

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica
e Diabetes Mellitus na UBS Ana Paulino Medeiros, Areia Branca-RN**

Milkadis Villalon Jacas

Pelotas, 2015

Milkadis Villalon Jacas

Melhoria da atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na UBS Ana Paulino Medeiros, Areia Branca-RN

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Ana Carine Ferreira de Araújo

Pelotas, 2015

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

J12m Jacas, Milkadis Villalón

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS Ana Paulino Medeiros, Areia Branca-RN / Milkadis Villalón Jacas; Ana Carine Ferreira De Araújo, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

100 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Araújo, Ana Carine Ferreira De, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A meus pais.

Agradecimentos

A Deus.

Aos governos de Cuba e do Brasil, por permitir o surgimento de um programa tão maravilhoso como o MAIS MÉDICOS.

A minha orientadora Ana Carine Ferreira de Araújo, por sua dedicação, paciência e ensinamentos.

A meus colegas da Unidade de Saúde Ana Paulino de Medeiros.

À população brasileira, por ser partícipe desta intervenção.

Resumo

JACAS, Milkadis Villalon. **Melhoria da atenção aos usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus na UBS Ana Paulino Medeiros, Areia Branca-RN.** 2015. 100f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O conhecimento da hipertensão arterial e diabetes mellitus é muito importante, porque são fatores de risco importantes para doenças cardiovasculares, principal causa de morte da população brasileira, como cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca, doença cerebrovascular, insuficiência renal e retinopatia. A adequada percepção desses riscos e a necessidade de uma atenção de qualidade obrigam a fazer uma estratégia com medidas de atenção, educação e promoção de saúde, especialmente antes do surgimento de complicações. No Brasil, essa tarefa é específica da Estratégia de Saúde da Família. Esse trabalho teve o objetivo de melhorar a atenção à saúde de usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus na Unidade Básica de Saúde Ana Paulino Medeiros, no município de Areia Branca-RN, com elevação da cobertura do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos para 50%, e melhoria da qualidade. Ocorreu em 12 semanas, e o público alvo foi composto por 478 hipertensos e 192 diabéticos. Ao fim da intervenção, havíamos realizado inclusão no programa de 179 hipertensos (37,4%) e 64 diabéticos (33,3%), sendo que todos passaram por exame clínico apropriado, tiveram registro adequado em ficha de acompanhamento, receberam orientações sobre alimentação, riscos do tabagismo, prática de exercício regular e higiene bucal, e a maioria realizou os exames complementares, teve a prescrição de medicamentos da farmácia popular, e foi avaliada quanto a necessidade de atendimento odontológico. Essa intervenção foi muito importante para a equipe porque a mesma foi capacitada em diversos temas, como os protocolos de atendimento ao usuário com hipertensão e diabetes, tabagismo, avaliação de risco cardiovascular, e permitiu estabelecer as atribuições concretas de cada membro da equipe, alcançando uma integração na realização das ações, com parceria, companheirismo e união entre os membros da equipe. Para o serviço, a intervenção foi muito importante porque tanto o planejamento como a realização das ações foram mais organizados, com o estabelecimento do acolhimento. E para a comunidade, a intervenção teve uma importância imensurável por proporcionar um programa de atenção voltado à saúde dos hipertensos e diabéticos da comunidade, e por permitir a interação da equipe com a comunidade nas diferentes ações de promoção da saúde. Assim, conseguimos de fato melhorar a atenção aos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus na Unidade Básica de Saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Saúde do Adulto; Hipertensão Arterial; Diabetes Mellitus.

Lista de Figuras

- Figura 1 Proporção de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da UBS Ana Paulino de Medeiros, localizada na cidade Areia Branca-RN, 2015. 73
- Figura 2 Proporção de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da UBS Ana Paulino de Medeiros, localizada na cidade Areia Branca-RN, 2015. 74
- Figura 3 Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo da UBS Ana Paulino de Medeiros, localizada na cidade Areia Branca-RN, 2015. 75
- Figura 4 Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo da UBS Ana Paulino de Medeiros, localizada na cidade Areia Branca-RN, 2015. 76
- Figura 5 Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Ana Paulino de Medeiros, localizada na cidade Areia Branca-RN, 2015. 77
- Figura 6 Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Ana Paulino de Medeiros, localizada na cidade Areia Branca-RN, 2015. 78
- Figura 7 Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Ana Paulino de Medeiros, localizada na cidade Areia Branca-RN, 2015. 79
- Figura 8 Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Ana Paulino de Medeiros, localizada na cidade Areia Branca-RN, 2015. 79
- Figura 9 Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física na UBS Ana Paulino de Medeiros, localizada na cidade Areia Branca-RN, 2015. 83
- Figura 10 Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física na UBS Ana Paulino de Medeiros, localizada na cidade Areia Branca-RN, 2015. 84

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEO	Centro de Orientação
EaD	Educação a distância
ESF	Estratégia da Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio em Saúde da Família
RN	Rio Grande do Norte
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	20
2 Análise Estratégica	21
2.1 Justificativa.....	21
2.2 Objetivos e metas.....	22
2.2.1 Objetivo geral.....	22
2.2.2 Objetivos específicos e metas	22
2.3 Metodologia.....	24
2.3.1 Detalhamento das ações	24
2.3.2 Indicadores	52
2.3.3 Logística.....	58
2.3.4 Cronograma.....	64
3 Relatório da Intervenção.....	66
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	66
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	69
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	70
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	70
4 Avaliação da intervenção.....	72
4.1 Resultados	72
4.2 Discussão.....	85
5 Relatório da intervenção para gestores	88
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	92
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	94
Referências	96
Anexos	97

Apresentação

O presente trabalho é resultado das atividades realizadas durante o Curso de Especialização em Saúde da Família, da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), na modalidade de educação a distância (EaD), através do Ministério da Saúde, que culminaram numa intervenção para melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na Unidade Básica de Saúde Ana Paulino de Medeiros, no município Areia Branca-RN. O volume está organizado em sete capítulos. No primeiro capítulo do volume consta a análise situacional, desenvolvida na unidade 1 do curso, que consiste na descrição da Unidade de Saúde, nos aspectos de infraestrutura, equipe de saúde, e rede assistencial disponível no município. No segundo capítulo é apresentada a análise estratégica, que revelou o projeto de intervenção elaborado ao longo da unidade 2 do curso. O terceiro capítulo apresenta o relatório da intervenção, produzida na unidade 3, que foi a intervenção propriamente dita. No quarto capítulo encontra-se a avaliação da intervenção, com os resultados e discussão, construídos ao longo da unidade 4 do curso. O quinto e sexto capítulo se referem aos relatórios para gestores e comunidade, respectivamente, e o sétimo capítulo traz a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. No final, têm-se as referências e os anexos utilizados.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Eu trabalho na Unidade Básica de Saúde Ana Paulino Medeiros, localizada na entrada da cidade de Areia Branca-RN. A equipe de saúde está formada por Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), que são responsáveis pelo acompanhamento de pequenas áreas dentro do território da Unidade, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um odontólogo, uma médica, técnica de saúde bucal, recepcionista, auxiliar de limpeza, farmacêutica.

A unidade tem uma estrutura física muito boa, tem uma sala de espera, uma recepção, sala de arquivo, sala de vacinação, consultório odontológico, consultório médico, farmácia, sala de curativo, expurgo, cozinha, sala de esterilização. Só tem algumas dificuldades com o abastecimento de medicamentos na farmácia, que em algumas ocasiões não tem disponibilidade, principalmente de antibióticos e anti-inflamatórios, mas neste caso a equipe trabalha em função de melhorar a saúde da população, indicando tratamentos alternativos para cada doença, utilizando a medicina tradicional e natural em diferentes variedades, como fitoterapia, hidroterapia, hidromassagem e digito pressão. A população, apesar da carência dos medicamentos, acolhe bem estas práticas alternativas, que na maioria das vezes não são aplicadas para todas as doenças, mas resolvem algumas como hipertensão arterial, diabetes mellitus, microangiopatias, hemorroidas, e outras mais.

Além disso, efetuam-se atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, realizando atividades em diferentes cenários como escolas, comunidade, com integração e participação das pessoas. Por exemplo, nas escolas depois da intervenção da equipe com palestras, os alunos fazem representações do tema tratado, fazendo o papel de médico e paciente. E assim interagem com o pessoal de saúde e interpretam de maneira mais fácil o objetivo da palestra.

O horário de trabalho é de 8:00 até 12:00 horas. Logo, no horário da tarde, de 14:00 até 17:00 horas, fazemos as visitas domiciliares, onde só participava uma técnica de enfermagem, o motorista e eu. Os agentes de saúde não participavam nas visitas domiciliares, havendo desorganização do trabalho, pois muitas vezes eu ia para casa do paciente e muitos nem sabiam da visita, outras vezes não sabiam explicar a doença que tinham. Os prontuários médicos ficavam incompletos, o paciente não tinha uma ficha médica, não eram avaliados os membros do núcleo familiar, porque se a visita era agendada para uma pessoa específica, as outras não eram vistas. Mas nós não podemos ver essa pessoa como um ser isolado, e temos que avaliar o ambiente em que atua e o ambiente familiar. Este aspecto foi tratado seriamente em uma reunião de equipe e a situação tem melhorado muito. Agora existe maior organização porque os agentes de saúde fazem as visitas comigo, os prontuários das famílias estão organizados, e fizemos uma correta avaliação do risco da área onde foi feita a visita. Por exemplo, identificamos que nessa área existe alto risco de acidentes porque as casas têm limitações arquitetônicas sem proteção, como escadas, buracos, barraca de vendas, etc.

Na reunião da equipe, que é feita todos os meses, discutem-se casos de interesse para a equipe, alguma situação existente na área, algum caso clínico visto e que acarretou preocupação, e se traçam estratégias de trabalho. Em minha área tenho uma casa de repouso para idosos onde trabalho uma vez ao mês. Lá também fazemos atividades de promoção à saúde para melhorar suas condições, e para que saibam sobre suas doenças. Além disso, na unidade fazemos encontros com o Núcleo de Apoio em Saúde da Família (NASF). Temos um grupo de tabagismo e fazemos atividades orientadoras de promoção de saúde, fazendo palestras duas vezes por semana, onde o principal tema é a necessidade de parar de fumar, explicando os riscos que tem para a saúde. As pessoas fumantes são avaliadas por uma equipe multidisciplinar, integrado por cardiologista, psicólogo, pneumologista, clínico geral (para avaliação de patologia que tenha além do tabagismo). O objetivo é fazer ações encaminhadas para que o paciente deixe o mau hábito.

Na Unidade Básica de Saúde (UBS) atende-se uma população de 2.700 habitantes, distribuídos em 350 famílias com um perfil social de classe média baixa, com alta incidência de doenças crônicas de transmissão digestiva e de doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão e diabetes.

Atendemos aos programas de Saúde da mulher, Saúde do Homem, Atenção ao Idoso, saúde mental, crescimento e desenvolvimento das crianças, atenção ao pré-natal e atenção às doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis.

Não existe na minha UBS participação da comunidade nas decisões de saúde por que até agora não foi criado o conselho local de saúde, mas está sendo planejada a constituição de um conselho local para trazer a participação popular a fim de discutir assuntos de interesse da população e garantir um engajamento público, e para que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) funcione realmente com vínculo entre o setor saúde e a comunidade, estabelecendo-se uma melhor relação entre nós, trabalhadores de saúde, e os usuários.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município Areia Branca, localizado no interior do estado Rio Grande do Norte, conta com uma população de 25.263 habitantes, com uma densidade de população de 70,6/km², de acordo ao censo populacional realizado no ano de 2010, e com uma estimativa de 27.115 habitantes para o ano de 2014 (IBGE, 2010).

O sistema de saúde municipal conta com instituições de saúde públicas e privadas. Há 10 Unidades Básicas de Saúde, quatro localizadas em zona rural e seis em área urbana, três delas apresentam Estratégia de Saúde da Família e sete são UBS tradicionais. Há um hospital municipal, onde se oferecem atendimentos de urgência com classificação de risco e observação, realização de exames de Raios-X, farmácia, laboratório clínico. Devemos destacar que a disponibilidade da realização de exames complementares é insuficiente, assim acontece com a realização de exames de Raios-X. Isto dificulta muito a qualidade da atenção ao paciente, que muitas vezes tem que ir ao serviço particular, onde o preço é muito alto, ainda mais se tratando de uma população carente, com recursos escassos, que precisa de um atendimento de qualidade com todos os benefícios que o Sistema Único de saúde (SUS) oferece. Há uma Farmácia Popular e uma Farmácia do Trabalhador. Da mesma forma, a disponibilidade de medicamentos na farmácia básica é insuficiente, sobretudo de antibióticos e anti-hipertensivos, e as pessoas se veem obrigadas a ir às farmácias particulares, onde o custo é bem elevado. Existe uma equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família, que está estreitamente

vinculado com o trabalho da Atenção Básica, realizando reuniões e atividades na comunidade.

Não existe disponibilidade de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) no município, tampouco existe a disponibilidade de atenção especializada, porque a maioria dos especialistas como ortopedista, nefrologista, cardiologista, neurologista, otorrino, etc., fazem as consultas em Mossoró, município vizinho. A população tem que agendar as consultas na secretaria de saúde, esperar às vezes até um mês e meio para poder ser avaliado, e mais difícil ainda é o retorno de qualquer das especialidades no caso de uma cirurgia feita e que precise de nova reavaliação.

A UBS Ana Paulino Medeiros, localizada na entrada do município, pertencente à zona urbana, tem o modelo de atenção pautado na ESF, e pertence à prefeitura. Oferece-se atendimento à população em dois turnos, não funcionando no horário noturno porque não tem estrutura de pronto-socorro. São realizadas ações de ensino, pois a UBS funciona como campo de estágio de turma de enfermagem, de ensino superior e técnico, e de serviço social. A equipe de saúde está constituída por uma médica, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um odontólogo, uma assistente de saúde bucal, oito agentes de saúde, uma farmacêutica e uma recepcionista.

