo dados do VIGITEL a área adstrita à UBS conta com aproximadamente 1149 portadores de hipertensão e 283 portadores de diabetes. Porém, a área 135 conta com aproximadamente 442 pessoas com hipertensão e 109 pessoas com diabetes, de acordo com a estimativa do caderno de ações programáticas. Dessas pessoas, a população que efetivamente participou da intervenção, com duração de quatro meses, foram 248 hipertensos, o que corresponde a uma cobertura de 56,1% da população da área, e 82 diabéticos, correspondendo a uma cobertura de 75,2%, conforme demonstrado abaixo nas figuras 01 e 02.

Acredito que entre as principais ações que propiciaram essa melhora na cobertura estejam aquelas diretamente relacionadas à implantação do sistema de monitoramento e avaliação dos usuários acompanhados, que permitiu o efetivo rastreamento dos usuários não cadastrados no programa e a ampliação das buscas-ativas destes por parte da equipe, especialmente das agentes de saúde durante as visitas domiciliares.

Por outro lado, analisando os dados de cobertura obtidos durante e após a intervenção, creio que dentre os principais fatores que prejudicaram o aumento dessa cobertura foi a não disponibilidade, por parte da gestão municipal, de dados demográficos e epidemiológicos oficiais, através do SIAB. Isto dificultou sobremaneira uma visão mais global da situação do programa e um melhor planejamento das ações a serem realizadas durante o período, já que os dados populacionais utilizados para tanto são estimativas não exatas, sendo resultado de um levantamento realizado pelas agentes de saúde da UBS, tendo como base informações contidas nas Fichas A das famílias cadastradas pela equipe.

Por outro lado, tendo em vista outros dificultadores destacam-se o curto espaço de tempo disponível pelos profissionais da equipe durante esses quatro meses de intervenção, devido ao acúmulo de tarefas e rotinas diárias da UBS e ao desfalque de alguns profissionais da equipe, como uma agente de saúde e o médico da família de uma das equipes de ESF. Acredito que com a continuidade das ações realizadas junto ao programa, essa cobertura ainda poderá ser bastante ampliada, especialmente no que se refere aos portadores de hipertensão arterial, que ficou com a cobertura abaixo da meta inicialmente estabelecida, em detrimento aos usuários diabéticos onde, concluída a intervenção, conseguimos ampliar a cobertura do programa para além da meta inicialmente estipulada.



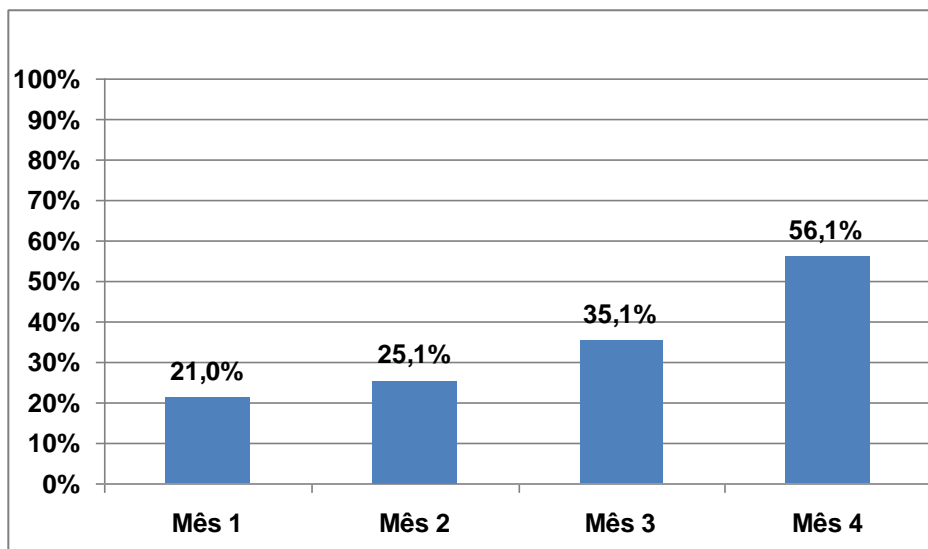


Figura 5 – Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de Saúde.

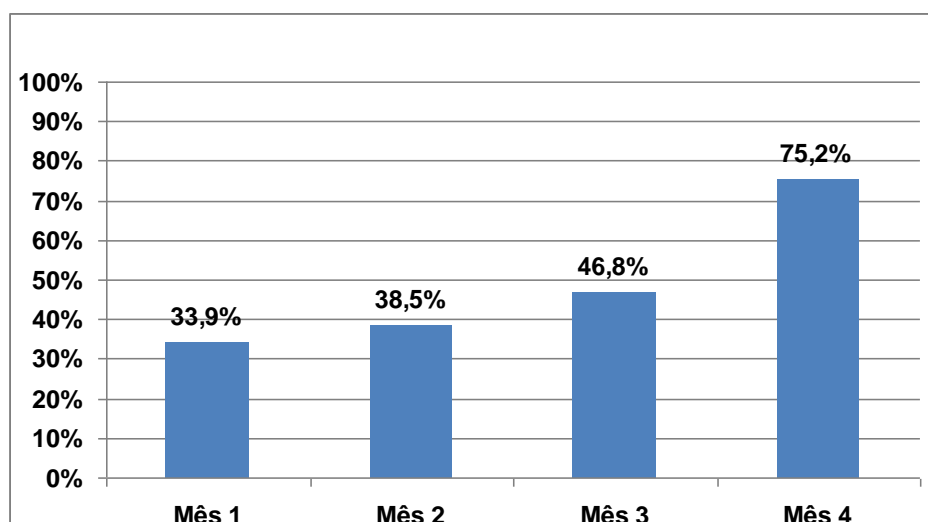


Figura 6 – Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

## 2 – Objetivo: Melhorar a adesão do usuário hipertenso e/ou diabético ao programa.

Meta 3. Buscar 100% dos hipertensos faltosos a consulta na unidade de saúde, conforme a periodicidade recomendada.

Meta 4. Buscar 100% dos diabéticos faltosos a consulta na unidade de saúde, conforme a periodicidade recomendada.

Uma vez que o programa de atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos já existia anteriormente ao início da intervenção, algumas das ações propostas posteriormente ao seu início já vinham sendo rotineiramente realizadas, o

que favoreceu o sucesso em seu aperfeiçoamento e ampliação. Entre estas temos a busca ativa aos faltosos às consultas e aos usuários não cadastrados, que embora não ocorresse de forma tão organizada, já vinham acontecendo com certa periodicidade. Por isso ao longo dos 04 meses de intervenção as principais mudanças em relação a esta atividade foram a implantação de uma nova organização nos agendamentos das consultas, advinda da capacitação das ACS acerca da periodicidade de realização desses atendimentos, de acordo com o protocolo municipal; e a realização das buscas de forma programada, de acordo com os dados advindos da planilha de controle, monitoramento e avaliação da participação dos usuários nas ações do programa.

Observou-se que, em ambos os grupos, hipertensos e diabéticos, desde o início até a conclusão da intervenção praticamente a totalidade dos usuários faltosos foram posteriormente buscados, e isto se refletiu na ampliação da cobertura aos usuários residentes na área adstrita da equipe 135, conforme demonstram as figuras 03 e 04 apresentadas abaixo.

No que se refere aos usuários hipertensos verificou-se que primeiro mês de intervenção dos 29 usuários residentes na área e faltosos à consulta de rotina, 27 ou 93,1% teve a busca ativa realizada, no segundo e no terceiro mês todos os usuários residentes na área e faltosos a consulta tiveram a busca ativa realizada, ou seja, no segundo mês 100% dos 16 usuários identificados e no terceiro mês 100% dos 22 usuários identificados foram localizados através de busca ativa. Já no quarto mês de intervenção dos 32 usuários residentes na área e faltosos à consulta 31, ou 96,9% destes, passaram por busca ativa da equipe.

Em se tratando dos usuários diabéticos residentes na área e faltosos a consulta observou-se que no primeiro mês dos 10 usuários faltosos, 9 pessoas ou 90% destes passaram por busca ativa e no segundo e terceiro mês 100% dos usuários faltosos tiveram busca ativa realizada, ou seja, os 04 usuários faltosos no segundo e os 05 faltosos no terceiro mês. No quarto mês de intervenção dos 07 usuários faltosos a consulta, 06 ou 85,7%, tiveram busca ativa realizada.

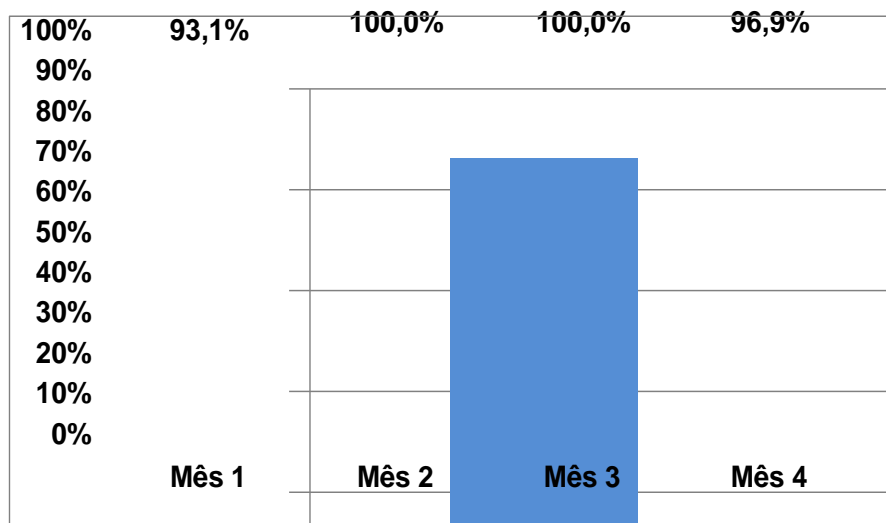


Figura 7 – Gráfico Indicativo da proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

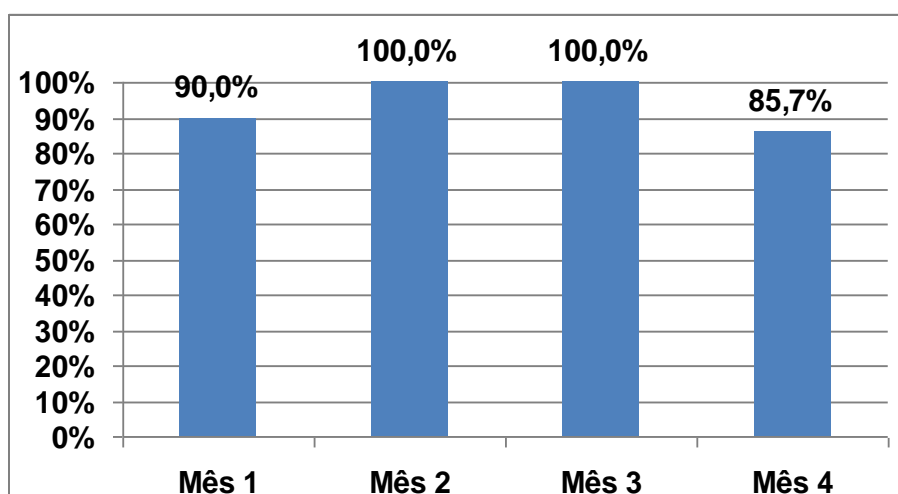


Figura 8 – Gráfico indicativo da proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

Quanto a este indicador a principal dificuldade encontrada na realização periódica das ações de busca ativa foi o fato de atualmente a equipe estar desfalcada de 02 agentes de saúde, já que uma micro-área está descoberta de ACS e outra micro-área conta com uma profissional que realiza apenas parcialmente as atividades cabíveis às agentes de saúde, pois há quase 01 ano vem auxiliando na recepção da UBS se encontra sem recepcionista.

É importante ressaltar que, apesar de vir realizando a busca ativa a praticamente todos os faltosos às consultas de rotina, a equipe vem enfrentando um sério problema para o re-agendamento dessas consultas de acompanhamento aos usuários cadastrados. Isto se deve ao desfalque de um dos 03 médicos da família

na UBS. Com isso, 02 médicos vêm se desdobrando para dar conta da demanda das 03 áreas adstritas a unidade. A solução encontrada tem sido re-agendar esta consulta para uma avaliação inicial com a enfermeira da área, que quando extremamente necessário, faz o agendamento da consulta com o profissional médico.

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

Meta 5.: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários hipertensos cadastrados na área 135.

Meta 6.: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários diabéticos cadastrados na área 135.

Para um melhor entendimento dos dados apresentados no gráfico de indicadores e das ações descritas na sequência considero importante ressaltar uma questão relacionada ao monitoramento e avaliação dos dados coletados em planilha. Como desde o início desta intervenção a unidade de saúde está desfalcada de um dos médicos da família, os atendimentos da demanda programada ficaram prejudicados, com isso, grande parte das consultas médicas e solicitação de exames de rotina não ocorriam com a periodicidade recomendada em protocolo, mas de acordo com a disponibilidade de agenda.

No que se refere à realização periódica do exame clínico de rotina do programa, verificou-se que, no decorrer da intervenção, tanto os usuários hipertensos quanto os diabéticos cadastrados na área 135 vem mantendo a periodicidade preconizada em protocolo. Isto, assim como ocorreu com outras ações de atendimento clínico realizadas durante a intervenção, se deve ao fato de que esta atividade já vinha sendo frequentemente realizada anteriormente a intervenção, sendo apenas reorganizada de acordo com a periodicidade recomendada em protocolo de saúde.

Aliado a isso, acredito que a principal ação que repercutiu de forma muito positiva no bom andamento desta ação tenha sido a realização lá no início da intervenção do estudo do protocolo, o treinamento e capacitação dos profissionais de saúde, com a definição das atribuições de cada membro da equipe na realização da intervenção, pois, estando de posse deste conhecimento cada profissional

assumiu o compromisso de trabalhar de acordo com as recomendações de periodicidade de atendimento especificadas em protocolo, tendo condições de orientar os usuários de forma mais clara e acessível à cerca da rotina de atendimento do programa HIPERDIA da UBS. E isto surtiu grandes resultados em relação aos agendamentos e comparecimento dos usuários às atividades programadas.

Assim, conforme ilustrado na figura 05, no que diz respeito aos usuários hipertensos no primeiro mês de intervenção, dos 93 usuários residentes na área e acompanhados pela equipe de saúde, 83 ou 89,2% destes, encontravam-se com o exame clínico em dia, de acordo com o protocolo. Estes percentuais sofreram pequena queda no segundo mês, indo para 97 dos 111 usuários residentes na área, ou 87,4% desses, voltaram a subir no terceiro mês, chegando a 138 dos 155 usuários identificados, ou 89% desses. No último mês da intervenção esse percentual fechou em 87,9%, ou seja, dos 248 usuários residentes na área e acompanhados pela equipe 218 estavam com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo municipal de saúde.

Em relação aos usuários diabéticos os resultados foram ainda melhores, pois, no primeiro mês de intervenção dos 37 usuários residentes na área e acompanhados pela equipe 135, 34 usuários ou 91,9%, estavam com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo de saúde, conforme ocorrido com os usuários hipertensos. No mês seguinte houve uma queda nesse percentual, sendo que dos 42 usuários residentes na área, 37 pessoas, ou 88,1% desses estavam com exame clínico em dia. Mas este número voltou a subir nos meses seguintes, alcançando 45 dos 52 usuários identificados no terceiro mês, ou 88,2% desses, e 91,5% no quarto mês, quando dos 82 usuários identificados como residentes na área e acompanhados pela UBS, 75 usuários estavam com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

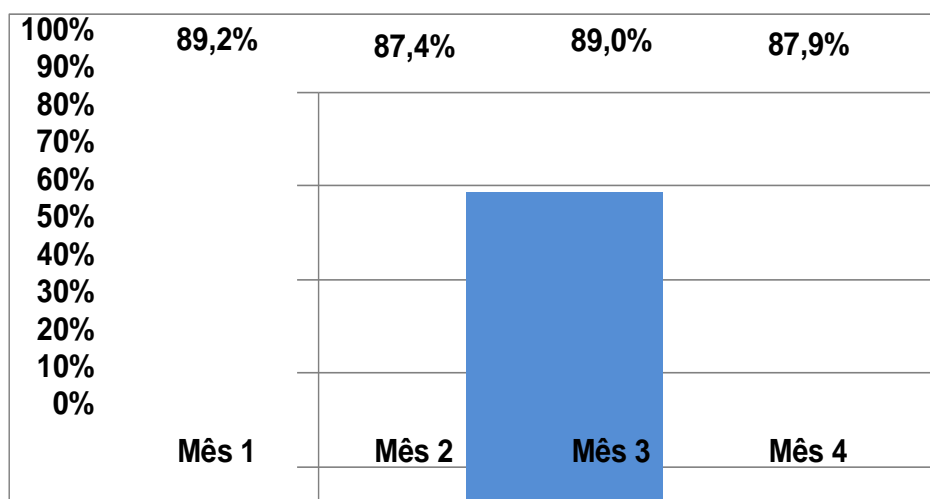


Figura 09 – Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o Protocolo.

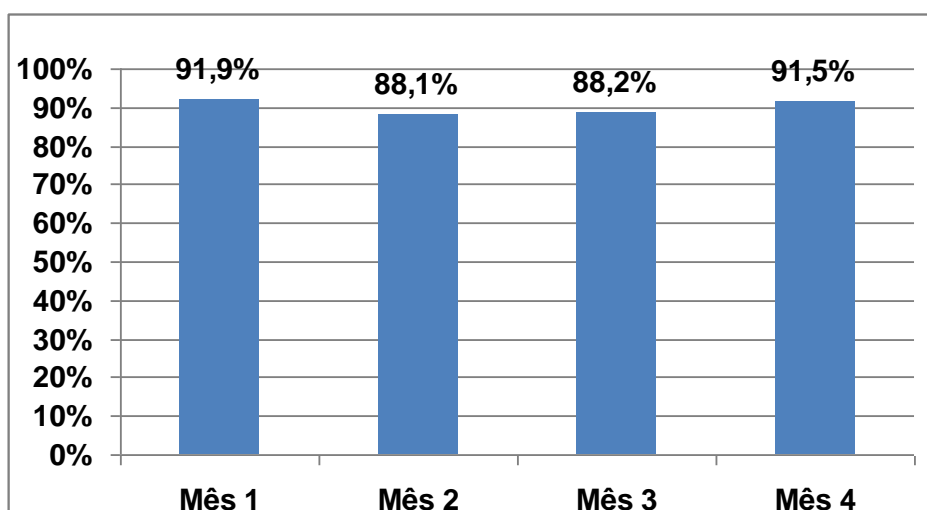


Figura 10 – Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Meta 7: Garantir a 100% dos hipertensos cadastrados na área 135, a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 8: Garantir a 100% dos diabéticos cadastrados na área 135, a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Em se tratando da realização dos exames complementares em dia de acordo com o protocolo, observou-se uma queda gradativa nos gráficos deste indicador, tanto em relação aos usuários hipertensos, quanto aos diabéticos. Devido ao fato de inicialmente os dados dos usuários serem coletados na folha de rosto e digitados na planilha de coleta de forma aleatória, e não em paralelo a realização dos atendimentos, esta queda só se confirma realmente após o segundo mês de

intervenção, revelando uma real defasagem desses atendimentos em relação ao número de usuários acompanhados. Esta se deve principalmente a dificuldades no agendamento das consultas de acompanhamento médicas, pelo desfalque de um profissional médico na equipe da UBS.

Assim, no que se refere aos usuários hipertensos, conforme foi demonstrado na figura 07, no primeiro mês verificou-se que dos 93 usuários residentes na área e acompanhados na UBS, 76 pessoas, ou 81,7% estavam com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, no segundo mês esse número melhorou, pois, dos 111 hipertensos residentes na área 91, ou 82% desses estavam com os exames complementares em dia. A partir do terceiro mês iniciou-se uma queda nesses valores, sendo que, no terceiro mês dos 155 usuários acompanhados pela UBS 124, ou 80% destes estavam com seus exames em dia e ao final do quarto mês, dos 248 usuários residentes na área e acompanhados pela UBS, 190 pessoas, ou 76,6% dos usuários, estavam com seus exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Como ilustrado na figura 08 abaixo, resultados semelhantes também são observados em relação aos usuários diabéticos, onde no primeiro mês de intervenção, dos 37 usuários residentes na área e acompanhados pela UBS, 32 pessoas ou 86,5% da população estavam com seus exames complementares em dia de acordo com o protocolo, indo para, 36 dos 42 usuários residentes na área no segundo mês, ou seja, 85,7% desses, e 43 dos 51 residentes na área e acompanhados pela UBS no terceiro mês ou 84,3% desses e chegando a 79,3% dos usuários identificados ao final do quarto mês, ou seja, concluído o período de intervenção dos 82 usuários residentes na área e acompanhados pela UBS, 65 estavam com seus exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Conforme relatado anteriormente, ao longo da intervenção verificamos que dentre as principais ações que auxiliaram no alcance de bons resultados em relação a estes indicadores de atendimento clínico estariam às capacitações da equipe a cerca dos protocolos municipais de atenção ao usuário hipertenso e/ou diabético, o estabelecimento de rotinas para agendamentos dos procedimentos com a periodicidade recomendada e as orientações à população a cerca destas rotinas. Pois, com estas simples ações conseguimos melhorar muito a organização do programa HIPERDIA e trabalhar com o grupo melhor informado a respeito do

programa e das vantagens, em termos de qualidade de vida, advindas de sua participação nas atividades propostas.

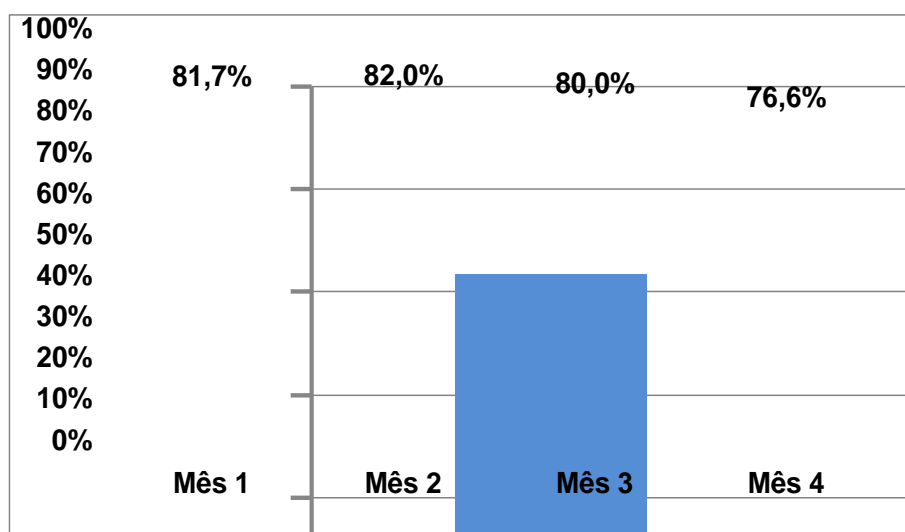


Figura 11 – Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

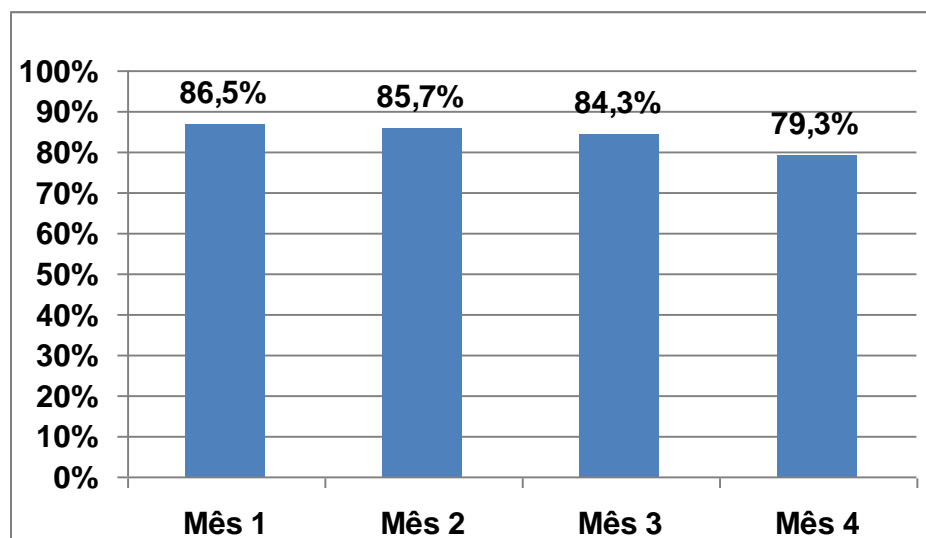


Figura 12 – Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Meta 9. Garantir a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos hipertensos cadastrados na área 135.

Meta 10. Garantir a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos diabéticos cadastrados na área 135.

Em se tratando destes indicadores, os resultados obtidos ao longo da intervenção foram muito bons, isto porque, tendo em vista as características socioeconômicas de nossa população adstrita, anteriormente a sua ocorrência, os



médicos da UBS já procuravam prescrever rotineiramente medicamentos disponíveis pelo SUS ou farmácias populares. Salvo algumas exceções, em que mediante conversa e concordância entre médico e usuário acerca de suas possibilidades financeiras de adquirir tal medicação, optam juntos por um tratamento mais específico e diferenciado, sempre levando em consideração as especificidades de cada caso e o custo-benefício dessa opção. Esta situação mostra-se bem clara ao realizar a análise dos indicadores de saúde relacionados a esta meta.

No que diz respeito especificamente aos usuários hipertensos, ao final do primeiro mês de intervenção dos 93 usuários que necessitavam tomar medicamentos 86 pessoas, ou 92,5% destes, obtiveram a prescrição de medicamentos disponíveis na Farmácia do HIPERDIA ou na Farmácia Popular. Esse percentual segue crescendo, indo para 92,8%, no segundo mês, ou seja, dos 111 hipertensos que necessitavam tomar medicamentos 103 tiveram a prescrição de medicações disponíveis na Farmácia Popular ou do HIPERDIA, e no terceiro mês dos 154 usuários em tratamento medicamentoso 143 ou 92,9% tiveram prescrição de medicações da Farmácia Popular. E concluído o quarto mês de intervenção dos 247 usuários que faziam uso de tratamento medicamentoso, 231 pessoas, ou 93,5% dos usuários, tinham a prescrição de medicamentos acessíveis pelo HIPERDIA ou na Farmácia Popular, conforme demonstrado na figura 09 abaixo.

Em se tratando dos usuários diabéticos, se verifica algumas pequenas variações ao longo dos quatro meses de intervenção, mais nada muito significativo em relação ao total de usuários acompanhados pela UBS. Assim, conforme ilustrado abaixo na figura 10, no primeiro mês de intervenção, dos 37 usuários diabéticos identificados como usuários de medicamentos 35, ou 94,6% destes, obtinham a prescrição de medicamentos do HIPERDIA ou da Farmácia Popular, já no segundo mês verifica-se uma pequena queda nos números, pois dos 42 usuários identificados 39, ou 92,9% estavam nesta situação, no terceiro mês os números voltam a subir e dos 51 usuários identificados 48, ou 94,1% tinham prescrição de medicamentos do HIPERDIA ou da Farmácia Popular e, ao final do quarto mês de intervenção ocorre uma nova queda, em que, dos 82 usuários acompanhados que necessitavam tomar medicamentos 76 pessoas, ou 92,7% destes faziam uso de medicamentos da lista do HIPERDIA ou da Farmácia popular.