A estrutura física da UBS é muito boa. É composta por uma sala de espera, uma recepção, sala de arquivo, sala de vacinação, consultório odontológico, consultório médico, consultório de enfermagem, farmácia, sala de curativo, expurgo, cozinha e sala de esterilização. As paredes são lisas para permitir uma correta lavagem, o piso é rugoso para evitar deslizamentos, e há barreiras arquitetônicas, como escadas e degraus, mas estão bem protegidos para evitar acidentes e facilitar o acesso e mobilidade de pessoas deficientes ou incapacitadas.

Há algumas dificuldades que atrapalham nosso processo de trabalho, como a baixa disponibilidade de medicamentos. Para contornar, usamos tratamentos alternativos na unidade, como as técnicas de relaxamento, a técnica terapêutica da medicina tradicional, hidroterapia, fitoterapia e outras técnicas de medicina natural. Não é suficiente, pois existem patologias que requerem ação imediata de um medicamento industrial, mas é uma alternativa.

Os profissionais de saúde da Unidade desempenham um trabalho importante como equipe, para garantir uma boa atenção, e cumprem com as atribuições estabelecidas pela Portaria nº 2.488/2011 (BRASIL, 2011), como mapeamento e

territorialização da área, identificação do perfil populacional, de problemas de saúde e situações de risco às quais a população está exposta, busca ativa de casos, visitas domiciliares (exceto o odontólogo), reuniões de equipe, gerenciamento de insumos, notificação de doenças, investigações de óbitos, entre outras atribuições.

A unidade mantém estreito vínculo com três escolas, duas creches e uma casa de idosos, localizadas na área de abrangência, onde realizamos atividades de promoção de saúde. Ainda não fazemos busca dos faltosos às consultas, pois está faltando melhor organização do trabalho e busca na comunidade de pessoas e parceiros que possam potencializar ações de interação com a equipe. A participação do odontólogo nas ações da UBS precisa ser aumentada.

Existe um mapa de área de abrangência que foi confeccionado no ano 2013, com 100% de cadastro. A população totaliza 3.282 usuários, com predomínio da população feminina (1.826), sobre a masculina (1.256), estando adequado para o tamanho da equipe de saúde. Temos o total de 74 crianças menores de cinco anos, que são acompanhadas na unidade, das quais 36 são menores de um ano de idade, e temos um total de 2.896 adultos e 214 pessoas idosas que são acompanhadas.

O acolhimento aos usuários acontece diariamente, e todas as necessidades são acolhidas e escutadas num tempo de cinco a 10 minutos. Desse processo participam o médico, a enfermeira, os agentes de saúde, o odontólogo, enfim, a equipe completa. Uma vez feito o acolhimento, cada paciente é orientado a dirigir-se segundo suas necessidades, seja odontológica, médica, sala de curativos, vacinação, etc. Os usuários não agendados e que solicitam consulta também são escutados e orientados sobre o sistema e organização do trabalho. A maioria dos usuários não agendados solicita o atendimento médico, mas às vezes procuram a enfermeira e o odontólogo. Às vezes existe excesso de demanda, mas os casos são muito bem avaliados, e as urgências, que precisam atendimento imediato, são solucionadas.

A atenção à saúde da criança é realizada pela equipe de saúde de maneira sistemática, tanto pelos ACS, quanto por médico, odontólogo, enfermeira e técnica de enfermagem. Realizamos atendimento às crianças até 72 meses, como estabelece o Manual de Atenção às Crianças, do Ministério da Saúde (MS). As consultas de puericultura são feitas um dia na semana, todas as quartas-feiras em dois turnos de atendimento. Em cada consulta é preenchida a caderneta da criança, com avaliação dos dados de interesse, peso, altura, desenvolvimento da criança, e

todas as orientações são dadas. A criança não sai com a próxima consulta agendada, mas isto já está sendo discutido em reunião de equipe. Não há um arquivo específico para os registros, não realizamos atividades de educação em saúde com as mães, e não realizamos planejamento ou monitoramento das ações.

De acordo com os registros do cadastro da população, todas as crianças menores de um ano residentes na área são acompanhadas na UBS, que são apenas 36. Apesar disso, o total estimado no Caderno de Ações programáticas (CAP) é de 48 crianças, o que confere uma cobertura de 75%. Quanto à qualidade, pode-se avaliar como boa. Temos 78% das crianças com consultas em dia, de acordo com o protocolo do MS, 81% das crianças o realizaram até sete dias de vida. Do total de crianças acompanhadas, 28 assistiram a sua primeira consulta até os primeiros sete dias de nascido, o que corresponde a 78%, graças às ações feitas nas primeiras visitas domiciliares; 94% das crianças estão com vacinas em dia; e todas as crianças realizaram triagem auditiva, avaliação de saúde bucal, e suas mães receberam orientação para aleitamento materno exclusivo e para prevenção de acidentes. Apenas 86% tiveram o crescimento e o desenvolvimento monitorados na última consulta.

Os ACS fazem busca das mães faltosas, para saber o motivo da falta e agendar nova data para consulta. Devemos trabalhar para que não exista nenhum atraso, orientando mais as mães sobre a importância da puericultura, garantindo o agendamento do retorno, e orientando sobre a importância de fazer o teste de pezinho até os sete dias.

A atenção às gestantes e puérperas na UBS também é feita por parte de toda a equipe de saúde, seguindo protocolo do Ministério da Saúde. As consultas são feitas todas as quintas-feiras, em dois turnos de atendimento. Em cada consulta é preenchido o cartão de gestante e são dadas as devidas orientações, tudo registrado em prontuário clínico. Não há um arquivo específico para registros de pré-natal e puerpério, e não realizamos planejamento ou monitoramento das ações. As grávidas não saem com a próxima consulta agendada, mas isto está sendo discutido em reunião da equipe para garantir o agendamento automático. São realizadas atividades de grupo no âmbito da UBS e da associação comunitária, participando toda a equipe.

O indicador calculado pelo CAP indica uma cobertura de 77% no pré-natal, de um total estimado de 49 gestantes. Mas de acordo com os registros de

cadastro de usuários, residem na área de abrangência 38 gestantes, e todas são acompanhadas na UBS, por isso, avaliamos a cobertura como boa. De acordo com os indicadores, a qualidade do pré-natal é razoável. Todas as gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, com solicitação dos exames laboratoriais preconizados na primeira consulta, realizaram exame ginecológico por trimestre, e receberam orientações sobre aleitamento materno exclusivo. Do total de acompanhadas, 92% das gestantes estão com as consultas em dia de acordo com o calendário do ministério da saúde, 89% receberam vacina contra hepatite B conforme protocolo, 82% foram avaliadas quanto à saúde bucal, 68% receberam prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo, e 42% receberam vacina antitetânica conforme protocolo.

A qualidade da atenção ao puerpério também é razoável, pois 94% delas se consultaram antes dos 42 dias pós-parto, tiveram a consulta puerperal registrada, receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, aleitamento materno exclusivo e planejamento familiar, tiveram as mamas e o abdome examinados, e realizaram o exame ginecológico. Delas, 78% tiveram seu estado psíquico avaliado e apenas 58% foram avaliadas quanto a intercorrências.

Existem alguns aspectos do processo de trabalho que podem ser melhorados para ampliar a cobertura e a qualidade de atenção pré-natal, por exemplo, garantir o agendamento automático das consultas para garantir que as usuárias retornem ao pré-natal, aumentar as atividades de promoção de saúde para orientação de hábitos alimentares e importância da realização do pré-natal, garantir as avaliações das intercorrências, para que todas as gestantes e puérperas sejam avaliadas psicologicamente.

Os programas de prevenção do câncer de mama e colo de útero seguem as orientações de manuais do Ministério da Saúde. Participam das ações em nossa UBS, o médico, a enfermeira e os agentes de saúde. Destinamos a terça-feira de manhã para a atenção integral à mulher, com atividades diversas, começando com orientação, onde se expõem todos os fatores de risco, tanto do câncer de colo de útero e de mama, classificando-os em modificável e não modificável, e trabalhando diretamente sobre aqueles que são modificáveis, como o tabagismo, a má alimentação, obesidade, a exposição a fatores ambientais, consumo de álcool etc. Realizamos o rastreamento para câncer de colo de útero e de mamas, que consiste em oferecer as mulheres nas idades entre 25-59 anos que já tiveram atividade

sexual a possibilidade da realização do preventivo a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com intervalo de um ano, conforme estabelece o programa nacional de câncer de colo de útero. Apesar disso, não há um planejamento ou monitoramento das ações nos programas.

A coleta do exame citopatológico é realizada uma vez por semana, pela enfermeira, e em algumas ocasiões pelo médico, seguindo o protocolo do Ministério da Saúde. Os atendimentos são registrados em livro de registro, com data de realização e o resultado do exame, que é verificado trimestralmente pela enfermeira, para conhecer os resultados alterados, completar alguns dados pendentes e ver as mulheres com atraso. No caso de câncer de mama, realiza-se indicação de mamografia de forma sistemática, preventivamente, para as mulheres a partir dos 40 anos de idade, e para as mulheres de risco, com história familiar de câncer, a partir dos 35 anos de idade, conforme estabelece o programa. As solicitações são registradas em livro específico, também verificado trimestralmente pela enfermeira ou médica.

A cobertura do programa de prevenção do câncer de colo de útero ainda é razoável, chegando a 88%, com 726 mulheres acompanhadas, de um total estimado de 823. Quanto à qualidade, há indicadores que precisam ser melhorados. Todas as mulheres foram orientadas sobre doenças de transmissão sexual e prevenção do câncer de colo de útero, mas apenas 71% estão com o exame de colo em dia e com avaliação de risco para câncer de colo, e tiveram exames coletados com amostras satisfatórias. Apenas 4% amostras apresentaram células representativas da junção escamo colunar, e um número considerável (8% das mulheres) tiveram o exame citopatológico para câncer de colo de útero alterado. No programa de prevenção do câncer de mama a cobertura também é razoável, com 80%, com 195 mulheres acompanhadas, das 245 estimadas pelo CAP, e os indicadores de qualidade também precisam ser melhorados, pois apenas 69% das mulheres tem mamografia em dia e estão com avaliação de risco para o câncer de mama, enquanto há 31% com mais de três meses de atraso. Todas foram orientadas quanto à prevenção do câncer de mama.

Precisamos investir para que as mulheres que ainda não realizaram o preventivo, vão à unidade no dia indicado para realizá-lo, e utilizar outros métodos de divulgação sobre os fatores de riscos, sinais e sintomas do câncer de colo de útero e mamas. Para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do controle do

câncer de mama em nossa área, devemos aumentar as ações de rastreamento para garantir que as mulheres que tem idade de realizar a mamografia façam sem dificuldade, e para isso vamos estreitar mais o contato com a secretaria de saúde para garantir que não exista dificuldade com o agendamento. Além disso, devemos aumentar as ações educativas, falar mais sobre a realização do autoexame das mamas, para que as mulheres, uma vez identificado alguma sinal em seu corpo, assistam a consulta na maior brevidade possível.

A atenção aos usuários hipertensos e diabéticos realiza-se um dia na semana em um turno de atendimento, tanto pelo médico como pela enfermeira, seguindo os protocolos do MS, mas não saem com a consulta de retorno agendada. O registro dos atendimentos a esse grupo é feito em prontuários clínicos, na ficha de procedimentos e atendimento individual e ficha odontológica. Não há um arquivo específico para registros desses atendimentos, apenas um relatório da situação de saúde e acompanhamento das famílias na área, feito pela equipe, o qual possui registradas informações sobre os diabéticos e hipertensos, e outro grupos acompanhados na unidade. Não há planejamento e monitoramento sistemático das ações realizadas com esse grupo. As ações de educação em saúde também são realizadas em grupos, no âmbito da UBS ou da associação de moradores. É preciso realizar ações para conseguir uma maior participação dos usuários nos grupos, para que eles sejam capazes de identificar seus fatores de riscos e modificá-los, para garantir uma melhor qualidade de vida.

Atualmente, o total de usuários que fazem acompanhamento na Unidade é de 251 hipertensos e 73 diabéticos. Isso nos dá uma cobertura baixa do programa, com apenas 37% de hipertensos e 38% de diabéticos atendidos, considerando o total estimado pelo CAP de 680 hipertensos e 194 diabéticos. Isto se deve ao fato de que muitos usuários trabalham em outros municípios, e não realizam acompanhamento, outros são atendidos em clínicas privadas ou em outra Unidade de Saúde de sua preferência.

Na avaliação da qualidade da atenção aos hipertensos, os indicadores indicam que todos foram orientados quanto a prática de atividade física regular e alimentação saudável, 74% estão com a avaliação de saúde bucal em dia, 45% estão com exames complementares periódicos em dia, e 9% está com atraso da consulta agendada em mais de sete dias. Conseguiu-se realizar estratificação do risco segundo critério clínico em 84% dos hipertensos, o que demonstra o trabalho

com a identificação dos fatores de risco cardiovascular para trabalhar com um melhor enfoque e prevenir complicações.

No caso dos diabéticos, 62% dos pacientes estão com acompanhamento em dia, tiveram a estratificação do risco cardiovascular realizada, com realização do exame físico, incluído a palpação dos pulsos e exame da sensibilidade dos pés nos últimos três meses. Mas 38% dos pacientes diabéticos estão com atraso em consulta, o que pode ser justificado pelo fato de que a maioria dos pacientes trabalham em outro lugar, e só retornam à noite para as suas casas, apesar de serem buscadas pelo ACS. Todos receberam orientação sobre prática de atividade física regular e alimentação saudável, mas apenas 22% estão com os exames complementares periódicos em dia, devido às dificuldades que existe no município para a realização de exames, e 29% estão com avaliação de saúde bucal em dia.

A atenção aos idosos na UBS se dá em dois dias na semana, um dia nos dois turnos, e outro dia num único turno, seguindo manual do MS, produzido em 2010. Em cada dia de atendimento de idoso, acontece uma palestra ou mostramos vídeos de como melhorar a saúde, seguindo os 10 conselhos básicos para melhorar a saúde dos idosos. Os atendimentos são feitos pelo médico, enfermeira, odontólogo, enfim, por toda a equipe de saúde, mas os idosos não saem com a próxima consulta programada agendada. De modo geral, desenvolvem-se ações como imunização, promoção de atividade física e hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal, e promoção da saúde mental. Também são feitos atendimentos em domicílio aos idosos, pela médica, técnica de enfermagem e agentes de saúde. Realizamos assistência também numa casa de idosos de nossa área de abrangência, junto com um nutricionista, um reabilitador físico e um psicólogo.