O sucesso alcançado em relação a esses indicadores pode ser atribuído a algumas ações desenvolvidas durante a intervenção como, ao fato da equipe ter

sido bem capacitada sobre a respeito da importância de, na falta de algumas das medicações do programa na farmácia do HIPERDIA, orientar adequadamente os usuários sobre sua disponibilidade nas Farmácias Populares, onde e como ter acesso a tal medicação. Outra importante questão a ser ressaltada foi a organização do fluxo de medicamentos que entra e sai da unidade e do controle de estoque e pedido de medicações, que, conforme discussão em equipe, foi atribuído a enfermeira, mas contou com o importante envolvimento e apoio dos técnicos de enfermagem e da residente de farmácia, que faziam a distribuição destes medicamentos na farmácia do HIPERDIA.

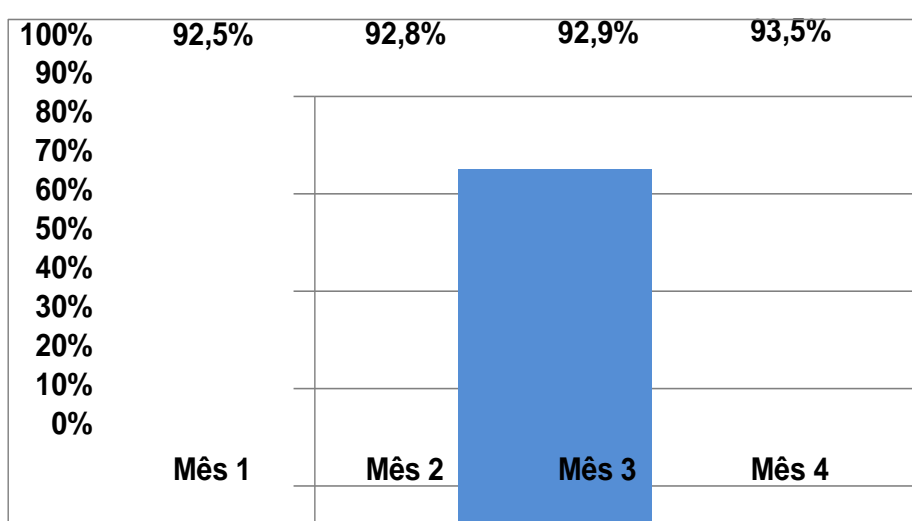


Figura 13 – Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do HIPERDIA ou da Farmácia popular.

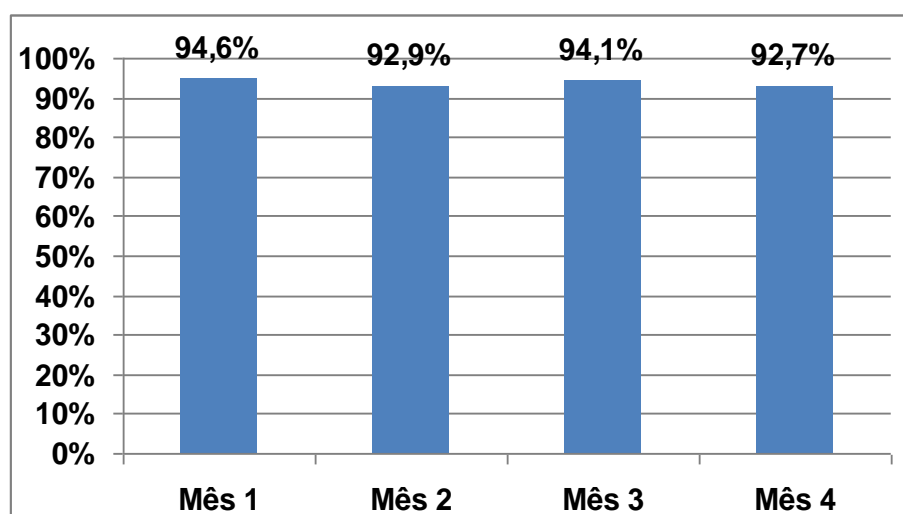


Figura 14 – Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do HIPERDIA ou da Farmácia popular.

Acredito que, no que se refere a estes indicadores, a única ação identificada como inviável foi a questão da realização de atividade de atualização profissional no tratamento da hipertensão e do diabetes, identificada como função da gestão municipal, mas de qualquer forma acredito com o estudo, no início da intervenção, do protocolo municipal de atenção ao usuário Hipertenso e diabético, e tendo em vista a experiência profissional dos médicos da família no tratamento desses usuários, e a determinação de toda a equipe em prestar um atendimento eficaz e resolutivo, o fato da gestão não ter fornecido tal capacitação aos profissionais, até o presente momento não têm acarretado grandes prejuízos à qualidade do atendimento prestado, nem tão pouco a adesão ao programa, por parte de nossa população.

#### 4 – Objetivo: Melhorar o registro das informações

Meta 11: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na área 135.

Meta 12: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na área 135.

Considero que os resultados alcançados em relação a esses indicadores sejam o reflexo de uma das maiores conquistas da unidade de saúde e do programa HIPERDIA mediante a realização desta intervenção, a elaboração, organização e implantação de um sistema de controle de dados, monitoramento e avaliação da frequência dos usuários às atividades propostas pelo programa. Vamos a esses resultados.

No início da intervenção, levando-se em consideração que a unidade não possuía sistematização de coleta e monitoramento de dados, no primeiro mês houve um período de discussões em equipe e elaboração de folha espelho adequada a nossa realidade, para coleta dos dados, com posterior adaptação, definição de responsabilidades em relação a esse monitoramento e avaliação dos dados coletados. Isto, em partes, explica o baixo número de usuários com o registro adequado na folha espelho em relação ao número de usuários residentes na área acompanhada da UBS. Esta situação foi observada em ambos os grupos, de hipertensos e de diabéticos.

Outro complicador durante esse período inicial da intervenção foi a ocorrência de certa resistência por parte do profissional médico em registrar adequadamente na folha de rosto, anexada ao prontuário, os dados coletados durante as consultas. Mas essa dificuldade também foi vencida pelo diálogo em grupo e, passado este período de readaptação a nova rotina no primeiro mês, nos meses que se seguem os resultados foram muito bons, com 100% dos usuários residentes na área acompanhada da UBS com registros adequados em sua folha espelho, refletindo a união da equipe e o comprometimento dos profissionais que utilizavam este instrumento em seus atendimentos.

De todas as ações propostas para estes indicadores, apenas a questão da manutenção das informações do SIAB se mostrou inviável para o serviço. Isto porque o trabalho de alimentação dos dados epidemiológicos e demográficos gerados pelas UBS de todo o município fica todo centralizado na secretaria de saúde, e não temos acesso a tal programa nas unidades de saúde.

De qualquer forma no que se refere a esse indicador de saúde, em se tratando dos usuários hipertensos observou-se que, no primeiro mês de intervenção dos 93 usuários residentes na área e acompanhados pela UBS, 69, ou 74,2% desses, já estavam com registro adequado na ficha de acompanhamento, e a partir do segundo mês, conforme seguiam as ações da intervenção, 100% dos usuários registrados na planilha de coleta de dados para acompanhamento pelo programa, tinham sua folha de rosto preenchida e todos os seus atendimentos posteriores eram registrados conjuntamente na ficha de acompanhamento e posteriormente na planilha de coleta de dados, conforme fluxo previamente estabelecido pela equipe. Esta situação manteve-se até a conclusão da intervenção e já foi incorporada a rotina do programa. Com isso, do segundo até o final do quarto mês 100%, ou seja, todos os 248 usuários residentes na área e acompanhados pela UBS tinham o registro adequado de seus atendimentos na ficha de acompanhamento, conforme foi ilustrado na figura 11 que segue.

Como ilustrado na figura 12 a seguir situação muito parecida também foi observada no que se refere aos usuários diabéticos, em que ao final do primeiro mês de intervenção, dos 37 usuários residentes na área e acompanhados pela UBS, 29 usuários, ou 78,4% destes, estavam com registro adequado na ficha de acompanhamento. Nos meses que se seguem conseguiu-se manter 100% dos usuários residentes na área e acompanhados, com registro adequado na ficha de

acompanhamento, e concluída a intervenção a meta também foi atingida pois, todos os 82 usuários residentes na área e acompanhados pela UBS estavam com os registros adequados na ficha de acompanhamento, motivo de grande satisfação para a equipe, que vem conseguindo visualizar melhor os resultados de seu trabalho.

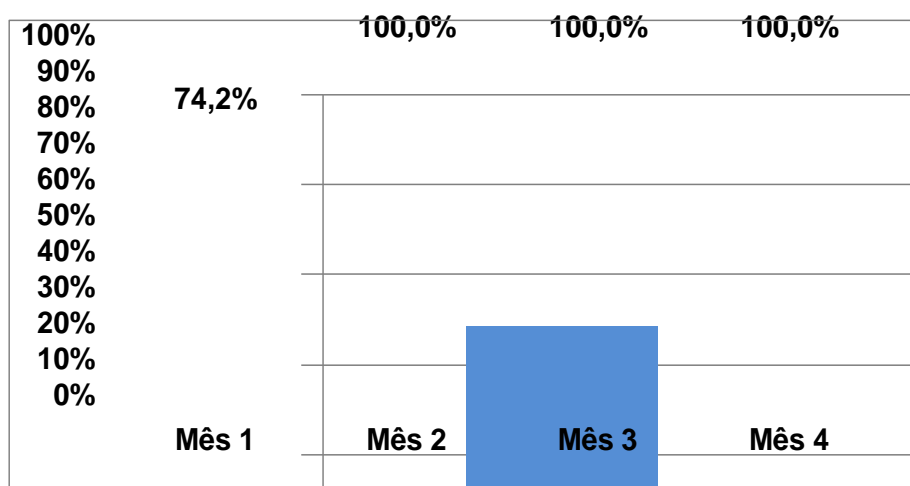


Figura 15 – Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

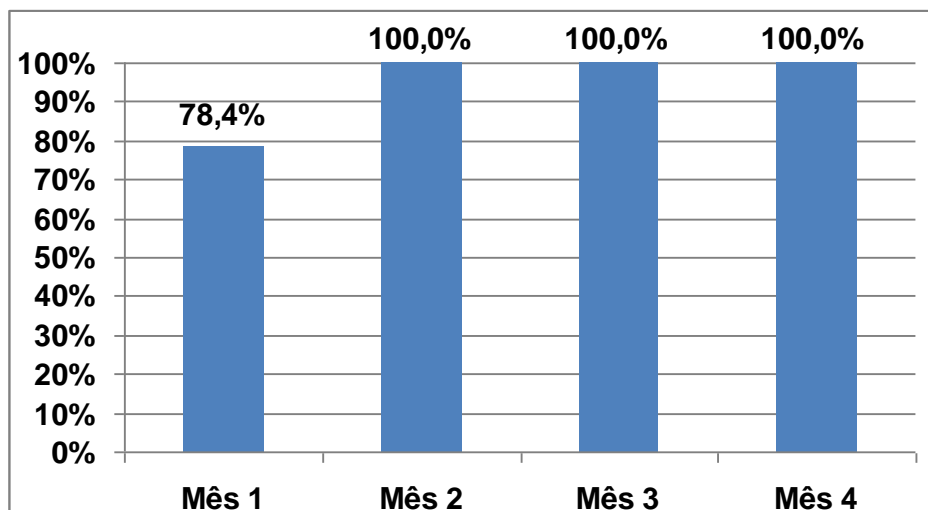


Figura 16 – Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Meta 13. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na área 135.

Meta 14. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na área 135.

Em se tratando destes indicadores de saúde, no decorrer da intervenção se pode verificar uma grande evolução na organização dos agendamentos do programa HIPERDIA. Isto porque, no que se refere à priorização de agendamentos, dentro de nossas possibilidades, passamos a trabalhar conforme as determinações do protocolo municipal a partir de então, tendo como base a análise prévia da situação de risco destes usuários. Esta mudança proporcionou maior segurança e respaldo aos funcionários em relação aos agendamentos e maior esclarecimento aos usuários a cerca de sua real situação de risco e a periodicidade com que deveriam realizar as ações do programa, especialmente as consultas e exames de rotina.

Mas infelizmente, devido ao desfalque do médico de uma das equipes, gerando escassez no número de vagas para os agendamentos programados, até o final da intervenção não conseguimos alcançar sucesso total no que se refere à priorização nos agendamentos conforme estratificação de risco, mas na medida do possível temos buscado chegar o mais próximo possível ao intervalo de tempo preconizado pelo protocolo para retorno destes usuários a consulta, conforme sua situação de risco. Esperamos que esta situação se resolva com a vinda do médico da família da terceira equipe e a regularização das agendas médicas de acordo com as áreas adstritas.

Para que pudéssemos alcançar melhores resultados em relação a estes indicadores algumas ações se mostraram essenciais, como a realização periódica, por parte do médico e da enfermeira de área, da estratificação de risco dos usuários acompanhados. Acontece que, anteriormente a intervenção esta ação não era feita rotineiramente, apenas quando o médico da equipe julgava necessário. Com isso, houve certa resistência da parte deste profissional em realizar esta ação periodicamente, ou pelo menos uma vez ao ano. A situação se agravava ainda mais pela falta de tempo disponível, não apenas do profissional médico, mas também da enfermeira da equipe, para realizar tal ação. Assim, após discussões em reunião de equipe decidiu-se que a ação de estratificação de risco ficaria a cargo da enfermeira da área, e sempre que possível esta contaria com a ajuda do médico da equipe. Com isso, o problema foi resolvido e após o segundo mês de intervenção já se pode observar uma evolução significativa em seus indicadores.

Assim, conforme está ilustrado na figura 13, no que se refere aos usuários hipertensos no primeiro mês de intervenção dos 93 usuários residentes na área e acompanhados pela UBS, apenas 18, ou 19,4% destes, estavam com a estratificação de risco cardiovascular em dia, já no segundo mês, vencida a fase de adaptação e definição das atribuições e responsabilidades em relação a ação, dos 111 usuários acompanhados, 100 pessoas, ou 90,1% destes estavam com a estratificação em dia, no terceiro mês este percentual sobe para 94,8% e ao finalizar a intervenção, se verificou uma leve queda nos números, pois dos 248 usuários residentes na área e acompanhados pela UBS, 227 ou 91,5% destes tinham a estratificação de risco cardiovascular em dia.

Em se tratando dos usuários diabéticos, tendo em vista as questões levantadas anteriormente, também se observou uma progressão de alta no gráfico dos indicadores nos primeiros três meses, com uma leve queda no quarto mês de intervenção. No primeiro mês, dos 37 usuários residentes na área e acompanhados pela UBS, apenas 05, ou 13,5% destes estava com a estratificação de risco em dia. Já no segundo mês, dos 42 usuários acompanhados pela UBS, 40 pessoas, ou 95,2% destes já estavam com a estratificação de risco em dia, subindo para 100% dos usuários no terceiro mês e sofrendo leve queda no quarto mês de intervenção, quando dos 82 usuários acompanhados pela UBS, 80 pessoas, ou 97,6% deste estavam com tal estratificação de risco em dia, conforme ilustrado na figura 14 que se segue.

No que se refere a estes indicadores praticamente todas as ações planejadas foram implantadas na nova rotina do serviço, desde a realização periódica da estratificação de risco e seu monitoramento; a organização da agenda para, conforme possibilidades da UBS, contemplar esses agendamentos; as manobras de orientação dos usuários quanto aos fatores de risco modificáveis e a quanto a seu nível individual de risco, tendo em vista a conscientização sobre a importância do acompanhamento regular, que têm sido possíveis durante as reuniões do grupo HIPERDIA, ação esta realizada através da entrega de material educativo e sua fixação na UBS e outros pontos estratégicos do bairro; e a capacitação da equipe quanto à questão dos registros adequados das avaliações realizadas.

As únicas ações que foram inviáveis foram àquelas relacionadas à capacitação dos profissionais para a realização da estratificação de risco segundo o

Escore de Framingham ou de Lesões em órgãos alvo. Isto porque consideramos que tal treinamento fica a cargo da secretaria municipal de saúde, e não nos sentimos tecnicamente aptos a realizar tal ação.

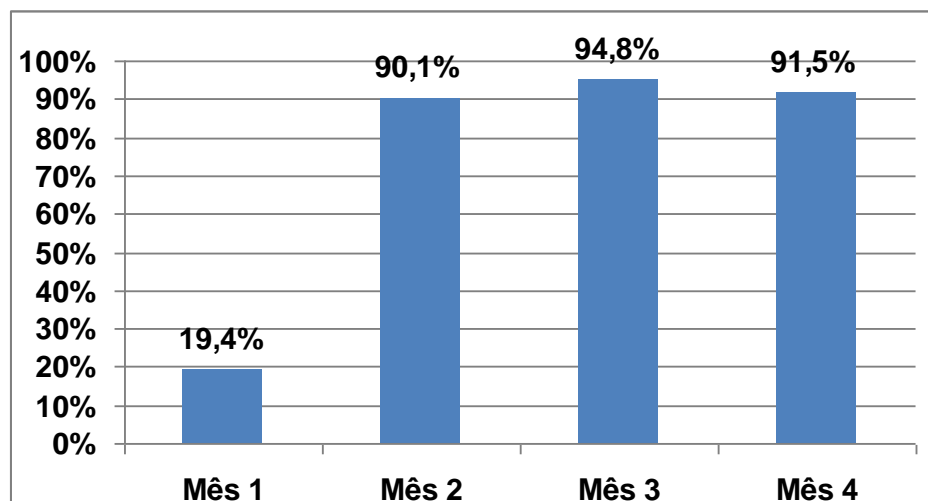


Figura 17 – Gráfico indicativo da proporção de Hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

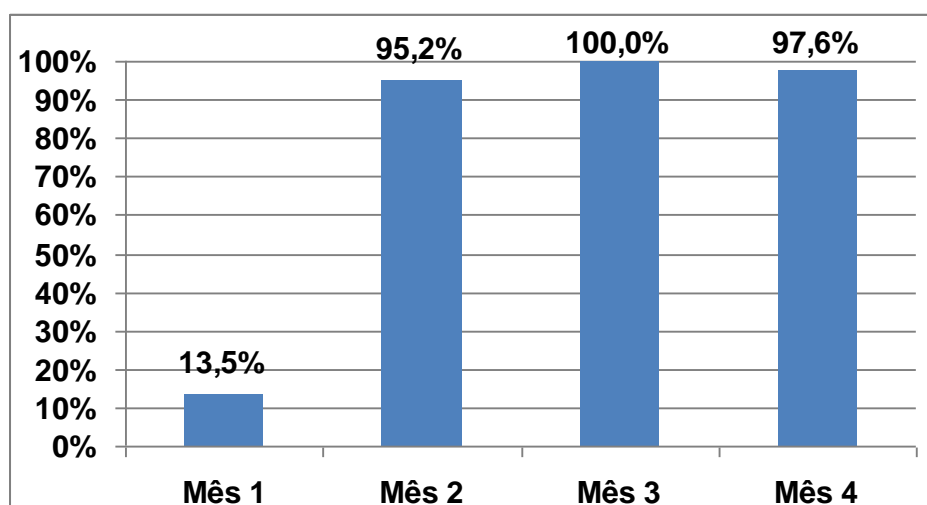


Figura 18 – Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

## 6. Objetivo – Promoção da saúde

Neste ponto é importante esclarecer que os indicadores de saúde que envolvem a proporção de hipertensos e diabético com avaliação odontológica, foram suprimidos da intervenção por ser inviável, no momento da intervenção, a implantação de quaisquer ação de saúde bucal, já que durante todo este período, e



até o presente momento, a dentista da equipe 135 encontra-se em licença maternidade, retornando apenas no final do mês de fevereiro do ano de 2014.

Meta 15. Garantir orientação sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos cadastrados na área 135.

Meta 16. Garantir orientação sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos cadastrados na área 135.

Em se tratando destes indicadores, tanto no que diz respeito aos usuários hipertensos quanto os diabéticos, com o auxílio da residente de nutrição da UBS, felizmente conseguimos desenvolver todas as ações propostas, desde a orientação da equipe da UBS para realização de atividades em grupo e individuais de promoção à adoção de uma dieta saudável, até a realização periódica de atividades direcionadas aos usuários do programa HIPERDIA e seus familiares e a comunidade em geral, através da divulgação no bairro de um material impresso educativo, elaborado pela residente e equipe 135, e a apresentação na sala de espera da UBS, de vídeo relacionado ao assunto. Cabe ressaltar que as ações de orientação em grupo já vinham sendo desenvolvidas periodicamente pela equipe, nas reuniões mensais do grupo e nas consultas periódicas dos usuários acompanhados, mas, após discussão em equipe e sua capacitação, promovida pela nutricionista da UBS, iniciamos com um trabalho mais concreto e embasado no protocolo municipal de saúde.

Assim, em se tratando do indicador relacionado aos usuários hipertensos, conforme ilustrado na figura 15, ao longo da intervenção verificou-se um aumento gradual no número de usuários com orientação nutricional sobre alimentação saudável, em relação aos usuários residentes na área e acompanhados pela UBS. Assim, no primeiro mês de intervenção, dos 93 usuários acompanhados, 56 pessoas, ou 60,2% destes, receberam orientações nutricionais sobre alimentação saudável, no segundo mês, dos 111 usuários acompanhados pela UBS, 90 pessoas, ou 81,1% desses receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, indo para 86,5% ou 134 dos 155 usuários residentes na área com orientação nutricional no terceiro mês. Encerrando a intervenção, foi atingido o percentual de 91,5%, correspondendo a 227 pessoas, de um total de 248, ficando muito próximos da meta de 100% dos usuários estipulada inicialmente.

Esta mesma progressão ocorre no que se refere aos usuários diabéticos. Conforme demonstrado na figura 16, no primeiro mês de intervenção, dos 37

usuários acompanhados pela UBS, 27 pessoas, ou 73% dessas, receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, percentual que seguiu aumentando, indo para 88,1%, ou 37 dos 42 usuários residentes na área e identificados no segundo mês, 94,1%, ou 48 dos 51 usuários identificados no terceiro mês, chegando aos 96,3% no último mês de intervenção, quando dos 82 usuários residentes na área e acompanhados pela UBS, 79 pessoas receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável durante o período de intervenção. Com isso estivemos muito próximos de atingir a meta estipulada em 100%.

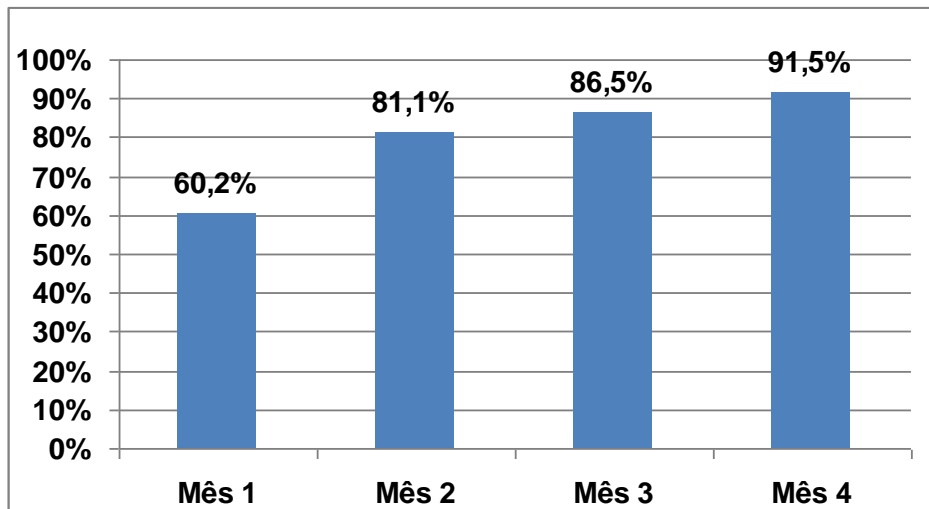


Figura 19 – Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

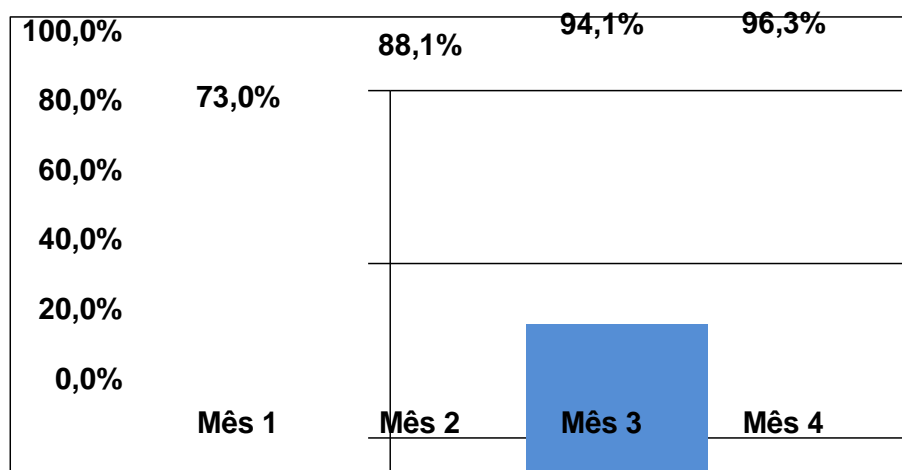


Figura 20 – Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Meta 17. Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários hipertensos cadastrados na área 135.

Meta 18. Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários diabéticos cadastrados na área 135.

Com o decorrer da intervenção a única das ações propostas para estes indicadores que não foi implantada trata-se de demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores nesta atividade, pois esta solicitação já havia sido feita anteriormente a intervenção, sem sucesso.

Tendo em vista que este assunto também já fazia parte das questões tratadas pela equipe nas atividades de educação em saúde desenvolvidas pelo programa HIPERDIA anteriormente, tanto de forma individual, nas consultas de rotina, quanto nas reuniões mensais do grupo, com a intervenção estas ações apenas foram reforçadas, através de orientações a equipe acerca de formas de estimular os usuários acompanhados e a população adstrita sobre a importância da atividade física para melhoria em seu quadro de saúde e maior qualidade de vida.

Avaliando os resultados dos indicadores, em se tratando primeiramente dos usuários hipertensos, como se pode observar na figura 17 abaixo, observou-se que, no primeiro mês dos 93 usuários residentes na área e acompanhados pela UBS, 52 destes ou 55,9%, haviam recebido orientações sobre prática de atividade regular; no segundo mês, dos 111 usuários acompanhados pela UBS, 87 pessoas, ou 78,4% desses já haviam recebido orientações, subindo para 83,9% no terceiro mês e para 90,7% ao final da intervenção, com 225 pessoas orientadas, de um total de 248 usuários.

Conforme ilustra a figura 18, a meta estipulada quase foi atingida com os usuários diabéticos, sendo que, no primeiro mês de intervenção, dos 37 usuários residentes na área e acompanhados pela UBS, 25 pessoas, ou 67,6% dessas já haviam recebido orientações sobre prática de atividade física regular, no segundo mês dos 42 usuários 36 pessoas, ou 85,7% desses foram alcançados, e no terceiro mês, dos 51 usuários residentes na área 47 ou 92,2% desses foram orientados. Ao final do quarto mês, término da intervenção junto ao programa, dos 82 usuários residentes na área e acompanhados, 78 pessoas, ou 95,1% dessas estavam orientadas sobre a prática de atividade física regular.