Não temos arquivo específico para os registros dos atendimentos aos idosos, o que impede verificar idosos faltosos ao retorno programado, mas os atendimentos e informações são registrados nos prontuários clínicos, na ficha de atendimento odontológico e ficha de atendimento individual, e na caderneta de idoso, esta última preenchida pelos agentes de saúde na visita domiciliar e por qualquer membro da equipe quando vão à consulta. Também não realizamos planejamento e monitoramento das ações de modo sistemático.

Segundo nosso registro de cadastro, temos um total de 283 idosos residentes na área de abrangência, mas temos feito acompanhamento de 214 apenas, o que corresponde a uma cobertura ainda baixa. Segundo estimativas do CAP, temos uma

cobertura de 60%, considerando um total estimado de 355 idosos na área. Avaliando os indicadores, observa-se que a qualidade do atendimento também é insuficiente. Todos receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e realização de atividade física regular, mas apenas 54% estão com acompanhamento em dia, e receberam atendimento odontológico, que corresponde ao total de idosos hipertensos. A maioria dos idosos não têm caderneta, apenas 39% deles, e isto se deve à falta de gestão, para proporcionar a esta população a Caderneta, necessária para preencher dados importantes. Temos um registro dos idosos que recebem cuidado domiciliar, que são apenas 12, e que, como os idosos da casa de retiro, que são 22, tiveram a investigação de fragilização na velhice realizada, assim como a avaliação multifuncional rápida, e a avaliação de risco para morbimortalidade, conferindo um percentual também baixo (de 16%) a esses três indicadores.

Temos que envolver toda a família nos cuidados e atenção aos idosos, aumentar as atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças, oferecendo os conselhos básicos para melhorar a saúde dos idosos, assim como implementando ações de incentivo a hábitos saudáveis de vida.

Na atenção à saúde bucal, a equipe de saúde bucal atua todos os dias da semana, de segunda a sexta, e são oferecidos serviços que incluem desde procedimentos simples, como avaliação da cavidade bucal, limpeza, aplicação de flúor, até procedimentos de média complexidade, como restauração, extração, colocação de próteses, realização de Raio-x, além da realização de atendimentos de urgência. Os atendimentos são programados, com 12 atendimentos diários, mas há sempre vagas para atendimento de urgências odontológicas. Nas segundas-feiras são atendidas gestantes e crianças, nas terças-feiras são atendidos hipertensos e/ou diabéticos e idosos, nas quartas-feiras ocorrem as visitas domiciliares, juntamente com a equipe, quinta-feira é destinada à demanda livre, e nas sextas-feiras realizam-se ações de saúde no âmbito da UBS, comunidade, escolas, creches, centros de trabalhos, para orientação sobre a importância da saúde bucal e fatores de riscos para câncer bucal e infecções, entre outros temas. Além da ficha de atendimento odontológico individual, existe um livro de atendimento odontológico para registro de atendimentos aos grupos priorizados.

Durante esse processo de análise situacional, nossa unidade venceu grandes desafios, como o de fazer o cadastro geral da população com prontuário das famílias, e o de discutir para que crianças, gestantes e idosos saiam da consulta

com a próxima já agendada, a vinculação da odontóloga nas atividades da equipe, e a participação da equipe nas visitas domiciliares. Mas ainda existem outros desafios e dificuldades, como o desabastecimento de medicamentos na farmácia, principalmente de antibióticos e anti-inflamatórios. Apesar disso, a equipe utiliza estratégias para melhorar a saúde da população, indicando tratamento alternativo para cada doença, utilizando a medicina tradicional e natural em diferentes variedades, como fitoterapia, hidroterapia, hidromassagem e digito pressão. No final, continuamos trabalhando com resolutividade para garantir o melhor atendimento com qualidade a nossos usuários, e esse é nosso melhor recurso.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Fazendo uma análise comparativa entre o texto inicial e o relatório de análise situacional, podemos dizer que antes existiam muitas questões que dificultavam a qualidade da atenção. Por exemplo, antes os agentes de saúde não participavam das visitas domiciliares, havendo desorganização do trabalho, os prontuários médicos ficavam incompletos, o paciente não tinha uma ficha médica, não eram avaliados os outros membros da família, e a visita domiciliar e o atendimento não tinham qualidade. Agora se consegue organizar o trabalho e todos os membros da equipe participam das visitas domiciliares, existe maior organização porque os agentes de saúde e todos da equipe fazem as visitas e os prontuários das famílias estão organizados, e a qualidade melhorou.

Além disso, graças ao relatório, posso ver a atual situação que tem a UBS, os problemas que dificultam a qualidade dos atendimentos, considerando também as ações programáticas de cada grupo, e tendo essas informações vamos ser capazes de mudar a realidade da UBS, estabelecendo uma intervenção para o problema.

Portanto, antes do relatório existiam muitos problemas que ainda não tinham sido identificados totalmente e afetavam a qualidade, mas depois do relatório tivemos a oportunidade de conhecer todos os problemas que atingem nosso trabalho, e de trabalhar para mudar essa realidade e usar ferramentas educativas, pedagógicas, e ideias para fortalecer a qualidade da atenção da população.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O conhecimento da hipertensão arterial e diabetes mellitus é muito importante, porque são fatores de risco para doenças cardiovasculares, principal causa de morte da população brasileira, como cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca, doença cerebrovascular, insuficiência renal e retinopatia. A adequada percepção desses riscos e a necessidade de uma atenção de qualidade obrigam a fazer uma estratégia com medidas de atenção, educação e promoção de saúde, especialmente antes do surgimento de complicações. No Brasil, essa tarefa é específica da Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2006).

Na UBS Ana Paulino Medeiros a população atendida está em torno de 3.280 habitantes, distribuídos em 350 famílias, com um perfil social de classe média baixa, com alta incidência de doenças crônicas de transmissão digestiva, e de doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Atualmente, o total de usuários com HAS e DM é de 478 e 192, respectivamente, considerando o registro do cadastro realizado pelas ACS. Fazem acompanhamento na Unidade apenas 251 hipertensos e 73 diabéticos, o que confere uma cobertura baixa do programa, com apenas 52% de hipertensos e 38% de diabéticos atendidos. A atenção aos usuários hipertensos e diabéticos é realizada por toda equipe, seguindo os protocolos do MS, mas de forma não programática. O registro dos atendimentos é feito apenas em prontuário clínico, não havendo um arquivo específico que permita planejamento e monitoramento sistemático das ações. Além disso, existem atrasos de consultas agendadas e na realização dos exames complementares, e alguns usuários não são avaliados quanto à saúde bucal, e não passam por exame físico completo. Apesar disso, realizam-se ações de orientação sobre prática de atividade física regular e alimentação saudável no

âmbito da UBS e da comunidade, com participação ativa dos pacientes e da equipe do NASF.

Nessa perspectiva, a organização da atenção a esse grupo de modo programático, com registros específicos e monitoramento sistemático, e a qualificação dessa atenção, mostram-se extremamente necessárias, o que revela a relevância da intervenção proposta. Entre nossas maiores dificuldades estão o fato de que muitos pacientes trabalham em outro lugar e só retornam à noite para suas casas, a realização dos exames no município, e a carência de medicações anti-hipertensivas e hipoglicemiantes. Acreditamos que, com o total envolvimento dos membros da equipe e apoio do NASF, que atua de forma integrada, a intervenção vai elevar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção a este grupo, com programação, acesso facilitado e educação em saúde, como estabelecem os protocolos de atendimento.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na UBS Ana Paulino Medeiros, Areia Branca-RN.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1: Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na UBS Ana Paulino Medeiros, no Município de Areia Branca-RN. Participarão da intervenção 478 hipertensos e 192 diabéticos residentes na área de abrangência na USF. No Relatório de Análise Situacional foi estimada uma população de 680 hipertensos e 194 diabéticos, mas durante a construção do projeto, verificamos os dados reais nas fichas de cadastramento das ACS, e decidimos considerá-los para cálculo de nossos indicadores de cobertura.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Metas 1.1: Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento: Serão verificadas semanalmente todas as fichas espelhos para verificar o número de hipertensos incluídos no programa.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.

Detalhamento: Acordar com a equipe o registro nas fichas espelho do Programa e verificar as fichas para avaliar a completude dos dados.

Ação: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.

Detalhamento: Estabelecer com a equipe que todos os usuários portadores de hipertensão arterial que chegarem à unidade básica serão acolhidos por qualquer membro da equipe, mesmo que não tenha consulta agendada.

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

Detalhamento: Solicitar na secretaria de saúde a disponibilidade de material necessário (esfigmomanômetro, manguitos, fitas métricas) para garantir a medição da pressão arterial nos usuários hipertensos.

Engajamento Público

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Detalhamento: Para realizar esta ação serão usados os meios de comunicação disponíveis na comunidade, como rádio e jornal, além de realizar reunião com a comunidade para informar sobre o Programa.

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Detalhamento: Para realizar esta ação serão usados os meios de comunicação disponíveis na comunidade, como rádio e jornal, e serão realizadas ações de promoção à saúde no âmbito da unidade e na comunidade para informar

sobre a importância da medição da pressão arterial uma vez por ano nos maiores de 18 anos.

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Realizar palestras e atividades educativas sobre a importância do rastreamento para DM.

Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Para realizar esta ação serão usados os meios de comunicação disponíveis na comunidade, como rádio e jornal, e serão realizadas ações de promoção à saúde no âmbito da unidade e na comunidade para divulgar os fatores de risco para desenvolver hipertensão arterial e diabetes.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação para o ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

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

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação para as técnicas de enfermagem sobre a verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Meta 1.2. Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento: Serão verificadas semanalmente todas as fichas espelhos para verificar o número de diabéticos incluídos no programa de atenção da unidade de saúde.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: Acordar com a equipe o registro nas fichas espelho do Programa e verificar as fichas para avaliar a completude dos dados.

Ação: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes.

Detalhamento: Estabelecer com a equipe que todos os usuários portadores de diabetes que chegarem à UBS serão acolhidos por qualquer membro da equipe, mesmo que não tenha consulta agendada.

Ação: Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: Solicitar na secretaria de saúde a disponibilidade de material necessário para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Engajamento Público

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Detalhamento: Para realizar esta ação serão usados os meios de comunicação disponíveis na comunidade, como rádio e jornal, além de realizar reunião com a comunidade para informar sobre o Programa.

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de monitorar a diabetes mellitus com medição da glicose pelo menos anualmente.

Detalhamento: Para realizar esta ação também serão usados os meios de comunicação disponíveis na comunidade, como rádio e jornal, além serão realizadas ações de promoção de saúde no âmbito da unidade e na comunidade para informar sobre a importância do monitoramento da diabetes ao menos uma vez por ano.

Ação: Orientar na comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Realizar palestras e atividades educativas sobre a importância do rastreamento para DM.

Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Realizar palestras e atividades educativas sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação para o ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

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

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação para as técnicas de enfermagem para a realização de forma criteriosa dos hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

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

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos.

Detalhamento: Verificar semanalmente nas fichas espelho a realização do exame clínico apropriado dos usuários hipertensos.

Organização e gestão do serviço

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos.

Detalhamento: Realizar reunião da equipe para delimitar as funções e atribuições de cada membro na realização do exame clínico integral dos usuários hipertensos.

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

Detalhamento: Realizar as reuniões de capacitação com base no Caderno da Atenção Básica de Hipertensão Arterial, do Ministério da Saúde, n. 37 (BRASIL, 2013B).

Ação: Estabelecer periodicidade para a atualização dos profissionais.

Detalhamento: Acordar com a equipe o calendário de atividades de atualização dos membros da equipe.

Ação: Dispor de versão atualizada de protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: Imprimir a versão atualizada do protocolo de atenção aos hipertensos do Ministério da Saúde, e disponibilizar para acesso da equipe.

Engajamento público

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

Detalhamento: Realizar atividades educativas na unidade e na comunidade e utilizar meios de comunicação disponíveis na comunidade (rádio, jornal), para divulgar sobre os riscos de doenças cardiovasculares e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Qualificação da prática clínica

Ações: Capacitar toda a equipe para a realização de exame clínico adequado.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação para explicar aos membros da equipe a realização do exame clínico correto e integral.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos.

Detalhamento: Verificar semanalmente nas fichas espelho a realização do exame clínico apropriado nos diabéticos.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Delimitar em reunião de equipe as funções e atribuições de cada membro na realização do exame dos diabéticos.

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

Detalhamento: Realizar as reuniões de capacitação com base no Caderno da Atenção Básica de Diabetes mellitus, do Ministério da Saúde, n. 36 (BRASIL, 2013A).

Ação: Estabelecer periodicidade para a atualização dos profissionais.

Detalhamento: Acordar com a equipe o calendário de atividades de atualização dos membros da equipe.

Ação: Dispor de versão atualizada de protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: Imprimir a versão atualizada do protocolo de atenção aos diabéticos do Ministério da Saúde, e disponibilizar para acesso da equipe.

Engajamento público

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

Detalhamento: Realizar atividades educativas na unidade e na comunidade e utilizar meios de comunicação disponíveis na comunidade (rádio, jornal), para divulgar sobre os riscos de doenças cardiovasculares e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar toda a equipe para a realização de exame clínico adequado.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação para explicar aos membros da equipe a realização do exame clínico correto e integral

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com os protocolos adotados na unidade de saúde.

Detalhamento: Verificar nas fichas espelho, semanalmente, o número de hipertensos com os exames solicitados de acordo com o Caderno de Atenção Básica de Hipertensão arterial (BRASIL, 2013B).

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

Detalhamento: Verificar nas fichas espelho, semanalmente, o número de hipertensos com os exames solicitados respeitando a periodicidade recomendada.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: Acordar com a equipe os exames a serem solicitados e qual a periodicidade de solicitação, e solicitar ao gestor de saúde a disponibilidade de requisição suficiente para garantir a solicitação de exames.

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

Detalhamento: Realizar reunião com o gestor onde será solicitada uma estratégia eficiente de marcação e realização de exames.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Acordar com a equipe uma forma de sinalizar os exames a serem solicitados e qual o período em que devem ser solicitados.