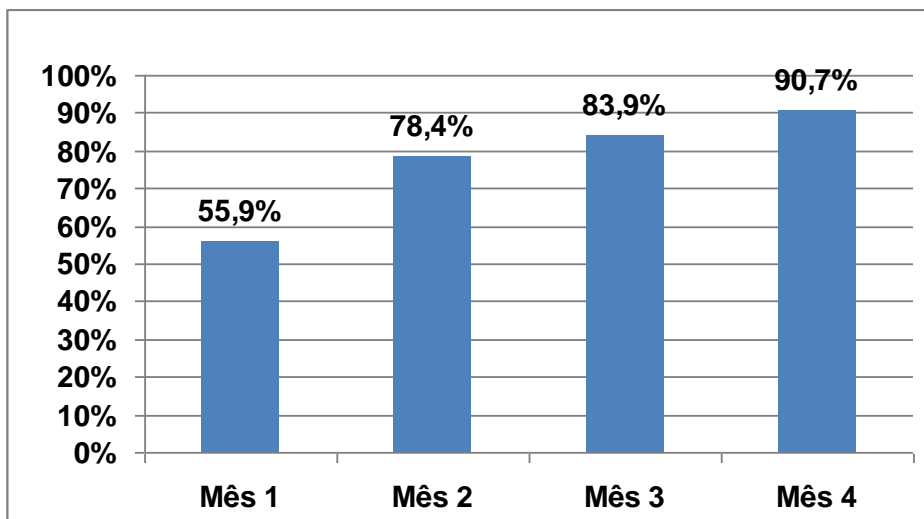


Figura 21 – Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular

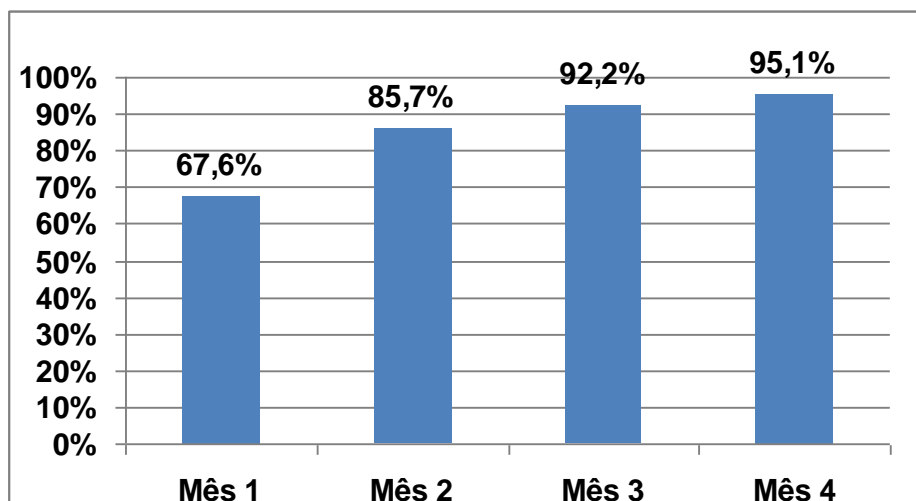


Figura 22 – Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Meta 19. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos cadastrados na área 135.

Meta 20. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos cadastrados na área 135.

Ressalta-se que no município de Colombo o tratamento direcionado ao abandono do tabagismo, rotineiramente ficava centralizado no CAP'S AD, mas atualmente este serviço encontra-se desativado devido à falta de profissionais para atendimento a tal demanda. Com isso, percebendo a demanda de casos procurando ajuda para esse fim, os médicos da UBS vêm conduzindo este tratamento, mas não receberam por parte da gestão municipal, nenhum treinamento, ou materiais para este tipo específico de atendimento. Deste modo, pela falta de profissional

qualificado e preparado para desenvolver treinamento nessa área e carência de apoio da secretaria municipal de saúde, as ações “demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo e capacitar a equipe para tratamento de usuários tabagistas”, não foram implantadas no programa.

Mas, apesar disto as orientações direcionadas aos usuários e a comunidade foram implantadas e já fazem parte da rotina de atendimento tanto individual, durante as consultas de rotina, como nas atividades em grupo, reuniões mensais do programa HIPERDIA e de outros programas como grupo de gestantes e de puericultura.

Ao analisar o gráfico de resultados destes indicadores verifica-se uma evolução muito boa, tanto em se tratando dos usuários hipertensos quanto dos usuários diabéticos. Iniciando pelos hipertensos, no primeiro mês de intervenção, conforme ilustra a figura 19 apresentada a seguir, dos 93 usuários residentes na área e acompanhados pela UBS, 50 pessoas, ou 53,8% dessas, haviam recebido orientação sobre os riscos do tabagismo. No segundo mês, dos 111 usuários acompanhados, 85 pessoas, ou 76,6% desses usuários, foram orientados sobre o assunto e no terceiro mês dos 155 usuários residentes na área 131, ou 84,5% receberam orientações. Finalizando a intervenção, dos 248 usuários acompanhados, 226 pessoas ou 91,1% desses foram orientados a respeito dos riscos do tabagismo, valor próximo à meta estimada para o indicador.

Em se tratando dos usuários diabéticos, a meta inicialmente estabelecida também foi praticamente alcançada. Assim, no primeiro mês, dos 37 usuários residentes na área e acompanhados pela UBS, 23 pessoas, ou 62,2% dessas, receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. No segundo mês das 42 pessoas atendidas, 34 usuários, ou 81% desses, haviam recebido essa orientação, aumentando para 90,2% no terceiro mês ou 46 dos 51 usuários residentes na área orientados. Chegando ao quarto mês a 93,9% das pessoas, ou seja, 77 dos 82 usuários acompanhados pela UBS foram adequadamente orientados sobre os riscos do tabagismo, conforme demonstrado na figura 20 a seguir.

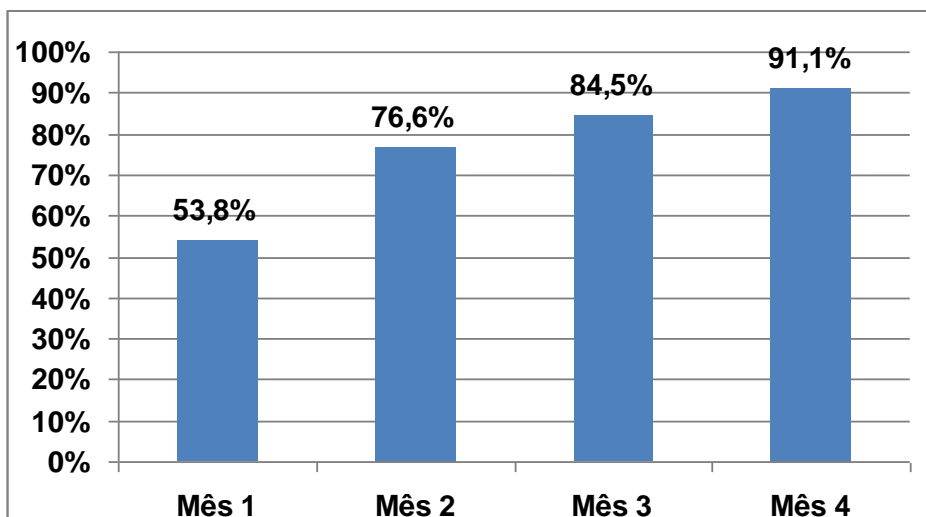


Figura 23 – Gráfico indicativo da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

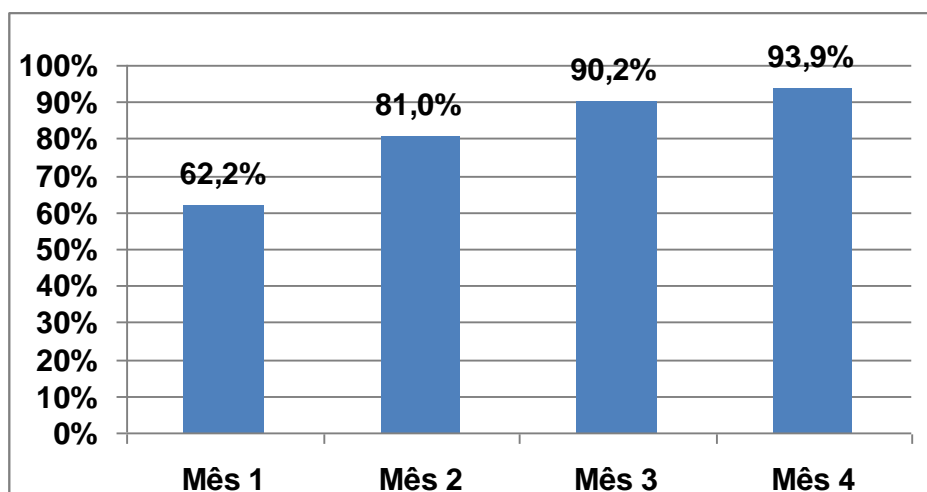


Figura 24 – Gráfico indicativo da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

## 4.2. Discussão

Concluída a intervenção percebo que houve um aumento na cobertura da atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos e melhorias em sua adesão ao programa, a organização e implantação do sistema de monitoramento e avaliação das ações do programa, a qualificação da atenção prestada aos usuários, mediante a capacitação da equipe e definição das atribuições no atendimento prestado, e a maior integração entre esses profissionais. No que se refere à melhoria no atendimento clínico prestado, devo destacar a incorporação às rotinas de

atendimento do programa, do exame físico dos pés dos usuários diabéticos, e da estratificação do risco cardiovascular em ambos os grupos, hipertensos e diabéticos acompanhados pela equipe.

Percebe-se que a realização da intervenção foi de extrema importância para a equipe no que se refere ao envolvimento de todos os seus membros, independente da categoria profissional, em todas as ações desenvolvidas. Isso levou a articulação da equipe e maior integração entre os mesmos no sentido de buscar soluções para os problemas levantados e até mesmo planejar ações para o alcance dos objetivos e metas propostas.

Através do estudo dos protocolos de saúde, a equipe além de capacitar-se e organizar-se para o atendimento, alcançou maior entendimento do porque da realização das ações propostas para o programa. A organização do controle de registros das atividades realizadas, e a implantação do sistema de monitoramento e avaliação de resultados propiciaram a equipe uma ampliação na visualização da adesão dos usuários ao programa e dos resultados obtidos com as ações realizadas, auxiliando sobremaneira o planejamento em equipe.

Ainda nesse sentido percebe-se que, com o estudo em grupo do protocolo, e a posterior atribuição a cada membro da equipe das ações específicas a sua função verificou-se certa descentralização dos papéis, anteriormente centralizados na figura do médico e da enfermeira da equipe, trazendo maior satisfação da equipe ao perceber uma maior valorização de seu trabalho, mediante a definição do importante papel de cada membro na qualidade do atendimento prestado aos usuários.

Com isso, além de se ter diminuído a sobrecarga de atividades desempenhadas por algumas categorias profissionais, com a responsabilização dos membros da equipe multidisciplinar nas ações do programa se percebe um maior comprometimento e envolvimento de todos no sentido de prestar uma atenção integral e de qualidade a esses usuários.

Destaca-se ainda a organização e implantação efetiva pela equipe, especialmente as agentes de saúde, das buscas-ativas programadas que, mediante a articulação entre os membros da equipe, se configurou numa das mais importantes ferramentas na ampliação da cobertura e da adesão dos usuários às atividades realizadas.

No que se refere ao serviço, acredito que desde o início dessa intervenção se pôde dar certas contribuições à gestão e a equipe da UBS, no sentido de auxiliar

na ampliação da visão crítica acerca de pequenas questões que poderiam ser adaptadas ou melhoradas para maior qualidade no serviço prestado. Um exemplo seria ao fazer o levantamento da questão estrutural da UBS onde algumas questões importantes foram levantadas e repassadas a gestão municipal, algumas vezes obtendo um retorno positivo, outras aguardando resultado de acordo com as possibilidades da secretaria de saúde.

Verifica-se ainda que através da organização do programa HIPERDIA, todos os funcionários da UBS conseguiram testemunhar e visualizar a importância de se trabalhar de acordo com os protocolos de saúde, a importância de um sistema de controle de registros, monitoramento e avaliação de dados para a real visualização global dos resultados alcançados pelo programa. Com isso, as outras equipes de ESF da UBS foram sensibilizadas e também iniciaram a organização do programa HIPERDIA em suas áreas de abrangência.

Já em se tratando da comunidade, acredito que mediante a intervenção a equipe da UBS conseguiu aproximar-se um pouco mais de sua população atendida, procurando inseri-la no contexto de atendimento do programa e do serviço. Com isso, algumas pessoas tiveram a oportunidade não somente de conhecer um pouco mais a respeito das patologias para as quais buscam tratamento e acompanhamento de saúde, e entender os motivos da periodicidade estabelecida para cada caso, para a realização dos atendimentos preconizados, das ações e rotinas desenvolvidas junto ao programa, mas também, através das reuniões mensais do grupo HIPERDIA, participar mais de perto de discussões de planejamento dessas ações direcionadas a elas. Mas ainda precisamos alcançar um maior número de pessoas com estas ações de conscientização.

Assim, acredito que essa população esteja alcançando, não somente uma maior autonomia no que se refere ao seu cuidado, especialmente na prevenção de complicações advindas da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, mas também um contato mais próximo e efetivo com a equipe de ESF que a acompanha e, certo engajamento no que se refere às rotinas públicas de atendimento da UBS. Sabemos que nesse sentido ainda há muito que caminhar, mas o primeiro passo já foi dado.

Também se verificou um aumento bastante significativo na cobertura de usuários acompanhados pela UBS, pois com a organização do sistema de busca ativa, muitos usuários que não ainda não estavam cadastrados no programa, o fizeram e agora estão sendo acompanhados. Igualmente aqueles que, apesar de



cadastrados pela UBS, não realizavam o acompanhamento junto ao programa ou estavam faltosos a alguma das atividades propostas, foram localizados e resgatados, conseqüentemente melhorando a sua adesão.

Caso fosse iniciar a intervenção neste momento, tentaria envolver ainda mais os membros da equipe desde seu início, lá na fase da análise situacional e na discussão das metas e objetivos a serem alcançados durante a intervenção, assim, haveria a possibilidade de vislumbrar metas mais cabíveis e focadas na realidade de disponibilidade de tempo dos profissionais para dedicar-se as ações do programa.

Também procuraria trabalhar mais frequentemente e de forma mais clara com nossa população adstrita, as questões relacionadas à organização do programa dentro dos preceitos dos protocolos de saúde, especialmente no que se refere aos critérios para priorização dos agendamentos, pois, devido à falta de entendimento de alguns usuários acompanhados pelo UBS acerca desta priorização aliado ao número reduzido de vagas disponíveis para as consultas programadas, esta questão ainda gera certo desconforto aos membros da equipe multiprofissional de ESF 135. É algo a ser trabalhado de forma gradativa, porém constante no programa.

Com a finalização do processo de intervenção junto ao programa, verificou-se que, pela ocorrência de algumas atividades anteriormente a intervenção, aliado ao empenho e dedicação da equipe em reorganizar o programa, uma parcela significativa das ações propostas pela intervenção junto ao HIPERDIA já foram totalmente incorporadas à rotina da equipe 135 da UBS. Com isso, acredito que sanada a questão da carência de alguns profissionais, hoje em desfalque pela UBS, como o terceiro médico da família, agentes de saúde, recepcionista e a dentista, em licença maternidade durante a intervenção, algumas das ações que neste momento tornaram-se dificultosas ou inviáveis poderão ser resgatadas e também inseridas a rotina de atendimento da equipe.

Assim, dentre as principais melhorias a serem implantadas na ação pode-se citar: uma melhor organização da agenda médica, com disponibilização de um maior número de vagas para consultas programadas, o que possibilita o real atendimento dos usuários dentro da classificação de risco e de priorização preconizada em protocolo de saúde, para tanto, concomitantemente, buscando ampliar a conscientização da comunidade em relação à necessidade dessa priorização e reduzir o descontentamento destes; buscar um envolvimento ainda maior de toda a equipe multiprofissional nas discussões e planejamento a cerca das atividades

desenvolvidas junto ao programa, pelo aumento na frequência de reuniões de equipe, hoje restrita pelo número insuficiente de profissionais para atender a demanda espontânea da UBS, sempre tendo como base de reflexão os resultados obtidos através do sistema de monitoramento e avaliação da participação dos usuários nas atividades propostas; a incorporação da profissional dentista a nova rotina do programa, pela discussão prévia das ações relacionadas à saúde bucal a serem desenvolvidas junto aos usuários do programa, estudo do protocolo pela profissional dentista, elaboração das ações a serem desenvolvidas em sua área de atuação e implantação gradativa das atividades no programa.

Assim, poderemos realmente atender os usuários acompanhados da maneira mais integral possível a uma UBS de ESF, tendo em vista sempre, a ampliação na qualidade de vida dos mesmos.

Mas, como inicialmente a intervenção foi realizada apenas com os usuários residentes na área adstrita a equipe 135 da UBS, sabe-se que esta nova sistematização da atenção prestada ao usuário hipertenso e/ou diabético também deve ser disseminada e incorporada ao trabalho das outras duas equipes de ESF da UBS. Uma destas já vem iniciando gradativamente com a incorporação de algumas ações, especialmente no que se refere ao controle de registros e monitoramento de dados, com grande tendência a conseguir alcançar sucesso muito brevemente na implantação da nova rotina. Porém a outra equipe, por problemas operacionais de carência de profissionais, vem encontrando maiores dificuldades em iniciar com essas mudanças, mas não desanimaremos e, acredito que com a solução destes problemas de desfalque de funcionários conseguiremos homogeneizar a questão da atenção prestada pelas três equipes.

Vencida a organização do programa HIPERDIA pelas três equipes da UBS, o próximo passo vislumbrado seria a extensão desta nova organização para outros programas a serem desenvolvidos pela UBS como o programa de gestantes, hoje desativado por falta de adesão da população, e o programa de puericultura, que apesar de implantando, precisa ser mais bem organizado. Mas para que isso ocorra, precisamos buscar um maior apoio de nossos gestores municipais, e nesse sentido o primeiro passo será a apresentação dos grandes resultados alcançados pela equipe com a intervenção junto ao programa HIPERDIA da UBS Liberdade.

### **4.3. Relatório da Intervenção para gestores**

A intervenção aqui relatada é o resultado de trabalho desenvolvido durante o Curso de Especialização em Saúde da Família, promovido pela Universidade Aberta do SUS, e chancelado pela Universidade Federal de Pelotas no Rio Grande do Sul.

Este breve relatório da intervenção realizada junto ao programa de Atenção aos Usuários Hipertensos e/ou Diabéticos (HIPERDIA) da UBS Liberdade tem como objetivo trazer a seu conhecimento um resumo das ações desenvolvidas durante o período e dos resultados alcançados pela intervenção, tendo em vista a qualificação da atenção prestada aos usuários acompanhados pela unidade.

A referida intervenção ocorreu num período de quatro meses, de outubro de 2013 a janeiro do presente ano, e teve como motivação um levantamento prévio das principais necessidades do serviço de saúde. Na ocasião, verificou-se que, apesar do programa HIPERDIA já estar implantado na UBS a mais de sete anos, fazia-se necessários certos ajustes em sua organização, já que o serviço não dispunha de nenhuma forma de registro das atividades realizadas, ficando as poucas informações do acompanhamento aos usuários restritas ao prontuário médico. Também não havia um maior planejamento da assistência prestada e do fluxo de atendimento, de modo que muitos usuários já participavam do programa a um longo período de tempo, mas ainda não estavam cadastrados. A demanda desse tipo de atendimento é bastante alta na UBS.

Por questões operacionais, a grande demanda de atendimentos na Unidade e o número insuficiente de funcionários para realizar tais atendimentos, a intervenção foi inicialmente realizada apenas pela equipe 135 de ESF da UBS. Mas tendo em vista os excelentes resultados obtidos com a intervenção, a intenção é expandir essas ações para as outras duas áreas de atuação das equipes de ESF da unidade e, algumas atividades já estão sendo iniciadas neste sentido.

No que se refere a qualificação da assistência prestada ao final da intervenção foram verificados excelentes resultados, principalmente no que se refere a equipe. Também não posso deixar de destacar como grandes pontos positivos advindos da intervenção, a organização e implantação do sistema de monitoramento e avaliação dos usuários cadastrados, e da rotina de classificação de risco, através da estratificação de risco dos usuários acompanhados, hoje realizada periodicamente. Isto porque através do controle e avaliação dos usuários

cadastrados junto ao programa a equipe tem conseguido visualizar e analisar de forma mais global a questão da adesão as atividades propostas pelo programa, e a cobertura aos usuários residentes em nossa área adstrita e, de posse desse conhecimento, planejar ações para melhoria na qualidade do atendimento prestado e aumento na adesão e cobertura do programa.

Apesar do prejuízo no atendimento causado pelos desfalques na equipe, por mérito exclusivo do empenho da equipe ao final do período foram visualizados bons resultados, evidenciados pelo alcance de maior parte das metas inicialmente estipuladas, como: melhoria no atendimento clínico, com solicitação de exames complementares em dia, realização do exame clínico em todos os usuários acompanhados e exame dos pés nos diabéticos, prescrição de medicamentos da farmácia do HIPERDIA ou farmácia popular a quase 100% dos usuários atendidos, ampliação da realização de consultas e cadastramento de usuários em domicílio; melhoria no registro das informações coletadas com os atendimentos, com implantação da folha de rosto anexa ao prontuário e da planilha de coleta de dados para acompanhamento da participação dos usuários nas atividades propostas, propiciando aumento nas buscas ativas realizadas pelas agentes de saúde e resgate dos usuários faltosos e no aumento na cobertura do programa.

Por outro lado durante a realização da intervenção constatou-se sérios problemas enfrentados pela equipe no atendimento a grande demanda de usuários de nossa área adstrita. Dificuldades estas tanto no que se refere ao atendimento às demandas programadas quanto à demanda espontânea. O principal destes problemas refere-se ao desfalque de alguns profissionais como o médico da família de uma das 03 áreas adstritas da UBS, agentes de saúde e a recepcionista, que causam sobrecarga dos profissionais da equipe e prejuízos na qualidade e no número de atendimentos programados disponibilizados, uma vez que os funcionários se desdobram para cobrir a demanda das três áreas de abrangência da unidade de saúde, ficando constantemente desgastados e estressados diante de tal situação. Pode-se afirmar que esta questão tem sido a principal causa do prejuízo à cobertura e adesão da população de usuários hipertensos e diabéticos residentes na área 135.

Para que esta situação seja revertida e possamos estender as ações da intervenção para as outras duas áreas de ESF da UBS e futuramente intervir também na organização de outros programas já implantados, precisamos do apoio

de nossos gestores, no sentido de proporcionar a equipe melhores condições de trabalho. Para isso, faz-se necessário inicialmente resolver a questão dos desfalques de funcionários e ampliar o espaço físico da unidade, pela construção de um espaço apropriado a realização das ações de educação em saúde. Hoje, conforme ilustra a fotografia a seguir, as reuniões do grupo HIPERDIA vêm sendo realizadas de forma improvisada na área de espera da UBS, o que prejudica o atendimento concomitante da demanda espontânea, e a adesão dos usuários do programa a esta importante ação de saúde.



Figura 25 – Fotografia da reunião do HIPERDIA, realizada na área de espera.

Apesar dessas dificuldades, pela dedicação e empenho da equipe, temos conseguido bons resultados com as ações desse programa, e a população atendida tem se mostrado satisfeita com a atenção recebida e a qualidade da assistência a eles direcionada. E uma vez que as ações realizadas durante a intervenção ao programa HIPERDIA foram totalmente incorporadas à rotina de trabalho da equipe, agora é dar continuidade ao trabalho, buscando ampliar cada vez mais a cobertura e a adesão dos usuários ao programa, não perdendo o foco principal da qualidade na atenção a saúde prestada pelo serviço.

Mas para que isso possa se concretizar é essencial que a gestão esteja consciente de nossas dificuldades e sempre se empenhe em resolvê-las da forma mais breve e eficiente possível, pois há questões que infelizmente não cabem a nós resolver, por ser papel dos gestores municipais, enquanto responsáveis pelo suporte às unidades de atendimento da atenção básica, sendo com isso, co-responsáveis pela qualidade da assistência prestada à população.

#### **4.4. Relatório da intervenção para a comunidade**

Este relatório, direcionado a toda a população da área de atuação da Unidade de Saúde Liberdade tem como objetivo relatar as ações realizadas pela equipe 135 da unidade, durante a intervenção junto ao programa de Atenção aos Usuários Hipertensos e/ou Diabéticos (HIPERDIA) implantado no local, que teve todas as suas atividades embasadas nos protocolos municipais de saúde elaborados pela secretaria de saúde de Colombo.

Para seu melhor entendimento primeiramente gostaria que soubessem que o programa HIPERDIA já está implantado na unidade de saúde há mais de sete anos. Porém, ao fazer uma breve análise da situação de todos os programas realizados pela UBS, verificou-se a necessidade de uma intervenção no sentido de melhorar a qualidade do atendimento prestado a população pelo HIPERDIA. Percebeu-se com esta avaliação que, para que as ações desenvolvidas pudessem envolver o maior número possível de pessoas que residem em nossa área de atendimento e que são hipertensas e/ou diabéticas, e não estão realizando um acompanhamento de saúde adequado, eram necessários alguns acertos na organização do programa. Esse foi o motivo da intervenção, realizada durante os meses de outubro, novembro, e dezembro de 2013 e janeiro de 2014. Agora desejamos transmitir os excelentes resultados alcançados, aos maiores interessados, a nossa comunidade.

Por questões operacionais, a grande demanda de atendimentos na Unidade e o número insuficiente de funcionários para realizar tais atendimentos, a intervenção foi inicialmente realizada apenas pela equipe 135 da unidade de saúde (UBS), ou seja, neste primeiro momento apenas a população de hipertensos e/ou diabéticos residente na área de atuação desta equipe de estratégia de saúde da família, foi englobada pelas ações da intervenção. Mas, tendo em vista os excelentes resultados obtidos com a intervenção, a intenção é expandir essas ações para as outras duas áreas de atuação das equipes de ESF da unidade, e algumas atividades já estão sendo iniciadas neste sentido.

É essencial ressaltar também que para que essa intervenção obtivesse sucesso algumas restrições e mudanças na rotina de atendimento tiveram que ser realizadas, mas durante sua efetivação acreditamos que a população tenha sido

bem orientada a respeito dos motivos destas adaptações na melhoria da qualidade do atendimento prestado. Ao final da intervenção, fazendo um balanço geral percebemos que o saldo foi bastante positivo e que os resultados alcançados tenham compensado certas dificuldades de adaptação enfrentadas pela população e até mesmo pela equipe da unidade, durante esse percurso.

Dentre os principais pontos positivos da realização desta intervenção podemos pontuar a ampliação da cobertura e da adesão dos usuários acompanhados pelo programa. E acreditamos que o principal motivo desse aumento seja o planejamento, organização e implantação do novo modelo de atenção a esses usuários, todo baseado nos protocolos de saúde. Como resultado do envolvimento de toda a equipe nas ações de orientação, também se verificou uma maior conscientização da população atendida pelo programa e até da comunidade em geral no que se refere à hipertensão e ao diabetes, acerca dos fatores de risco para desenvolvimento das doenças, a importância da realização periódica da verificação da pressão arterial e do hemoglicoteste, o entendimento sobre fatores de risco modificáveis para complicações cardiovasculares, tratamento da doença e a frequência na realização dos procedimentos do programa tendo em vista a situação de risco individual, e a importância da participação nas ações propostas pelo programa.

Para que tudo isso fosse possível, lá no início da intervenção todos os profissionais da equipe estudaram e discutiram em grupo esses protocolos e após passaram por capacitações e treinamentos promovidas pela enfermeira, médico, farmacêutica e nutricionista da equipe, preparando-se para prestar um atendimento eficaz e de qualidade.