Engajamento público

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

Detalhamento: Realizar reunião com a comunidade e com o grupo de hipertensos e diabéticos sobre a importância de realizar os exames complementares, assim como utilizar meios de comunicação massiva disponíveis na comunidade, como rádio e jornal.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Realizar reunião com a comunidade e com o grupo de hipertensos e diabéticos para falar sobre a periodicidade de realizar os exames

complementares, assim como utilizar meios de comunicação massiva disponíveis na comunidade, como rádio e jornal.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe para explicar a importância do cumprimento do estabelecido nos protocolos para solicitação de exames complementares.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com os protocolos adotados na unidade de saúde.

Detalhamento: Verificar nas fichas espelho, semanalmente, o número de diabéticos com os exames solicitados de acordo com o Caderno de Atenção Básica de Diabetes mellitus (BRASIL, 2013A).

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

Detalhamento: Verificar nas fichas espelho, semanalmente, o número de diabéticos com os exames solicitados respeitando a periodicidade recomendada.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: Acordar com a equipe os exames a serem solicitados e qual a periodicidade de solicitação, e solicitar ao gestor de saúde a disponibilidade de requisição suficiente para garantir a solicitação de exames.

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

Detalhamento: Realizar reunião com o gestor onde será solicitada uma estratégia eficiente de marcação e realização de exames.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Acordar com a equipe uma forma de sinalizar os exames a serem solicitados e qual o período em que devem ser solicitados.

Engajamento público

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

Detalhamento: Realizar reunião com a comunidade e com o grupo de hipertensos e diabéticos para falar sobre a importância de realizar os exames complementares, assim como utilizar meios de comunicação massiva disponíveis na comunidade, como rádio e jornal.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Realizar reunião com a comunidade e com o grupo de hipertensos e diabéticos sobre a periodicidade de realizar os exames complementares, assim como utilizar meios de comunicação massiva disponíveis na comunidade, como rádio e jornal.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe para explicar a importância do cumprimento do estabelecido nos protocolos para solicitação de exames complementares.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Verificar nas fichas espelho, semanalmente, o campo de medicamentos utilizados para ver se existem na Farmácia Popular/Hiperdia.

Organização e gestão do serviço

Ação: Realizar controle de estoque (incluído validade) de medicamentos.

Detalhamento: Será realizada pela equipe a verificação da validade dos medicamentos e a quantidade existente ao final do mês, para garantir o pedido e a disponibilidade suficiente para o próximo mês.

Ação: Manter o registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Cada agente de saúde terá a lista dos usuários de hiperdia cadastrados na unidade de saúde, com seus dados e a medicação que usam, para garantir o pedido de medicações de acordo a necessidade.

Engajamento público

Ação: 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: Realizar reunião com a comunidade e com o grupo de hipertensos e diabéticos para explicar sobre o direito de obter medicações disponíveis na Farmácia Popular/Hiperdia.

Qualificação da prática clínica

Ações: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre o tratamento da hipertensão.

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

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Verificar nas fichas espelho, semanalmente, o campo de medicamentos utilizados para ver se existem na Farmácia Popular/Hiperdia.

Organização e gestão do serviço

Ação: Realizar controle de estoque (incluído validade) de medicamentos.

Detalhamento: Será realizada pela equipe a verificação da validade dos medicamentos e a quantidade existente ao final do mês, para garantir o pedido e a disponibilidade suficiente para o próximo mês.

Ação: Manter o registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Cada agente de saúde terá a lista dos usuários de hiperdia cadastrados na unidade de saúde, com seus dados e a medicação que usam, para garantir o pedido de medicações de acordo a necessidade.

Engajamento público

Ação: 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: Realizar reunião com a comunidade e com o grupo de hipertensos e diabéticos para explicar sobre o direito de obter medicações disponíveis na Farmácia Popular/Hiperdia.

Qualificação da prática clínica

Ações: Realizar atualização do profissional no tratamento da diabetes.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre o tratamento da diabetes.

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

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Verificar nas fichas espelho, semanalmente, o número de hipertensos avaliados com necessidade de atendimento odontológico.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Detalhamento: Acordar com a equipe a inclusão da avaliação da necessidade de atendimento odontológico no exame clínico dos hipertensos, além de realizar acolhimento aos hipertensos que buscam atendimento odontológico.

Ação: Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Discutir com a odontólogo a destinação de vagas para o atendimento de hipertensos provenientes dessa avaliação, com estabelecimento da ordem de atendimento segundo prioridades.

Engajamento público

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Realizar reunião com a comunidade explicando a importância da realização dos exames bucais nos hipertensos e diabéticos.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe para conhecer como fazer a correta avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Verificar nas fichas espelho, semanalmente, o número de diabéticos avaliados com necessidade de atendimento odontológico.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Detalhamento: Acordar com a equipe a inclusão da avaliação da necessidade de atendimento odontológico no exame clínico dos diabéticos, além de realizar acolhimento aos diabéticos que buscam atendimento odontológico.

Ação: Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Discutir com a odontólogo a destinação de vagas para o atendimento de diabéticos provenientes dessa avaliação, com estabelecimento da ordem de atendimento segundo prioridades.

Engajamento público

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Realizar reunião com a comunidade explicando a importância da realização dos exames bucais nos hipertensos e diabéticos.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe para conhecer como fazer a correta avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Verificar nas fichas espelho, semanalmente, se os hipertensos estão realizando as consultas com a periodicidade prevista no protocolo.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: Será organizada pela equipe uma visita domiciliar àqueles hipertensos faltosos a consultas, para verificar causa e agendar nova data de atendimento.

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

Detalhamento: Será organizada a agenda para a acolhida dos usuários faltosos e que foram reagendados.

Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre a importância da realização das consultas. Detalhamento: Realizar reunião com a comunidade para informar a importância da realização das consultas.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos). Detalhamento: Realizar reunião com a comunidade para discutir sugestões e traçar uma estratégia para evitar a evasão dos hipertensos às consultas.

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

Detalhamento: Realizar reunião com a comunidade para informar a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação dos ACS para que conheçam a periodicidade de realização das consultas e orientem adequadamente os hipertensos.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Verificar nas fichas espelho, semanalmente, se os diabéticos estão realizando as consultas com a periodicidade prevista no protocolo.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: Será organizada pela equipe uma visita domiciliar àqueles diabéticos faltosos a consultas, para verificar causa e agendar nova data de atendimento.

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

Detalhamento: Será organizada a agenda para a acolhida dos usuários faltosos e que foram reagendados.

Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre a importância da realização das consultas. Detalhamento: Realizar reunião com a comunidade para informar a importância da realização das consultas.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

Detalhamento: Realizar reunião com a comunidade para discutir sugestões e traçar uma estratégia para evitar a evasão dos diabéticos às consultas.

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

Detalhamento: Realizar reunião com a comunidade para informar a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação dos ACS para que conheçam a periodicidade de realização das consultas e orientem adequadamente os diabéticos.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.**Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.**

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Verificar semanalmente as fichas espelho para avaliar a qualidade dos registros dos hipertensos acompanhados.

Organização e gestão do serviço

Ação: Manter as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atualizadas.

Detalhamento: Coletar as informações com as ACS para envio mensal à secretaria municipal de saúde.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Será combinado com a equipe o registro nas fichas espelho.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: Será eleita, em reunião, uma pessoa da equipe responsável pelo monitoramento dos registros.

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

Detalhamento: Definir sinalizações na ficha espelho para a data da próxima consulta, dos próximos exames, da próxima estratificação de risco, da avaliação de comprometimento de órgãos alvo e do estado de compensação da doença.

Engajamento público

Ação: 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: Realizar orientação em reunião com a comunidade e com o grupo de hipertensos e diabéticos sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre o preenchimento dos registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos.

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

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre o registro adequado dos procedimentos clínicos.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Verificar semanalmente as fichas espelho para avaliar a qualidade dos registros dos diabéticos acompanhados.

Organização e gestão do serviço

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: Coletar as informações com as ACS para envio mensal à secretaria municipal de saúde.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Será combinado com a equipe o registro nas fichas espelho.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: Será eleita, em reunião, uma pessoa da equipe responsável pelo monitoramento dos registros.

Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a

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

Detalhamento: Definir sinalizações na ficha espelho para a data da próxima consulta, dos próximos exames, da próxima estratificação de risco, da avaliação de comprometimento de órgãos alvo e do estado de compensação da doença.

Engajamento público

Ação: 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: Realizar orientação em reunião com a comunidade e com o grupo de hipertensos e diabéticos sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre o preenchimento dos registros necessários ao acompanhamento dos diabéticos.

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

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre o registro adequado dos procedimentos clínicos.

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Verificar as fichas espelho, semanalmente, para monitorizar o número de usuários hipertensos com realização da estratificação do risco cardiovascular.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: Estabelecer prioridade para aqueles usuários com alto risco, assim como será organizada a agenda para garantir estes atendimentos.

Engajamento público

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

Detalhamento: Os membros da equipe serão capazes de orientar os usuários em consultas e em atividades educativas sobre o risco que tem e a importância do acompanhamento regular.

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

Detalhamento: Orientar em reunião com a comunidade e em reuniões do grupo de hipertensos e diabéticos sobre os fatores de risco, e sobre a importância do adequado controle dos fatores modificáveis, assim como através de meios de comunicação como rádio.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe falando sobre a realização da estratificação do risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe falando sobre a importância do registro desta avaliação.

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

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe para conhecer estratégias para o controle de fatores de riscos modificáveis.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Verificar as fichas espelho, semanalmente, para monitorizar o número de usuários diabéticos com realização da estratificação do risco cardiovascular.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Estabelecer prioridade para aqueles usuários com alto risco, assim como será organizada a agenda para garantir estes atendimentos.

Engajamento público

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

Detalhamento: Os membros da equipe serão capazes de orientar os usuários em consultas e em atividades educativas sobre o risco que tem e a importância do acompanhamento regular.

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

Detalhamento: Orientar em reunião com a comunidade e em reuniões do grupo de hipertensos e diabéticos sobre os fatores de risco, e sobre a importância do adequado controle dos fatores modificáveis, assim como através de meios de comunicação como rádio.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe falando sobre a realização da estratificação do risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe falando sobre a importância do registro desta avaliação.

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

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe para conhecer estratégias para o controle de fatores de riscos modificáveis.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

Detalhamento: Verificar nas fichas espelho, semanalmente, a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: Formar um grupo de hipertensos e diabéticos e familiares e outros interessados, para discutir e difundir práticas de alimentação saudável, com encontro mensal.

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

Detalhamento: Realizar reunião com o gestor para discutir a disponibilização de profissional nutricionista para apoiar o grupo.

Engajamento público

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

Detalhamento: Realizar palestras no âmbito da comunidade e na unidade sobre a importância da alimentação saudável.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre práticas de alimentação saudável.

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

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre metodologias de educação em saúde

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável para 100% de diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.

Detalhamento: Verificar nas fichas espelho, semanalmente, a realização de orientação nutricional aos diabéticos.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: Formar um grupo de hipertensos e diabéticos e familiares e outros interessados, para discutir e difundir práticas de alimentação saudável, com encontro mensal.

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

Detalhamento: Realizar reunião com o gestor para discutir a disponibilização de profissional nutricionista para apoiar o grupo.

Engajamento público

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

Detalhamento: Realizar palestras no âmbito da comunidade e na unidade sobre a importância da alimentação saudável.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre práticas de alimentação saudável.

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

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre metodologias de educação em saúde.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Verificar nas fichas espelho, semanalmente, a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: Formar um grupo de hipertensos e diabéticos e outros interessados, para realizar atividade física regular, duas vezes por semana.

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

Detalhamento: Realizar reunião com o gestor para discutir a disponibilização de profissional educador físico para apoio nesse grupo.

Engajamento público

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

Detalhamento: Realizar atividades de orientação no âmbito da comunidade e da unidade de saúde, orientando a importância da prática de atividade física regular.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre a promoção da prática de atividade física regular.

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

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre metodologias de educação em saúde.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Verificar nas fichas espelho, semanalmente, a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: Formar um grupo de hipertensos e diabéticos e outros interessados, para realizar atividade física regular, duas vezes por semana.

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

Detalhamento: Realizar reunião com o gestor para discutir a disponibilização de profissional educador físico para apoio nesse grupo.

Engajamento público

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

Detalhamento: Realizar atividades de orientação no âmbito da comunidade e da unidade de saúde, orientando a importância da prática de atividade física regular.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre a promoção da prática de atividade física regular.

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

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre metodologias de educação em saúde.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Verificar nas fichas espelho, semanalmente, a realização de orientação sobre riscos do tabagismo.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Realizar reunião com o gestor na qual será solicitada a compra da medicação necessária para o tratamento e abandono ao tabagismo.

Engajamento público

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

Detalhamento: Informar em consultas, sala de espera, grupos e através de rádio, a existência do tratamento para abandonar o tabagismo.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

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

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre metodologias de educação em saúde.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Verificar nas fichas espelho, semanalmente, a realização de orientação sobre riscos do tabagismo.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Realizar reunião com o gestor na qual será solicitada a compra da medicação necessária para o tratamento e abandono ao tabagismo.

Engajamento público

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

Detalhamento: Informar em consultas, sala de espera, grupos e através de rádio, a existência do tratamento para abandonar o tabagismo.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

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

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre metodologias de educação em saúde.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.

Detalhamento: Verificar nas fichas espelho, semanalmente, a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Será disponibilizado o tempo médio de consulta de 30 minutos para garantir as orientações individuais.

Engajamento público

Ação: Orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Orientar em consultas, salas de espera e atividades educativas grupos, sobre a importância da higiene bucal.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre higiene bucal, para que a equipe conheça e seja capaz de orientar os usuários.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos.

Detalhamento: Verificar nas fichas espelho, semanalmente, a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Será disponibilizado o tempo médio de consulta de 30 minutos para garantir as orientações individuais.

Engajamento público

Ação: Orientar os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Orientar em consultas, salas de espera e atividades educativas grupos, sobre a importância da higiene bucal.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre higiene bucal, para que a equipe conheça e seja capaz de orientar os usuários.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1: Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Proporção de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da unidade de saúde.