Para que o programa pudesse ser melhor organizado foi implantado na unidade um sistema de monitoramento e avaliação da participação dos usuários as atividades propostas. Este acontece através do preenchimento da ficha de acompanhamento de todos os usuários inscritos no programa e o repasse das informações coletadas pelo médico e enfermeira durante as consultas de rotina, para uma planilha de coleta de dados. Com isso, pela avaliação e discussão mensal destes dados, a equipe conseguiu visualizar os resultados alcançados com as ações desenvolvidas, proceder à busca ativa dos usuários faltosos e planejar melhorias para o programa. Esse novo sistema permite ainda a equipe realizar o efetivo rastreamento e busca dos usuários residentes em nossa área e não cadastrados no

programa, ampliando as buscas-ativas da equipe, especialmente das agentes de saúde, e conseqüentemente aumentando a cobertura do programa.

Como já é de conhecimento da comunidade esta unidade de saúde vem enfrentando alguns problemas com o desfalque de alguns profissionais que comporiam a equipe, como agentes de saúde, recepcionista, dentista e médico da família de uma das 03 equipes de ESF. O que dificultou significativamente a realização de algumas das ações planejadas. Com isso, algumas rotinas de atendimento e de agendamento programado tiveram que ser adaptadas a nossa realidade.

Esperamos que essa carência de funcionários seja resolvida o mais breve possível por nossa secretaria de saúde. Contudo, sabemos da necessidade da organização e implantação emergencial de nosso conselho local de saúde, como grande parceiro e fortalecer do serviço na conquista destas e outras melhorias para a unidade de saúde e para os bairros que pertencem à área de abrangência da UBS. Para tanto, é importante que os moradores organizem suas próprias reuniões e encontros de lideranças do bairro com o intuito de se fortalecer e implantar um conselho de saúde que venha a representar nossa comunidade junto às reuniões e encontros do conselho local de saúde. Com isso, será fortalecido o engajamento de nossa população no que diz respeito à discussão e participação nas chamadas “políticas públicas de saúde”.

Com o término da intervenção se observou que as ações propostas já estão implantadas, e quase sua totalidade incorporada á rotina de atendimento da equipe 135 na UBS. Agora é preciso trabalhar para que estas ações possam ser igualmente incorporadas, o mais breve possível, à rotina das outras duas equipes de ESF que compõe o serviço. Para tanto, precisamos do apoio de nossa gestão, na resolução dos problemas operacionais de carência de funcionários, materiais e recursos, mas também de nossa comunidade. Para que possamos além de resolver esta questão, expandir essa nova forma de organização para os outros programas de saúde da UBS como os programas de puericultura, gestantes, e a implantar os programas de planejamento familiar e dos idosos, de grande importância para nossa comunidade.

Para que essas mudanças aconteçam têm se mostrado essencial o engajamento e a participação efetiva de nossa população nas reuniões e discussões em grupo promovidas pela UBS com o intuito justamente de envolvê-la na reflexão sobre questões relacionadas à promoção da saúde e bem estar de todos.



## **5. Reflexão crítica**

Ao finalizar este curso posso declarar seguramente que superei minhas expectativas iniciais, tanto no que se refere a minha qualificação profissional, quanto à contribuição dada pelo projeto de intervenção, em relação ao crescimento profissional da equipe e também à melhoria na qualidade da atenção prestada a população cadastrada junto ao HIPERDIA em nossa área de abrangência, melhoria esta advinda da nova organização do programa.

Acredito que com o decorrer do curso houve um amadurecimento profissional, de minha parte e também de minha equipe de ESF, no sentido que, além de passar a enxergar mais claramente a importância de cada membro da equipe no bom andamento do trabalho desenvolvido, também conseguimos perceber e realmente aceitar a importância da participação de nossa comunidade, especialmente os usuários atendidos pelo programa HIPERDIA, no aperfeiçoamento e na qualificação das ações desenvolvidas, através do levantamento dos anseios dos principais envolvidos e interessados nesse processo, nosso usuário atendido.

Com isso, através dessa constante troca de conhecimentos e de anseios, entre os membros da equipe e a população atendida, conseguimos maior proximidade com nossa comunidade. Hoje buscamos atuar com a maior transparência possível no que diz respeito às rotinas e ações desenvolvidas pela equipe, visando sempre propiciar a compreensão de todos não somente no que se refere às rotinas de atendimento em si, mas também as dificuldades enfrentadas pela equipe na prestação de uma assistência e os meios encontrados para superá-las.

Com isso, hoje conseguimos maior compreensão, respeito e apoio de nossa comunidade no que se refere às decisões, mecanismos de trabalho e rotinas de atendimento adotados em nossa prática diária, e isso tem sido de grande valia na constante busca ao aperfeiçoamento do atendimento prestado.

Dentre as principais conquistas a serem levantadas encontram-se a organização do sistema de controle, monitoramento e avaliação dos dados obtidos junto aos usuários acompanhados pelo programa, a integração e união dos membros da equipe na busca conjunta da qualificação da assistência, o aumento na cobertura e adesão dos usuários residentes em nossa área de abrangência, e especialmente o aumento do conhecimento e entendimento dos usuários no que se refere à Hipertensão arterial, ao Diabetes mellitus e os riscos advindos do mau controle destas doenças. De posse deste conhecimento acredito que hoje alguns destes tenham alcançado maior autonomia no que se refere ao auto cuidado, o controle da doença e melhorias na qualidade de vida.

Hoje, de posse de um maior amadurecimento profissional temos plena convicção de que, para avançarmos ainda mais na qualificação da assistência prestada a nossa população, abrangendo também outros programas de saúde e rotinas da UBS precisamos sim do apoio da gestão municipal, mas independente disto tendo em vista nossa qualificação profissional, capacidade de integração entre a equipe e dedicação de todos, de posse do entendimento da importância de cada um de nós no processo de construção, temos condições de fazer muito mais por nossa comunidade atendida, pois este se trata do verdadeiro sentido do Programa de Saúde da Família.

Nesse sentido, seguiremos cobrando de nossa secretaria as providências cabíveis no que se refere às condições de trabalho da equipe, mas, tendo como base a implantação total na rotina da UBS da nova rotina de atendimento do programa HIPERDIA e o sucesso alcançado com estas mudanças, estamos cientes de que somos os principais agentes de mudança junto ao serviço.

## Referencias

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº 15. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº 16. **Diabetes Mellitus**. Brasília, DF, 2006.

GIUSTI, Carmen Lúcia Lobo et al. Teses, Dissertações, Trabalhos Acadêmicos, Manual de Normas da Universidade Federal de Pelotas, 2006. Disponível em: <[HTTP://www.prg.ufpel.edu.br/sisbi/documentos/Manual\\_normas\\_UFPel\\_2006.pdf](http://www.prg.ufpel.edu.br/sisbi/documentos/Manual_normas_UFPel_2006.pdf)> Acesso em: 05 set. 2013, 17:30:00.

PARANÁ, **Protocolo Municipal de Atenção a Hipertensão Arterial**. Colombo/PR, 2012.

PARANÁ, **Protocolo Municipal de Atenção ao Portador de Diabetes Mellitus Tipo 02**. Colombo, PR, 2010.

Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH), Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia - V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão, São Paulo: Best Point Editora, volume 9, no. 4, 2006.

SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus**. São Paulo: SBD, 2007. 168p. II.

## **Anexos**

### Anexo A - Planilha de coleta de dados

2013\_08\_15 Coleta de dados HAS e DM- silmara (1) [Modo de Compatibil

Início Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição

Calibri 11 Quebrar Texto Automaticamente Mesclar e Centralizar

Área de T... Fonte Alinhamento Número

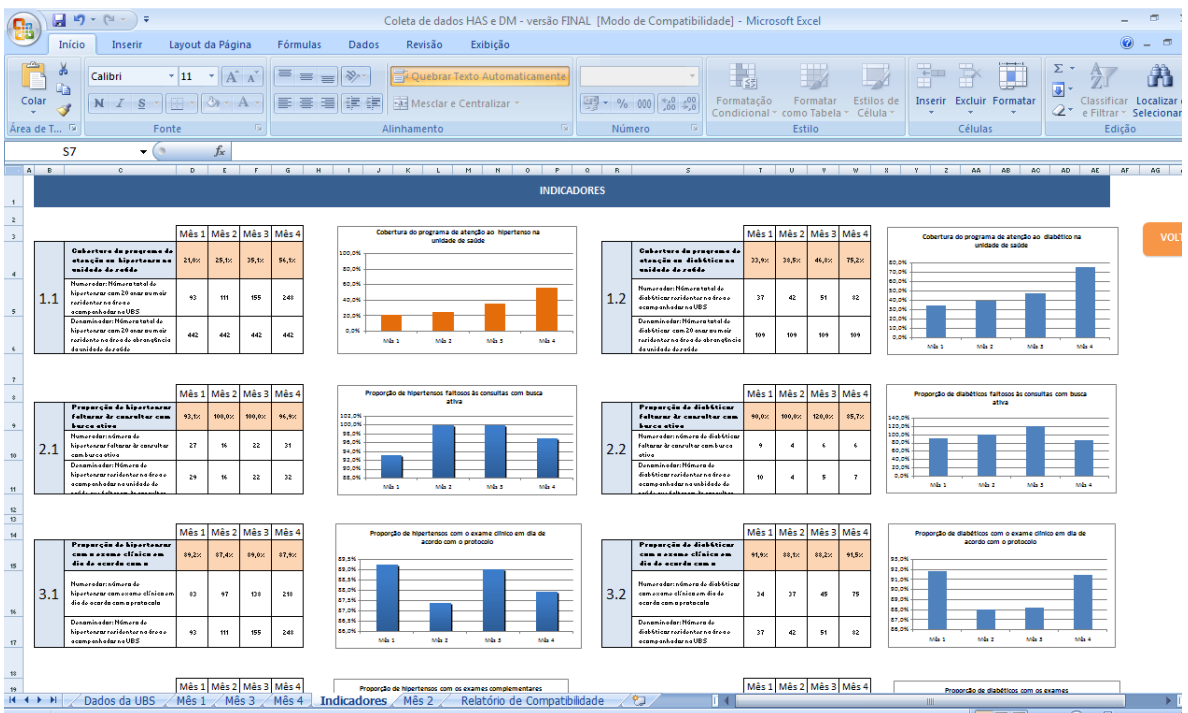
C15 169

Informações da sua unidade de saúde:		Marque com X		OBSERVAÇÕES			
		SIM	NÃO				
Existe protocolo para atenção ao hipertenso ou diabético?		X		Pode ser protocolo da Ministério da Saúde ou de outra instituição.			
É adotado o Caderneto da hipertensão ou diabético?			X	Canidoro o caderneto oficial da Ministério da Saúde.			
Existe requisição específica para a atenção ao hipertenso ou diabético?			X	Além de prantvária, assinale se existe ficha espelha ou fichazembra da Cartão da hipertensão / diabético ou Ficha do Programa de Atenção ao hipertensor.			
É realizada a programação e agendamento das consultas ao hipertenso ou diabético?		X		Canidoro se ao hipertensor ou diabético se informada sobre a data de retorno na unidade de saúde e o agendamento deste retorno (dia e horário).			
As informações são monitoradas regularmente?			X	Canidoro a revisão das fichas (requisitar) para monitorar os hipertensos ou diabéticos faltares.			
É realizada busca ativa dos hipertensos ou diabéticos que não comparecem às consultas?			X	Canidoro se é feita busca ativa (visita domiciliar, telefone, ...) com os hipertensos ou diabéticos para avisar sobre a necessidade de retorno ao serviço de saúde.			
É feita avaliação periódica do programa de atenção ao hipertenso ou diabético?			X	Canidoro se periodicamente (se: mensal, trimestre, semestre ou anual) se darazão reunir e discutir pela equipe.			
Os dados são utilizados para o planejamento das ações?			X	Assinale se o equipe ou a equipe utiliza os dados para subsidiar o planejamento de ações dirigidas aos hipertensos ou diabéticos.			
HIPERTENSOS		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	OBSERVAÇÕES	
Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na unidade de saúde pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção		169				Canidoro se pensar que são <b>APENAS HIPERTENSOS</b> residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao hipertenso. Você pode obter este dado cantando as fichas de hipertensos / fichas espelha / fichazembra.	
DIABÉTICOS		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Canidoro se pensar que são <b>APENAS DIABÉTICOS</b> residentes na área de abrangência da unidade de saúde que frequentam o Programa de atenção ao diabético.	
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na unidade de saúde pelo programa de atenção ao diabético em		45					
Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na território (área de abrangência da unidade de saúde)		217	Canidoro o total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde, independente se frequentam o Programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde ou não. Este dado deve sair do cadastramento da SIAB ou, ando não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.				
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na território (área de abrangência da unidade de saúde)		97	Canidoro o total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde, independente se frequentam o Programa de atenção ao diabético na unidade de saúde ou não. Este dado deve sair do cadastramento da SIAB ou, ando não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.				
*Estimativa no território							
População total		2909	Digite a <b>população total</b> neste célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo das indicadores.				
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da po		1949					
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22,7%) (VIGITEL, 2011)		442	Este seria o número total estimado de <b>hipertensos</b> com 20 anos ou mais residentes na território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C19.				
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (5,6%) (VIGITEL, 2011)		109	Este seria o número total estimado de <b>diabéticos</b> com 20 anos ou mais residentes na território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C20.				

Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores Plan1

2013\_08\_15 Coleta de dados HAS e DM - silmara [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Indicadores HAS e DM - Mês 1												
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está cadastrado no Programa HIPERTENSA?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos da lista do Hiperc ou da Farmácia Popular?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim
1	1	ANL	70	1	1	1	0	1	1	1	1	1
2	2	ARS	69	1	0	1	0	1	0	0	1	1
3	3	ALS	76	1	0	1	0	1	1	1	1	1
4	4	AFCM	73	1	1	1	0	1	1	1	1	1
5	5	AS	55	1	0	1	0	1	1	1	1	1
6	6	AM	52	1	1	1	0	1	1	1	1	1
7	7	AAC	61	1	0	1	1	0	1	1	1	1
8	8	ALS	54	1	1	1	0	1	1	1	1	1
9	9	AMF	60	1	1	1	0	1	1	1	1	1
10	10	A,YF	65	1	0	1	0	1	0	1	1	1
11	11	AMS	54	1	0	1	0	1	1	1	1	1
12	12	AGS	44	1	0	1	0	1	1	1	1	1
13	13	AB	68	1	0	1	0	1	1	1	1	1
14	14	AF	41	1	0	1	0	1	1	1	1	1
15	15	ABP	63	1	0	0	0	0	1	1	1	0
16	16	AS	60	1	1	1	0	1	0	1	1	1
17	17	ACLL	74	1	0	1	0	1	1	1	1	0
18	18	APS	80	1	0	1	1	0	1	0	1	1
19	19	AMA	42	1	0	1	0	1	1	1	1	1
20	20	ARA	69	1	0	1	0	1	1	1	1	1
21	21	A,PL	73	1	1	1	0	1	1	1	1	1
22	22	ANP	90	0	0	1	0	1	1	1	1	1



## **Apêndices**

## Apêndice A – Folder sobre alimentação saudável para hipertensos

UNIDADE DE SAÚDE  
LIBERDADE

### EXEMPLO DE CARDÁPIO PARA UM DIA

#### 07:00h CAFÉ DA MANHÃ

Café com leite desnatado (ou semidesnatado)  
2 fatias de Pão integral com queijo

#### 10:00h COLAÇÃO

Fruta – Ex: 1 maçã

#### 12:30h ALMOÇO (Tempere com o sal de ervas- receita abaixo!)

Arroz, feijão, carne assada, abóbora e salada de alface.

#### 15:30h MERENDA

iogurte Light ou 1 fruta

#### 18:30h JANTAR (Tempere com o sal de ervas- receita abaixo!)

Macarrão com molho de tomate, frango grelhado e salada de cenoura com acelga

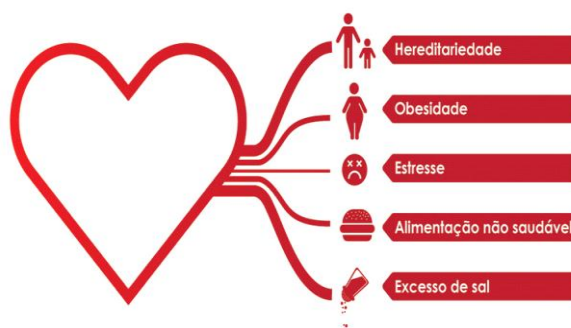
#### 21:30h CEIA

Fruta – Ex: 1 fatia de melão

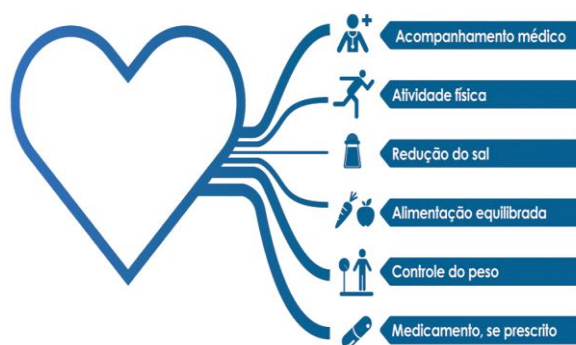
Para: \_\_\_\_\_

## ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL HIPERTENSÃO (pressão alta)

### Causas da hipertensão (pressão alta)



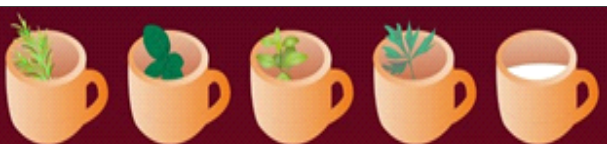
### Como ter uma pressão 12 por 8



Fernanda Magalhães  
Nutricionista CRN 8284

### RECEITA DO SAL DE ERVAS

⇒ Coloque partes iguais (xícaras) de ervas secas:



Alecrim    Manjeriço    Orégano    Salsinha    Sal



- ⇒ Bata tudo no liquidificador
- ⇒ Guarde em um pote de vidro fechado
- ⇒ Utilize no lugar do sal comum

Fonte: Ministério da Saúde; Prefeitura de São Paulo





## ORIENTAÇÕES PARA HIPERTENSÃO (pressão alta)

**O que é Hipertensão?** É a famosa pressão alta, em adultos ela significa que pressão arterial está acima de 14 por 9 (140x90 mmHg). Quando a pressão não é controlada (permanece alta) pode causar diversos problemas cardiovasculares, como ataque cardíaco, derrame cerebral, entre outros...

**Qual tratamento deve ser adotado?** Mudança de estilo de vida (alimentação adequada + atividade física), perda de peso e medicamentos quando necessário (consulte seu médico).

### Como praticar uma alimentação adequada nesta situação?

#### 1\* EVITE OS ALIMENTOS RICOS EM SÓDIO (sal):

- Temperos prontos (industrializados- cubos, pós e em potes)
- Sopa de pacote (industrializada)
- Atum ou Sardinha enlatado
- Miho ou ervilha enlatado
- Macarrão instantâneo (tempero principalmente)
- Salgadinho de pacote
- Salsicha (Vinas)
- Hambúrguer e Carne seca
- Empanado de Frango (industrializado)
- Mortadela, queijos amarelos, presunto e peito de peru
- Bacon e linguiça
- Conservas (pickles, chucrute)

2\* Cuidado para não exagerar no sal quando temperar a comida e EVITE deixar o saleiro na mesa durante as refeições. 1 Kg de sal por pessoa a cada 6 meses é suficiente!

3\* Realize diariamente 3 refeições principais (café da manhã, almoço e jantar), e pequenos lanches saudáveis entre estas refeições (frutas são ótimas opções!).

4\* **Beba bastante líquido** (2 litros ao dia ou 8 copos por dia). Prefira sempre água, pois ela é muito importante para o funcionamento de nosso organismo!

5\* **Controle o consumo de óleo** (1 late de óleo deve durar 1 mês para uma família de 4 pessoas). Para isto faça frituras no máximo 1 vez na semana e use apenas 1 colher de sopa de óleo para cada panela de comida que for cozinhar (arroz, carnes, feijão, legumes).

6\* **Consuma alimentos ricos em fibras:** frutas, vegetais, arroz integral, aveia, biscoitos integrais e pães integrais.

7\* **Evite o consumo de alimentos ricos em colesterol:** carnes gordas (retire a gordura das carnes e a pele dos frangos), leite integral (prefira o SEMIDESNATADO ou DESNATADO), creme de leite, produtos embutidos (mortadela, salsicha, linguiça), e não exagere na manteiga ou margarina).

8\* **Pratique atividade física diariamente**, pois ajuda a controlar a pressão, o peso, diminuir o colesterol ruim e aumentar o colesterol bom. Trinta minutos de caminhada ao dia já ajuda bastante, você pode optar por andar fazer 15 minutos de caminhada pela manhã e mais 15 minutos pela tarde se preferir!

9\* **Prefira os temperos naturais:** cebola, alho, temperos verdes, orégano e manjerição (massas, arroz), curry (frango e molho branco), salsão, salvia, alecrim (peixes, frango), cominho, coentro, páprica (carnes e molho vermelho), louro (feijão), noz moscada (molho branco, carnes) pimenta do reino, pimenta calabresa, alho desidratado, cebolinha desidratada e limão. **Experimente substituir o sal de cozinha pelo sal de ervas** (receita no verso).

10\* **Evite o fumo e as bebidas alcoólicas**, eles contribuem para o aumento da pressão!

## Apêndice B – Folder sobre alimentação saudável para Diabéticos

### EXEMPLO DE CARDÁPIO PARA UM DIA

#### 07:00h CAFÉ DA MANHÃ

Café com leite desnatado ou semidesnatado com adoçante  
2 fatias de Pão integral com queijo ou margarina

#### 10:00h COLAÇÃO

Fruta – Exemplo: 1 maçã

#### 12:30h ALMOÇO

Arroz, feijão, frango assado, berinjela refogada e alface.  
Fruta – Exemplo: 1 laranja

#### 15:30h MERENDA

iogurte ZERO açúcar (Diet) com 1 colher de farelo de aveia.

#### 18:30h JANTAR

Mingau de aveia com adoçante ou 1 prato de sopa caseira

#### 21:30h CEIA

1 copo de leite desnatado ou semidesnatado

UNIDADE DE SAÚDE  
LIBERDADE

Para: \_\_\_\_\_

## ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL PARA DIABETES



Fome e sede  
excessiva



Aumento do  
volume urinário



Rápida perda ou  
ganho de peso



Cansaço e  
Fraqueza



Dificuldade  
para exercer



Difícil cicatrização  
de feridas e  
machucados

### FIQUE ATENTO NESTES SINTOMAS E PROCURE A UNIDADE DE SAÚDE

**Hipoglicemia:** suor, tonturas, tremor, palidez, sensação de fraqueza, formigamento na boca e língua, forte sonolência, visão borrada. **Avisar os familiares que se em casos mais graves como convulsões e desmaios, procurar diretamente o pronto socorro.**

**Hiperglicemia:** aumento da sede, aumento da quantidade xixi, náusea, vômito, dor abdominal.  
O que fazer? Tome bastante líquido (água), descanse e reveja se está seguindo a alimentação adequada para diabetes e tomando os medicamentos como recomendado!

Caso sinta falta de sensibilidade nas extremidades dos pés, piora da visão, dificuldade de cicatrização de pequenos cortes ou feridas, procure seu médico!

Nutricionista  
Fernanda Magalhães  
CRN 8ª Região: 8284

## ORIENTAÇÕES ALIMENTARES PARA DIABETES

\* **Procure manter horários regulares para as refeições. O intervalo entre as refeições deve ser de no máximo três horas.** Faça 3 refeições (café da manhã, almoço e jantar) e mais 2 pequenos lanches por dia (lanche da manhã e lanche da tarde).

\* **Evite comer arroz, macarrão e batata na mesma refeição.** Se for comer algum desses alimentos juntos, edulce as quantidades pela metade (ou menos) de cada alimento.

\* **Fique de olho nos rótulos e NÃO consuma alimentos que contenham como ingredientes: açúcar, glicose, xarope de milho, maltodextrina, letrina, mel.**

\* **Substitua os refrigerantes, sucos industrializados, chocolates, balas e doces em geral pelas versões DIET, SEM AÇÚCAR ou ZERO AÇÚCAR.**

\* **Evite comer bolos, bolachas doces, consuma com moderação pães, bolachas salgadas e sucos naturais.**

\* **Consuma alimentos ricos em fibras** (verduras, legumes, frutas com casca e bagaço, arroz integral, farelo de aveia, biscoitos integrais, pão integral), eles ajudam a controlar o diabetes.

**7\* Não beba bebida alcoólica,** no diabetes o álcool pode causar hipoglicemia, uma condição grave que pode levar ao coma.

**8\* Beba bastante líquido** (6 a 8 copos por dia). Prefira sempre água, pois ela é muito importante para o funcionamento de nosso organismo!

**9\* Controle o consumo de óleo, prefira alimentos grelhados, cozidos ou assados, evite frituras!**

**10\* Pratique atividade física diariamente,** ela também ajuda no controle da glicemia. Trinta minutos de caminhada ao dia já ajuda bastante, você pode dividir em minutos pela manhã e 15 minutos de tarde. Movimente-se!!!

### FIQUE ATENTO

⇒ Os produtos DIET são alimentos que NÃO contêm algum nutriente ou ingrediente (açúcar ou glúten ou proteínas). Normalmente os alimentos DIET são aqueles que NÃO contêm açúcar, porém, é preciso ler no rótulo, na lista de ingredientes, e verificar se contém ou não açúcar.

⇒ Os alimentos LIGHT são produtos que sofrem uma redução de algum nutriente ou de calorias! **Ou seja, ser LIGHT não significa que não tenha açúcar, verifique a lista de ingredientes.**

## Apêndice C - Ficha Espelho



**PREFEITURA MUNICIPAL DE COLOMBO**

**UNIDADE DE SAÚDE LIBERDADE**

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

Data do Início no programa \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Cartão SUS \_\_\_\_\_ Área e micro \_\_\_\_\_  
 Nome completo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Número prontuário \_\_\_\_\_  
 Possui um cuidador? \_\_\_\_\_ Nome do cuidador \_\_\_\_\_ Telefone de contato \_\_\_\_\_  
 Tem HAS? ( ) Sim ( ) Não      Tem DM? ( ) Sim ( ) Não      Tem Dislipidemia? ( ) Sim ( ) Não  
 Está cadastrado no HIPERDIA? ( ) Sim ( ) Não      Há quanto tempo tem: HAS? \_\_\_\_\_ DM? \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_ cm  
 Circunferência abdominal: \_\_\_ cm      Comorbidades \_\_\_\_\_

### MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO

DATA	DATA
AAS 100mg	Glibenclamida 5mg
Anlodipino 5mg	Hidrocloro 25mg
Atenolol 50mg	Losartana 50mg
Captopril 25mg	Metformina 850mg
Digoxina 0,25mg	Metildopa 250mg
Enalapril 10mg	Propranolol 40mg
Enalapril 20mg	Sinvastatina 20mg
Espironolactona	Insulina NPH
Furosemida 40mg	Insulina Regular

### FLUXOGRAMA DOS EXAMES DE ROTINA

DATA DA SOLICITAÇÃO			
Glicemia de Jejum			
*Glicemia pós-prandial			
*Teste de tolerância à glicose			
Colesterol Total			
HDL			
*LDL			
Triglicerídeos			
Creatinina sérica			
Potássio sérico			
Sedimento			
Ácido úrico			
Corpos cetônicos			
*Microalbuminúria			
TSH			
* Hemograma			
*Hemoglobina			
*VCM			
*Plaquetas			
Parcial de Urina			
*Urocultura			
*Proteinúria de 24hs			
Eletrcardiograma			
* Ecocardiograma			
* RX de tórax			

\* Exames complementares, a critério do profissional médico ou enfermeiro.