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

Meta 1.2: Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Proporção de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da unidade de saúde.

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

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

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

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

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

Indicador 2.8: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável para 100% de diabéticos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa de Atenção à Saúde de Hipertensos e Diabéticos, vamos adotar como referência os Cadernos da Atenção Básica – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, Diabetes mellitus, nº 36 (BRASIL, 2013A) e Hipertensão arterial, nº 37 (BRASIL, 2013B), que serão impressos e disponibilizados para acesso da equipe. Utilizaremos a ficha espelho (ANEXO C) disponibilizada pelo curso, que contém todas as informações necessárias ao monitoramento da intervenção, assim como manteremos os registros em prontuários clínicos. Com a meta de 50%, esperamos alcançar 239 hipertensos e 96 diabéticos. Logo, faremos a impressão de cerca de 350 fichas espelho na Secretaria de Saúde. Vale ressaltar que a meta de cobertura estipulada foi de 50%,

mesmo já tendo 52% de hipertensos acompanhados, porque decidimos realizar o cadastramento do zero, já que há muitas ações preconizadas no projeto pelas quais esses usuários, até então acompanhados, não passaram, como avaliação de saúde bucal, exame físico completo, estratificação de risco cardiovascular e registro em ficha específica de acompanhamento.

As fichas espelho ficarão dispostas na sala de triagem da USF, organizadas em uma pasta, dispostas por microáreas, de modo que toda a equipe tenha acesso quando for necessário, e serão retiradas no momento do atendimento do usuário, para registro das informações, de modo que oriente o profissional que fará o atendimento para não se esquecer de realizar todos os procedimentos clínicos. Para tanto, haverá sinalizações nas fichas com a data da próxima consulta, dos próximos exames, da próxima estratificação de risco, avaliação de comprometimento de órgãos alvo e o estado de compensação da doença. As fichas serão verificadas uma vez por semana, por profissional eleita em reunião de equipe para tal, neste caso a enfermeira, que levantará os dados e inserirá na planilha eletrônica de coleta de dados (ANEXO B). Ao final de cada mês será feita a avaliação dos indicadores para apresentação à equipe.

A construção do projeto foi feita de forma conjunta com toda a equipe, mas iniciaremos a intervenção com a capacitação da equipe sobre o Projeto finalizado, rotinas estabelecidas, e o preenchimento dos registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, inclusive dos procedimentos clínicos e do risco cardiovascular. Para isso, será realizada uma primeira reunião de capacitação, coordenada pela médica. Logo após esse momento, a enfermeira reunirá com os ACS para discutir o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, e para orientar sobre a periodicidade da realização das consultas, para orientarem adequadamente aos hipertensos e diabéticos, enquanto a médica fará a capacitação das técnicas de enfermagem sobre a verificação da pressão arterial, incluindo uso adequado do manguito, e sobre a realização de forma criteriosa dos hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Nesse mesmo dia será definida a escala dos membros da equipe para a participação no programa da rádio da comunidade e para as atividades de sala de espera.

Na segunda semana haverá a segunda reunião de capacitação da equipe, coordenada pela médica e odontólogo, onde serão abordados os Cadernos da

Atenção Básica n. 36 e n. 37, sendo que cada membro da equipe lerá uma parte e levará para debater o que entendeu. Também serão abordados o tratamento da hipertensão e diabetes, o exame clínico correto e integral, com o estabelecimento das funções e atribuições de cada membro na realização do exame, a importância do cumprimento do estabelecido nos protocolos para solicitação de exames complementares, a estratificação do risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, e a avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos, higiene bucal, e acolhimento aos usuários que buscam atendimento odontológico. Nessa ocasião, o odontólogo orientará sobre a destinação de vagas para o atendimento de usuários provenientes dessa avaliação, com estabelecimento da ordem de atendimento segundo prioridades.

E a terceira reunião de capacitação da equipe ocorrerá na terceira semana de intervenção, será conduzida pela médica e enfermeira, e serão abordadas as estratégias para o controle de fatores de riscos modificáveis, as práticas de alimentação saudável, a promoção da prática de atividade física regular, o tratamento de usuários tabagistas, metodologias de educação em saúde, e as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Ao final desse ciclo de capacitações, será acordada com todos os membros a periodicidade de atualização da equipe.

Os usuários hipertensos e diabéticos que chegarem à Unidade serão acolhidos por qualquer membro da equipe, mesmo que não tenham consulta agendada. Serão disponibilizadas sete vagas semanais para os casos que demandam agendamento, com garantia do atendimento imediato dos casos agudos. Será estabelecida prioridade para os hipertensos e diabéticos com alto risco, com organização da agenda para garantir esses atendimentos. Todos os hipertensos e diabéticos da área de abrangência da Unidade de Saúde serão cadastrados pelos ACS.

As consultas terão o tempo médio de 30 minutos para garantir as orientações individuais. Na consulta médica serão feito o exame clínico completo, e a avaliação de risco cardiovascular segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, com a identificação das pessoas consideradas de alto risco. Serão feitas também as prescrições, priorizando a indicação de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Os usuários faltosos às consultas serão buscados pelos ACS ao

final de cada semana, para verificar causa e agendar nova data de atendimento. Estima-se a busca de quatro usuários por semana, totalizando 16 por mês.

A farmacêutica da equipe verificará a validade dos medicamentos e a quantidade existente ao final do mês, para garantir o pedido e a disponibilidade suficiente para o próximo mês, de modo que o tratamento não seja interrompido por falta de medicamentos. Para isso, será utilizada uma lista que cada agente de saúde terá, com os dados dos usuários de hiperdia e a medicação que usam, para garantir o pedido de medicações de acordo a necessidade.

Ao final de cada mês, serão coletadas as informações referentes ao SIAB com as ACS, para envio à secretaria municipal de saúde, de modo a deixar esse sistema sempre atualizado.

Para promover o engajamento público, serão realizadas duas reuniões com a comunidade, utilizando os meios de comunicação massiva disponíveis na comunidade – rádio e jornal, e atividades de sala de espera, e serão formados dois grupo com os usuários portadores de hipertensão e diabetes, seus familiares e demais interessados: um para discutir e difundir práticas de alimentação saudável, e outro para realizar atividade física regular.

As reuniões com a comunidade ocorrerão no primeiro e no terceiro mês de intervenção, no espaço da comunidade. Faremos contato com os representantes da comunidade e o líder da igreja da área de abrangência, e serão conduzidas pela médica com outros membros da equipe. A primeira reunião será para informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, a importância da realização das consultas e exames complementares com a periodicidade preconizada, a importância de realizar avaliação da saúde bucal dos hipertensos e diabéticos, o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, e os direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. A segunda reunião será para discutir sugestões e traçar uma estratégia para evitar a evasão dos hipertensos às consultas, esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis, orientar sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, e sobre a importância da higiene bucal.

O rádio e o jornal da comunidade também serão utilizados para difundir essas informações, assim como para informar a comunidade sobre a importância de medir

a pressão arterial anualmente a partir dos 18 anos, e para orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e doenças neurológicas decorrentes da hipertensão arterial e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. A equipe fará participação na rádio uma vez por semana, com um ou dois membros por dia, com escala previamente definida em reunião de equipe. Além disso, será enviado um pequeno texto, escrito pela médica, pela enfermeira ou pelo odontólogo, com orientações para ser publicado no jornal da comunidade, sobre os mesmos temas descritos acima, duas vezes por semana.

Nos dias de atendimento prioritário aos usuários hipertensos e diabéticos serão realizadas atividades de sala de espera, pelas ACS, médica, enfermeira e odontólogo, com duração de cerca de 15 minutos, para abordar a importância de medir a pressão arterial anualmente a partir dos 18 anos, orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, os riscos de doenças cardiovasculares e doenças neurológicas decorrentes da hipertensão arterial, importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, nível de risco e importância do acompanhamento regular, importância da alimentação saudável e prática de atividade física regular, sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, e sobre a importância da higiene bucal. A escala também será definida previamente em reunião de equipe.

Serão formados dois grupos com os usuários portadores de hipertensão e diabetes, seus familiares e demais interessados. O grupo de práticas de alimentação saudável será coordenado pela médica e enfermeira, e se reunirá uma vez por mês na Unidade. Já o grupo de atividades físicas será coordenado por agentes de saúde, e se reunirá duas vezes por semana, no início da manhã, para realizar atividades físicas. Esperamos ter o apoio de profissional nutricionista e educador físico, o que ainda será discutido com o gestor de saúde. Os grupos serão aproveitados também como espaços de orientação aos usuários quanto à necessidade de realização de consultas e exames complementares e periodicidade preconizada, quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, e seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário,

quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis, sobre a importância da alimentação saudável e da prática de atividade física regular, sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e a importância da higiene bucal.

Para garantir a disponibilidade de insumos e materiais, a médica da Unidade fará uma reunião com o gestor municipal de saúde, para solicitar três esfigmomanômetros, três manguitos, cinco fitas métricas, quatro kits de materiais para hemoglicoteste, formulários de solicitação de exames, e a compra da medição necessária para o tratamento e abandono ao tabagismo. Além disso, também serão discutidas estratégias de marcação e realização de exames, e a disponibilização de profissionais nutricionista e educador físico para apoiar os grupos de atividade educativa e prática de atividade física.

O odontólogo da equipe revisará a situação da realização dos atendimentos odontológicos, organizando sua agenda para realizar as consultas de hipertensos e diabéticos de acordo com as necessidades e segundo o estabelecido nos protocolos de atendimento, com um número estimado de 15 atendimentos a hipertensos e diabéticos por semana, finalizando o mês com 60 avaliações.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A intervenção estava inicialmente programada para ser desenvolvida em 16 semanas, porém teve que ser reduzida para 12 semanas, conforme orientação da coordenação do curso de especialização, devido às particularidades da turma do Programa Mais Médicos, que esteve de férias, sem acesso ao Ambiente Virtual de Aprendizagem/Moodle do curso.

Antes de dar início à intervenção, realizamos a verificação de insumos e materiais como esfigmomanômetro, fitas métricas e reativos para hemoglicotestes, a serem utilizados durante a intervenção, e a reunião com o gestor municipal de saúde para garanti-los.

Dentre as ações planejadas e que foram cumpridas, estão o cadastramento, acolhimento e atendimento aos hipertensos e diabéticos, semanalmente, e busca ativa dos faltosos quando necessário. Outra atividade desenvolvida foi a realização das atividades educativas de sala de espera, efetuadas nos dias de atendimento preferencial aos usuários portadores de hipertensão e diabetes na Unidade de Saúde, exceto na semana 1 e na semana 6, em função das fortes chuvas que ocorreram. Essas atividades foram realizadas tanto pela médica, quanto pela enfermeira e odontólogo, para os usuários que aguardavam na sala de espera, que participaram perguntando, buscando esclarecer suas dúvidas com respeito aos temas abordados e interagindo com a equipe, de modo que tornava mais dinâmica a atividade.

Foram efetuadas as três reuniões previstas de capacitação da equipe a respeito do cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da Unidade de Saúde, da periodicidade da realização das consultas, da técnica de verificação da pressão arterial e realização de hemoglicotestes. Também sobre os

Cadernos da Atenção Básica de hipertensão e diabetes, exame clínico correto integral, estratificação de risco cardiovascular, fatores de risco para a hipertensão e diabetes, práticas de alimentação saudável, prática de atividade física e tratamento antitabagista. A equipe participou ativamente, interagindo em cada reunião, opinando sobre os diversos temas, considerando muito importante a realização das capacitações, porque assim ampliaram seus conhecimentos sobre algumas questões, como o tema do tratamento antitabagista, que foi muito bem recebido pela equipe, até porque existem alguns membros que são fumantes ou tem familiares fumantes. Isso ajudou a aumentar o número de usuários fumantes participantes do grupo, para incentivar o abandono desse mau hábito. Da mesma forma aconteceu com o tema de prática de atividade física, pois explicamos como o exercício físico influencia fisiologicamente no controle da hipertensão arterial e diabetes. Além disso, também realizamos, ao final de cada mês, a reunião da equipe para avaliar o programa e discutir os indicadores.

Conseguimos realizar encontros semanais do grupo de prática de exercícios físicos, conduzidos pelo educador físico do NASF, a partir da terceira semana. Não aconteceu na sexta semana em função das fortes chuvas, e na décima, porque o educador físico estava em reunião. Os usuários mostraram muito interesse em participar deste grupo, porque a interação com a equipe era muito boa. Participavam 15 a 20 pessoas, a maioria era de jovens, mas havia maiores de 60 anos. As atividades eram feitas em local próxima à Unidade de Saúde, na academia do idoso, onde tem aparelhos específicos para realização de atividades físicas. Utilizamos também outros cenários, como uma escola especial, onde havia uma piscina para práticas de natação, um salão poliesportivo, próximo à Unidade, para realização de jogo de basquete, e um calçadão também próximo à Unidade, onde praticamos caminhada. Quase sempre a equipe acompanhou o grupo, o que serviu de motivação ao resto da comunidade, tanto que no momento das caminhadas não havia só o grupo, mas também parte da comunidade se somava de maneira organizada e com muito entusiasmo à equipe. O grupo se reunia na UBS, e de lá partiam até o local onde seriam desenvolvidas as atividades. No caso da escola especial, a reunião foi feita lá mesmo, e o pessoal foi informado que deveria estar lá às duas horas da tarde, e depois da reunião, fomos para a piscina.

Houve cinco encontros do grupo de práticas de alimentação saudável, coordenado e conduzido pela nutricionista do NASF. As reuniões aconteciam

sempre na UBS, exceto uma vez, que aconteceu na casa de um idoso da área. O grupo foi integrado por 15 pessoas, que receberam orientações diretamente da nutricionista sobre alimentação saudável, com boa participação dos usuários, que mostravam interesse em conhecer quais eram os alimentos que podiam comer. Em uma das ocasiões, os usuários realizaram demonstrações, levando diferentes tipos de alimentos que podiam ser consumidos pela população sem acarretar transtornos para sua saúde, como salada de frutas e vegetais.

Em função também das fortes chuvas, apenas a partir da terceira semana a equipe conseguiu participar da programação da rádio da comunidade para informar sobre as ações desenvolvidas durante a semana na Unidade de Saúde, assim como publicar textos com orientações de saúde no jornal da comunidade. Esse último não foi possível na quinta semana porque o jornalista viajou, e na 11^a, porque os ACS estavam em treinamento. Essas ações tiveram grande impacto porque assim a comunidade ficava sabendo e participava das atividades de promoção à saúde, e interagia com a equipe mostrando mais interesse e enriquecendo o assunto abordado.

As fichas espelho foram verificadas semanalmente para coleta de informações e inserção na planilha eletrônica de monitoramento, e a farmacêutica verificou a validade dos medicamentos e fez o pedido de medicamentos, na segunda-feira da última semana de cada mês, para garantir a entrega do pedido e a disponibilidade dos medicamentos em tempo.

A coleta de informações referentes ao SIAB com as ACS, para envio à secretaria municipal de saúde, aconteceu mensalmente. Para isto foi selecionada uma pessoa da equipe, a enfermeira, que, depois da reunião de equipe onde eram discutidos os indicadores alcançados durante o mês, levava as informações na secretaria de saúde para serem inseridas no sistema.

Uma das facilidades que propiciou que as ações fossem desenvolvidas foi, em primeiro lugar, o estabelecimento adequado das atribuições de cada profissional e membro da equipe. Outros fatores foram a disponibilidade do material necessário, como Cadernos da Atenção Básica e outras referências para que cada integrante fosse capaz de se preparar, estudando o tema a ser debatido; a participação da comunidade, que foi capaz de interagir com a equipe; a liderança de algumas pessoas que integraram os grupos de promoção à saúde, como o grupo de práticas alimentares e o grupo de prática de exercícios físicos; o papel do gestor de saúde,

garantindo os materiais necessários para as avaliações dos usuários; e a união da equipe e o desejo e comprometimento de todos, especialmente dos agentes de saúde no cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos e na busca de faltosos, evidenciando que sem união não é possível realizar nenhum evento e que o trabalho conjunto garante a efetividade das ações.

Tivemos também algumas dificuldades no decorrer desse processo. A primeira dificuldade que a equipe enfrentou para iniciar a intervenção foi o atraso das férias da médica, o que impediu a intervenção de ser iniciada na data prevista e levou a equipe a planejar todo o trabalho novamente. Com o início da intervenção, novas dificuldades surgiram, como o começo das fortes chuvas, que impossibilitaram a realização de algumas ações planejadas nas primeiras semanas da intervenção, inclusive o acesso dos usuários até a Unidade de Saúde; a falta de reativos e máquinas quebradas no hospital, que dificultaram a realização de exames solicitados nas últimas semanas da intervenção; e problemas com o ar condicionado da sala de odontologia durante a primeira semana, o que impediu a realização de avaliações odontológicas.

Além disso, tivemos dificuldades na avaliação odontológica dos usuários na primeira semana, porque o ar condicionado estava queimado e teve que ser trocado, mas depois a situação foi resolvida e os atendimentos ocorreram semanalmente. E tivemos dificuldades também com a realização dos exames complementares, pela falta de reativos no hospital.

Outra dificuldade para o desenvolvimento da intervenção foi o encurtamento do período proposto no início, de 16 para 12 semanas, o que impediu o alcance da meta proposta no projeto da intervenção.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Entre as atividades planejadas e não realizadas, temos as duas reuniões com a comunidade. A programada para a semana 2 não ocorreu por conta das chuvas ocorridas, e a prevista para a semana 11 foi adiantada para a semana 12, mas por conta do feriado prolongado não aconteceu. Felizmente, antes de iniciar a intervenção, no momento da realização do projeto, foi convocada uma reunião na

comunidade onde foram expostos os objetivos da intervenção e a implementação do programa na Unidade de Saúde.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Em relação à coleta e sistematização dos dados, no início apresentamos muitas dificuldades para o preenchimento da planilha, porque no início não contamos com o notebook para o trabalho, apenas com o *tablete*. Essa dificuldade foi superada porque o gestor de saúde municipal, em apoio ao trabalho que estava sendo desenvolvido pela equipe, disponibilizou o notebook na secretaria de saúde para a alimentação da planilha, o que facilitou o trabalho. Outra dificuldade encontrada foi que a equipe não tinha habilidade para trabalhar no programa *excel*, nem contava com os conhecimentos informáticos suficientes, o que tornou esse trabalho muito difícil todo o tempo, inclusive para interpretar os indicadores.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Além de melhorar a qualidade dos atendimentos e elevar a cobertura do programa, a realização da intervenção serviu para efetuar o melhor planejamento das ações a serem incluídas na rotina diária da Unidade, como a realização das atividades de sala de espera nos dias correspondentes a atendimento do programa, abordando um tema relacionado à saúde, sobretudo temas sobre hipertensão e diabetes, através dos quais é elevado o nível de conhecimento da população sobre as doenças, as complicações da hipertensão e diabetes, o tratamento médico etc. Esse tipo de atividade permite a interação dos usuários com a equipe.

Também foi incorporada à rotina de trabalho os grupos de prática de alimentação saudável e prática de exercício físico, assim como as visitas dos agentes de saúde para busca dos faltosos, que antes não eram feitas com precisão e responsabilidade.

Apesar da reunião com a comunidade não ter sido feita, também foi discutido com a equipe sua realização periódica, para que a comunidade conheça as atividades que estão sendo desenvolvidas pela equipe, para opinar, assim como a divulgação das ações na rádio do município, para que toda a comunidade conheça

as ações que estão sendo feitas e aumentem seu conhecimento ao escutar os temas de saúde discutidos.

Acredito que a parte mais positiva da intervenção é essa, que uma população que antes não recebia nenhum tipo de atenção com respeito a esses temas, agora participa de uma intervenção onde a própria comunidade é a protagonista das ações desenvolvidas.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção realizada na UBS Ana Paulino de Medeiros, localizada na cidade Areia Branca-RN, teve como objetivo alcançar 50% de cobertura do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos, e melhorar a qualidade dessa atenção. Contamos com uma população de 3.282 habitantes, com 478 usuários hipertensos e 192 diabéticos residentes na área de abrangência da UBS.

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

Meta 1.1: Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Proporção de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da unidade de saúde.

No primeiro mês da intervenção foram avaliados 81 pacientes hipertensos, alcançando uma cobertura de 16,9%. No segundo mês já haviam sido cadastrados 134 hipertensos, elevando a cobertura para 28%. E ao fim do terceiro mês, havíamos realizado inclusão no programa de 179 hipertensos, que corresponde a 37,4% do total (Figura 1). Os resultados mostram que no final do terceiro mês da intervenção a cobertura ficou perto da meta estimada. Acreditamos que se o tempo da intervenção não tivesse sido reduzido, em mais quatro semanas conseguiríamos alcançar 50%.

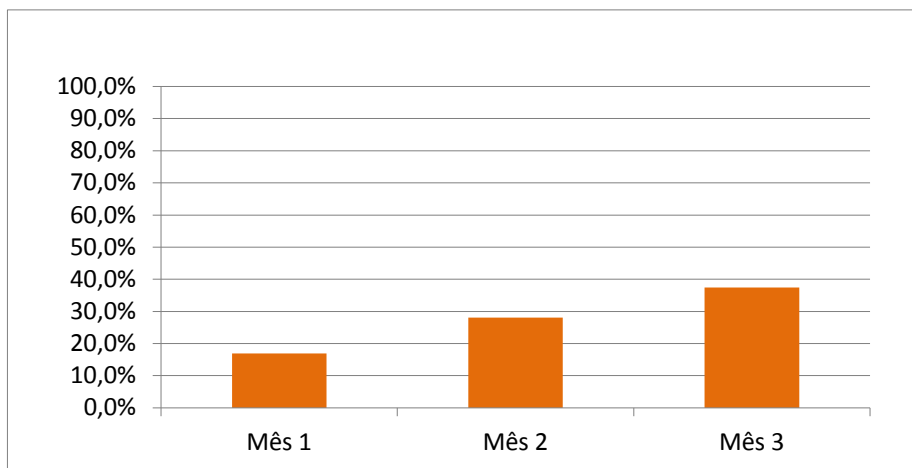


Figura 1. Proporção de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da UBS Ana Paulino de Medeiros, localizada na cidade Areia Branca-RN, 2015.

Meta 1.2: Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Proporção de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da unidade de saúde.

No primeiro mês da intervenção foram avaliados 31 diabéticos, alcançando uma cobertura de 16,1%. No segundo mês havia um total de 50 diabéticos cadastrados, elevando a cobertura para 26%. E ao fim do terceiro mês, havíamos realizado inclusão no programa de 64 diabéticos, que representa 33,3% do total (Figura 2). Acreditamos que se o tempo não tivesse sido reduzido, alcançaríamos essa meta também.

Para conseguir a participação dos usuários e elevar a cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, nós aproveitamos primeiramente as reuniões feitas com a comunidade para divulgação do programa na Unidade de Saúde, explicando sobre as ações propostas, a prioridade a ser dada aos hipertensos e diabéticos para a realização de consultas, e a necessidade das avaliações clínica e odontológicas. Além disso, as atividades educativas em sala de espera, onde foram expostos temas referentes à saúde e manejo da hipertensão e diabetes, fatores de risco e complicações, incentivaram os usuários a comparecerem cada vez mais à UBS para consultas.

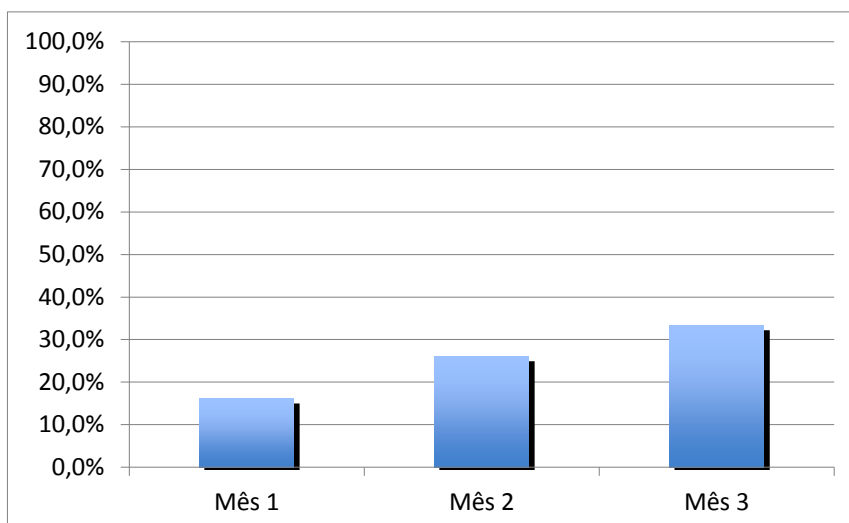


Figura 2. Proporção de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da UBS Ana Paulino de Medeiros, localizada na cidade Areia Branca-RN, 2015.

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

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

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

Todos os hipertensos cadastrados no programa passaram por exame clínico apropriado, de acordo com o protocolo, nos três meses de intervenção. Foram 81 no primeiro mês, 134 até o segundo, e 179 até o fim da intervenção. Assim, a meta estabelecida foi alcançada. Essa ação estava incluída na rotina da consulta médica, e não tivemos dificuldades em realizá-la.

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

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Todos os diabéticos cadastrados no programa também passaram por exame clínico apropriado, de acordo com o protocolo, nos três meses de intervenção, já que o exame clínico completo era feito na consulta médica. Foram 31 no primeiro mês, 50 até o segundo, e 64 até o fim da intervenção. Essa meta também foi alcançada.

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

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

Traçamos como meta garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia segundo o protocolo. Esse indicador elevou-se ao longo dos meses, mas não chegou a 100%. No primeiro mês apenas 62 hipertensos, dos 81 cadastrados, haviam realizados exames, o que corresponde a 72,5%. No segundo mês, dos 134 cadastrados, encontramos 111 hipertensos com exames complementares ao dia, o que equivale a 82,8%. E ao fim do terceiro mês, apenas 155 hipertensos dos 179 cadastrados estavam com exames em dia, elevando o indicador da intervenção para 86,6% (Figura 3).

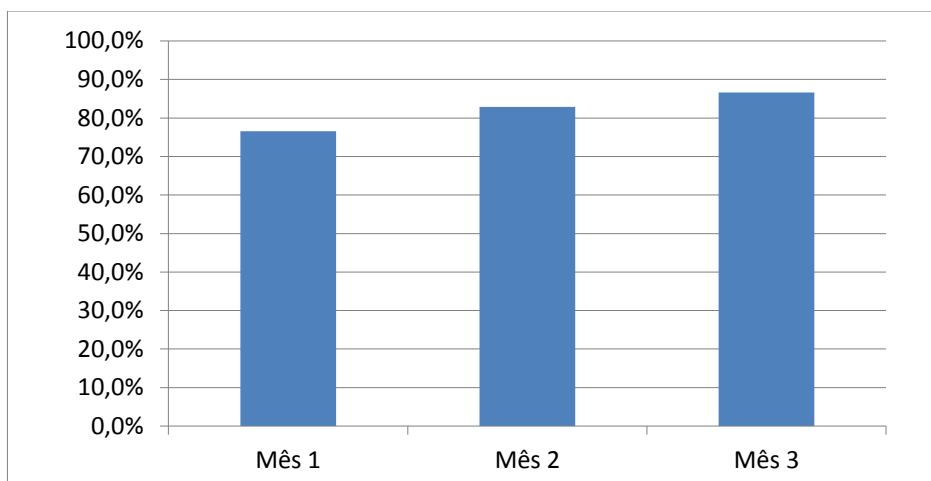


Figura 3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo da UBS Ana Paulino de Medeiros, localizada na cidade Areia Branca-RN, 2015.

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

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

No primeiro mês, 26 diabéticos, de 31 cadastrados, haviam realizados exames, o que corresponde a 83,9%. No segundo mês, dos 50 diabéticos cadastrados, 44 estavam com exames complementares em dia, o que equivale a 88%. E no terceiro mês, 58 diabéticos, dos 64 cadastrados, haviam realizado os exames complementares em dia, finalizando a intervenção com 90,6% (Figura 4). Assim, a meta de 100% também não foi alcançada.

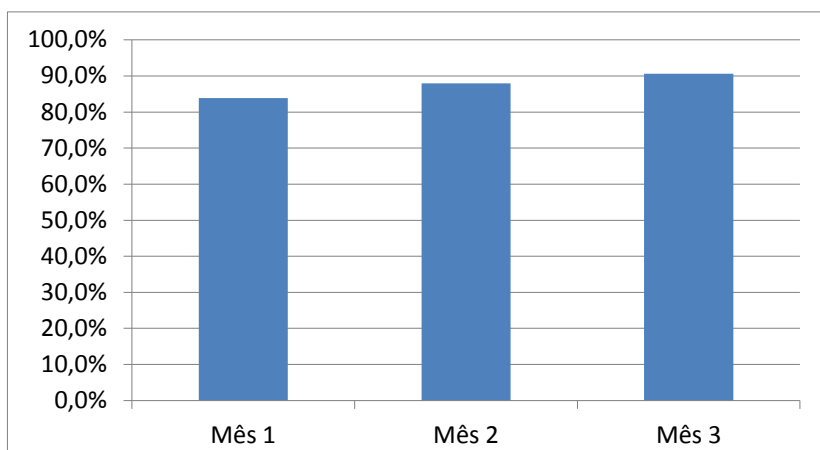


Figura 4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo da UBS Ana Paulino de Medeiros, localizada na cidade Areia Branca-RN, 2015.

O não alcance das metas de realização de exames complementares se deu em função das dificuldades encontradas para a realização dos mesmos, devido à falta de reativos no hospital, defeito de alguns equipamentos e alta demanda de exames no município, que não conseguiu suprir a necessidade dos usuários. Os usuários conseguiam fazer alguns exames, mas para cálculo desse indicador, foi considerada apenas a realização de todos os exames complementares preconizados pelo Ministério da Saúde para acompanhamento dos hipertensos e diabéticos.

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

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

A meta proposta foi priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade, mas infelizmente não foi alcançada, ficando bem próximo. No primeiro mês, constatamos que, dos 78 hipertensos cadastrados que usavam medicamentos, 75 usavam os da farmácia popular, que corresponde a 96,2% do total. Durante o segundo mês a proporção foi de 97,7%, com 128 hipertensos usando medicamentos da farmácia popular, entre os 131 cadastrados que faziam tratamento medicamentoso. E ao final do terceiro mês, de 176 hipertensos que usam medicamento, 173 usavam medicamento da farmácia popular, o que equivale a 98,3% (Figura 5). Apenas três usuários, cadastrados no primeiro mês, não usavam medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia porque

preferiram manter os medicamentos que já usavam, já que os obtinham em farmácia privada que pertencia a um familiar.

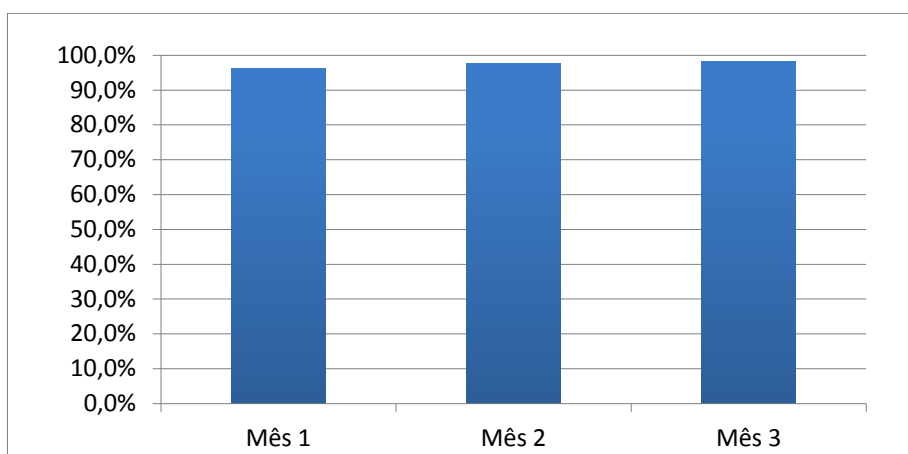


Figura 5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Ana Paulino de Medeiros, localizada na cidade Areia Branca-RN, 2015.

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

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

Entre todos os diabéticos que usavam medicamento, apenas um, cadastrado no primeiro mês, não aceitou a prescrição de medicamentos da farmácia popular, já que adquiria os medicamentos em farmácia privada que pertencia a familiar. No primeiro mês, dos 30 diabéticos cadastrados que usavam medicamentos, 29 usavam os da farmácia popular, que corresponde a 96,7% do total. No segundo mês foram 48, dos 49 que usavam medicamento, que o faziam da farmácia popular, que corresponde a 98%. E ao final do terceiro mês, dos 63 diabéticos, 62 usavam medicamento da farmácia popular, o que equivale a 98,4% (Figura 6). Assim, a meta ficou bem próxima de ser alcançada. Isso foi possível graças à capacitação da equipe e às orientações aos usuários sobre a possibilidade de ter acesso aos medicamentos.

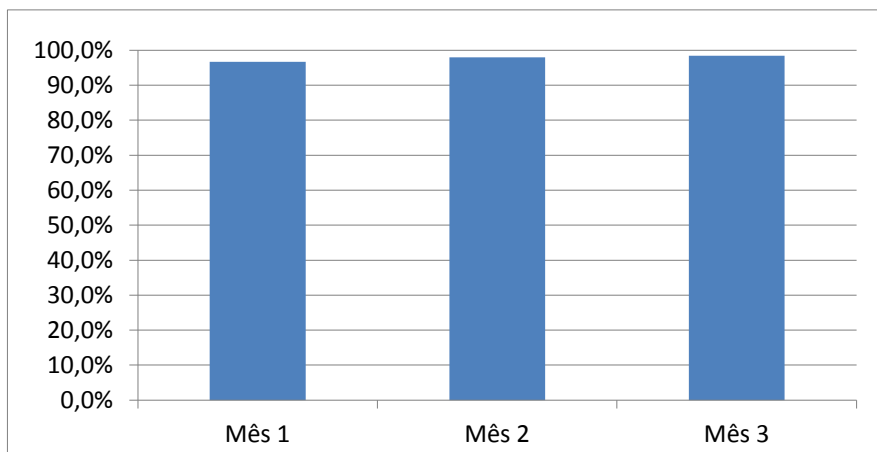


Figura 6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Ana Paulino de Medeiros, localizada na cidade Areia Branca-RN, 2015.

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

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

A avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi realizada em 166 hipertensos, até o fim do terceiro mês, o que corresponde a 92,7% do total de 179. Os valores foram aumentando mês a mês, sendo que no primeiro mês foram avaliados 68 hipertensos, 84% do total de 91, e no segundo mês, 121 hipertensos, que equivale a 90,3% de 134, mas ainda assim a meta de 100% não foi alcançada (Figura 7). Isso se deve ao fato de que alguns usuários hipertensos e diabéticos se negaram a realizar avaliação bucal como parte de exame clínico geral, apesar da insistência dos profissionais de saúde, enfatizando a importância da avaliação dos dentes, palato e língua, ainda que não tivessem dentes.

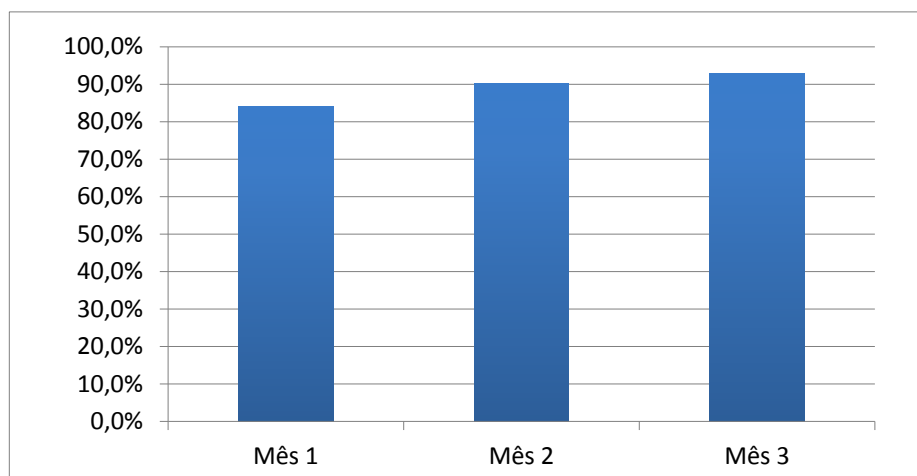


Figura 7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Ana Paulino de Medeiros, localizada na cidade Areia Branca-RN, 2015.

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

Indicador 2.8: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

No caso dos diabéticos, a meta também não foi alcançada, e o indicador evoluiu de modo semelhante. No primeiro mês, 25 diabéticos foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico, que corresponde a 80,6% de 31. No segundo mês, 44 diabéticos haviam sido avaliados, representando 88% de 50. E ao fim da intervenção, o indicador chegou a 90,6%, tendo sido avaliados 58 diabéticos, entre os 64 (Figura 8). O motivo do não alcance da meta é o mesmo abordado no indicador anterior.

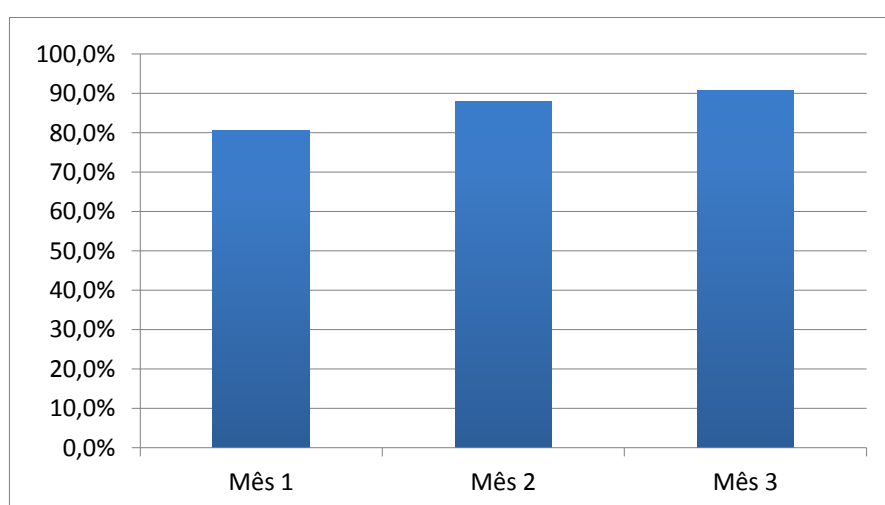


Figura 8. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Ana Paulino de Medeiros, localizada na cidade Areia Branca-RN, 2015.

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

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

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

Durante toda a intervenção, tivemos apenas um usuário hipertenso faltoso à consulta, que foi buscado e atendido. Assim, a meta de buscar 100% dos faltosos foi alcançada. O reduzido número de faltosos foi possível graças ao trabalho da equipe de divulgação do programa de atenção, que incentivava a participação dos usuários. E a busca ativa foi possível graças ao envolvimento das ACS.

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

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

Da mesma forma que o indicador anterior, houve apenas um diabético faltoso durante os três meses de intervenção, que foi buscado e atendido. Vale ressaltar que se trata do mesmo usuário, que é portador de hipertensão e diabetes. A busca ativa foi possível graças ao envolvimento das ACS.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

Neste caso, 100% dos hipertensos se mantiveram com registro adequado na ficha de acompanhamento. Foram 81 no primeiro mês, 134 até o segundo, e 179 até o fim da intervenção. Isso foi obtido graças à capacitação da equipe sobre o preenchimento dos registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos e do responsável pelo monitoramento dos registros, verificando as fichas espelho semanalmente, para viabilizar os dados e alimentar o sistema.

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

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

Neste caso também se conseguiu atingir a meta de 100% dos diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Foram 31 no primeiro mês, 50 até o segundo, e 64 até o fim da intervenção. Os fatores que contribuíram para esse resultado foram elucidados no indicador anterior.

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

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

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Realizamos a estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em 100% dos hipertensos atendidos, nos três meses de intervenção, sendo a meta alcançada. Foram 81 no primeiro mês, 134 até o segundo, e 179 até o fim da intervenção. Vale destacar que foi possível realizar estratificação do risco cardiovascular de todos os usuários, pois, mesmo não realizando todos os exames complementares, eles apresentavam estudo lipídico (colesterol, triglicérides), eletrocardiograma em repouso e estudo da urina, buscando presença de proteinúria.

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

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Realizamos a estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em 100% dos diabéticos cadastrados, nos três meses de intervenção, sendo a meta alcançada. Foram 31 no primeiro mês, 50 até o segundo, e 64 até o fim da intervenção. Aqui vale a mesma explicação feita no indicador anterior, a respeito da apresentação, pelo menos, dos exames envolvidos na estratificação do risco cardiovascular.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.**Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.**

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

Todos os usuários hipertensos cadastrados foram orientados quanto à alimentação saudável, garantindo o alcance da meta de 100%. Foram 81 no primeiro mês, 134 até o segundo, e 179 até o fim da intervenção. Além das orientações durante as consultas, alguns usuários participaram da atividade educativa em sala de espera que abordou esse tema.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável para 100% de diabéticos.

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

Todos os diabéticos cadastrados no programa também foram orientados quanto à alimentação saudável, sendo a meta de 100% alcançada. Foram 31 no primeiro mês, 50 até o segundo, e 64 até o fim da intervenção. Como dito, havia orientações durante as consultas, e durante atividade educativa em sala de espera.

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

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

Sobre a orientação sobre a prática regular de atividade física, no primeiro mês 76 hipertensos receberam essa orientação, o que equivale a 96,3% do total de 91, no segundo mês o número aumentou para 131 hipertensos, 97,8% do total de 134, e no último mês da intervenção, 176 hipertensos haviam recebido essa orientação, que corresponde a 98,3% do total de 179, percentual final da intervenção (Figura 9). Na verdade, apenas três usuários hipertensos não receberam orientação sobre atividade física regular, todos cadastrados no primeiro mês, porque a equipe considerou que não adiantaria dar essas orientações, já que eram pessoas muito idosas, que usavam cadeira de rodas ou acamados, por terem sofrido acidente vascular cerebral, com paraplegia como sequela. Apesar disso, a equipe conversou

com os familiares sobre a realização da fisioterapia, de massagens para favorecer a mobilidade dos membros, colocação de travesseiros nas extremidades para evitar as úlceras por pressão, a realização de exercícios e mobilização dos dedos para evitar a rigidez, tudo como parte da reabilitação e a segundo a condição física de cada usuário.

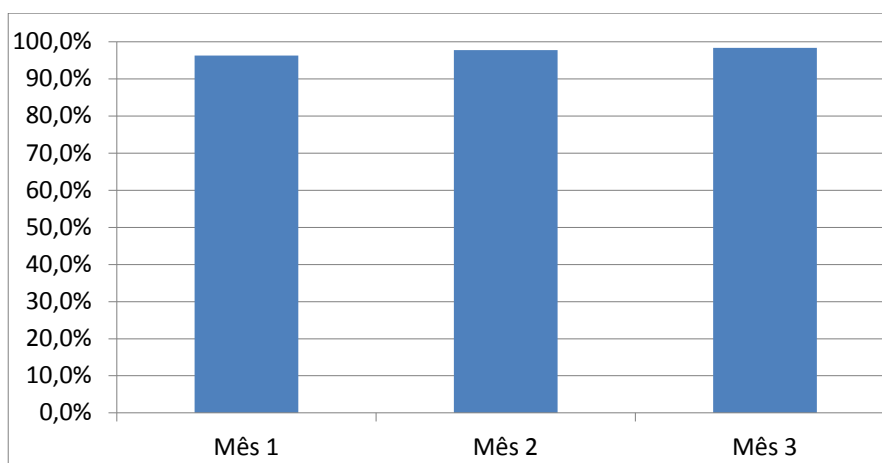


Figura 9. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física na UBS Ana Paulino de Medeiros, localizada na cidade Areia Branca-RN, 2015.

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

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

No caso dos diabéticos, durante o primeiro mês da intervenção, 30 usuários receberam orientações, o que corresponde a 96,8% de 31, no segundo mês esse número aumentou para 49, 98% do total de diabéticos cadastrados, que era 50, e ao fim da intervenção, 98,4%, que representa 63 diabéticos entre os 64 cadastrados, haviam recebido essa orientação (Figura 10). Apenas um usuário diabético não recebeu orientações dessa natureza durante a intervenção, pelo motivo já citado no indicador anterior, pois se trata de um mesmo usuário hipertenso, diabético, idoso e usuário de cadeira de rodas. O elevado número de usuários que foram orientados quanto à realização da prática de exercício físico regular refletiu no sucesso do grupo de práticas de exercícios físicos. Muitas pessoas queriam participar do grupo, que tinha as atividades conduzidas pelo educador físico.

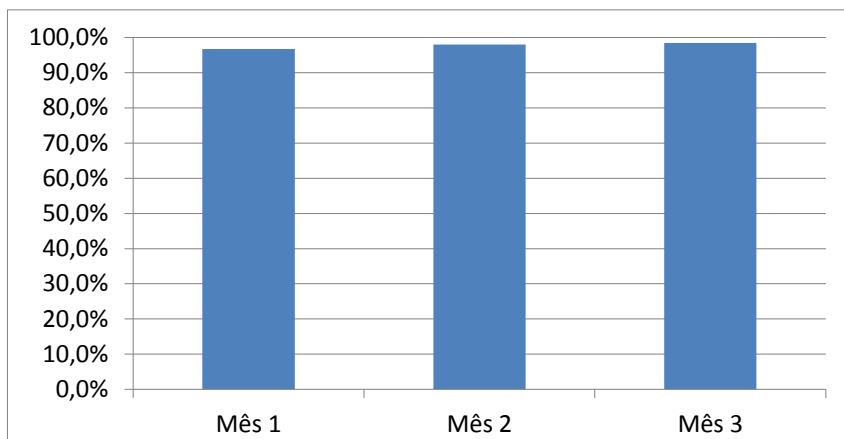


Figura 10. Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física na UBS Ana Paulino de Medeiros, localizada na cidade Areia Branca-RN, 2015.

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

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

As orientações sobre os riscos do tabagismo foram feitas a 100% dos hipertensos, tanto nas consultas clínicas, quanto nas atividades educativas em sala de espera. Foram 81 no primeiro mês, 134 até o segundo, e 179 até o fim da intervenção. Assim, a meta foi alcançada.

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

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

Todos os diabéticos cadastrados no programa também receberam orientações sobre os riscos do tabagismo, em consulta ou em atividade educativa, sendo a meta também alcançada. Foram 31 no primeiro mês, 50 até o segundo, e 64 até o fim da intervenção.

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

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Todos os hipertensos cadastrados receberam orientações sobre higiene bucal, durante a consulta clínica ou atividade educativa em sala de espera, mesmo

aqueles que não passaram por consulta odontológica. Foram 81 no primeiro mês, 134 até o segundo, e 179 até o fim da intervenção. Assim, a meta de 100% foi alcançada nos três meses de intervenção.

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

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Da mesma forma, todos os diabéticos cadastrados receberam orientações sobre higiene bucal, em consulta clínica ou atividade educativa em sala de espera, inclusive os que não passaram por consulta odontológica. Foram 31 no primeiro mês, 50 até o segundo, e 64 até o fim da intervenção. A meta de 100% também foi alcançada nos três meses de intervenção.

4.2 Discussão

A realização da intervenção na UBS não elevou a cobertura do programa de Atenção à Saúde de Hipertensos e Diabéticos, mas permitiu melhorar a qualidade dos atendimentos, o que contribuiu para a melhoria da situação de saúde dos usuários cadastrados.

Essa intervenção foi muito importante para a equipe, primeiramente porque permitiu a realização de uma avaliação e comparação do trabalho antes da intervenção e depois da mesma, permitindo estabelecer estratégias adequadas para melhorar e aperfeiçoar o trabalho. Foi importante também porque a equipe foi capacitada em diversos temas, como os protocolos de atendimento ao usuário com hipertensão e diabetes, tabagismo, avaliação de risco cardiovascular e outros temas de muito interesse para todos. Além disso, permitiu também estabelecer as atribuições concretas de cada membro da equipe, alcançando uma integração na realização das ações, com parceira, companheirismo e união entre os membros da equipe.

Os agentes de saúde foram os encarregados de realizar as buscas dos faltosos, mas a equipe aproveitava também as visitas domiciliares para ajudar nessa tarefa. Os atendimentos clínicos eram feitos conjuntamente entre a médica e o enfermeiro. O acolhimento dos usuários era feito por profissionais selecionados para isso, mas podia ser feito por qualquer membro da equipe, pois o objetivo era o

mesmo para todos, que os pacientes fossem acolhidos, orientados e tivessem suas necessidades atendidas. Assim, a intervenção serviu para fomentar a parceria entre os membros da equipe.

Para o serviço, a intervenção foi muito importante também porque o planejamento e a realização das ações foram mais organizados, pois durante a intervenção muitos usuários compareciam à Unidade, estando incluídos ou não no programa, e o acolhimento foi garantido, assim como também foi garantida a atenção clínica, estando agendados ou em demanda espontânea, e até nos casos de urgência. Isso evidencia a organização do processo de trabalho que conseguimos estabelecer na UBS.

Para a comunidade, a intervenção teve uma importância imensurável. Primeiramente houve a possibilidade de conhecer a existência de um programa de atenção voltado à saúde dos hipertensos e diabéticos da comunidade. Também foi importante porque permitiu a interação da equipe com a comunidade nas diferentes ações de promoção da saúde, e possibilitou aos usuários conhecer os fatores de risco, as complicações das doenças, o tratamento, o que podem fazer para controlar a diabetes e a hipertensão, como devem realizar o acompanhamento, entre outros temas, mediante atividades educativas realizadas no âmbito da unidade e da própria comunidade. Pela primeira vez a comunidade pôde interagir com a equipe, participar diretamente das ações e atividades realizadas, participar dos grupos de alimentação saudável e de prática de exercício físico, e participar das caminhadas pelo calçadão próximo à Unidade, na praia, ou na academia de idoso. Ao final, os grupos ficaram conduzidos pelos próprios usuários, o que mostra como de fato a intervenção mobilizou a comunidade.

Se eu fosse realizar a intervenção neste momento, a primeira mudança que faria seria manter o período inicial dos quatro meses de intervenção, porque assim poderia avaliar o resto dos usuários incluídos no programa e que formavam parte da intervenção inicialmente, e poderia realizar ou recuperar as ações planejadas e as avaliações odontológicas e clínicas que não foram feitas ou ficaram atrasadas, por diferentes causas, como as chuvas ou problemas de doenças de algum membro da equipe. Faria diferente também ao insistir mais junto ao gestor de saúde sobre a necessidade de garantir os reativos e materiais para a realização dos exames complementares dos usuários incluídos no programa, para que no momento da avaliação e estratificação do risco cardiovascular estivessem prontos. Por fim,

investiria mais na orientação dos usuários sobre a importância da realização das avaliações clínica e odontológica, utilizando outros meios de comunicação, além da rádio e do jornal do município. Realizar vídeos educativos, com temas referentes à saúde e que pudessem ser transmitidos pela televisão em rede estadual, seria uma boa estratégia.

Já incorporamos muitas ações na rotina da Unidade, como a realização das atividades educativas em sala de espera nos dias específicos de atendimento aos hipertensos e diabéticos, a divulgação pela rádio das atividades feitas, e os grupos de práticas de exercício e alimentação saudável, continuamos realizando outras ações para elevar mais ainda a cobertura e a qualidade da atenção. Continuamos com a busca dos pacientes faltosos para a realização das avaliações clínica e odontológica, tão importantes para a saúde, e com a capacitação periódica da equipe de saúde sobre os temas de saúde, para que sejam capazes de explicar aos usuários, no caso de alguma dúvida sobre o controle da sua doença. Também estamos planejando realizar mais ações no âmbito da comunidade para garantir o maior comprometimento das pessoas com a saúde individual e coletiva.

Assim, são exatamente essas ações que propomos para melhorar a atenção à saúde no serviço, realizar mais capacitações ao pessoal da equipe para que estejam bem orientados sobre diferentes temas de saúde, sobretudo referente aos protocolos de atendimento, não só de hipertensão e diabetes, mas também das gestantes, crianças, saúde do idoso, e conscientizá-los de que cada pessoa que acesse a Unidade, independente do que precisar, deve ser acolhido com respeito, humanismo e paciência, que são valores que não podem deixar de existir. Além disso, é preciso exigir do gestor municipal o planejamento de cursos, treinamento e atualização para os membros da equipe para assim estarem capacitados para realizar com maior efetividade nosso trabalho.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados gestores,

No mês de março do ano de 2015, foi iniciada na Unidade Básica de Saúde Ana Paulino Medeiros, uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos, com duração de 12 semanas.

A UBS Ana Paulino Medeiros está localizada na entrada da cidade de Areia Branca-RN, na zona urbana. A equipe de saúde está constituída por uma médica, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um odontólogo, uma assistente de saúde bucal, oito agentes de saúde, uma farmacêutica e uma recepcionista. A população atendida está em torno de 3.280 habitantes, distribuídos em 350 famílias.

Meses anteriores, a equipe realizou a análise das ações programáticas desenvolvidas na UBS, identificando que o programa de atenção a hipertensos e diabéticos apresentava muitos problemas, tanto em cobertura, quanto em qualidade. Havia dificuldades para garantir a estratificação do risco cardiovascular, recuperar as consultas em atraso, manter os exames periódicos em dia, garantir uma boa avaliação da saúde bucal, e garantir a realização do exame físico completo e de consultas programadas. Por isso, a equipe decidiu realizar uma intervenção com o objetivo de melhorar a qualidade do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos, e elevar a cobertura do programa.

Desenvolvemos ações que estavam previstas, conforme planejamento prévio realizado em equipe. Durante os três meses, cadastramos, acolhemos e atendemos os hipertensos e diabéticos semanalmente, além de fazer busca ativa dos faltosos quando necessário. Realizamos capacitação de toda a equipe de saúde sobre cadastramento, sobre os Cadernos de Atenção Básica, exame clínico integral, tratamento antitabagista, entre outros temas, todos de muito interesse para a equipe.

Realizamos atividades educativas na sala de espera, nos dias de atendimento dos hipertensos e diabéticos, para os usuários que aguardavam atendimento. De forma geral, os usuários acolheram muito bem estas atividades, buscando esclarecer suas dúvidas com respeito aos temas abordados, expondo suas experiências do dia a dia, e interagindo com a equipe e mostrando interesse em conhecer mais sobre os temas de saúde relacionados com a hipertensão e diabetes.

Criamos um grupo de prática de exercícios físicos, conduzidos pelo educador físico do NASF, com participação de cerca 20 pessoas, a maioria era de jovens, mas havia maiores de 60 anos. As atividades foram feitas na academia do idoso, onde tem aparelhos específicos para realização de atividades físicas, na escola especial, onde havia uma piscina para práticas de natação, no salão poliesportivo, para realização de jogo de basquete, num calçadão próximo à unidade, onde praticamos caminhada. Criamos também o grupo de prática de alimentação saudável, conduzida pela nutricionista, que se reunia na Unidade de Saúde.

Fizemos uma boa divulgação das atividades e ações desenvolvidas na Unidade de Saúde através da rádio comunitária, e também publicamos alguns textos com orientações no jornal, o que causou grande impacto na comunidade, que ficava sabendo e participava das ações.

Realizamos monitoramento do programa, através do registro dos atendimentos em fichas espelho, que eram semanalmente verificadas para coletar as informações e alimentar a planilha eletrônica, assim como monitoramos os medicamentos da farmácia para garantir a entrega e pedido.

Toda a equipe participou e cada profissional desenvolveu muito bem suas atribuições. Tivemos algumas dificuldades com a avaliação odontológica, pois o aparelho de ar condicionado da sala de odontologia ficou com defeito e impediu a realização de consultas odontológicas; com a realização de exames complementares, em função da falta de reativos e máquinas quebradas no hospital que dificultaram a realização de exames solicitados nas últimas semanas da intervenção; e com a inserção dos dados no sistema, já que não contamos com o notebook para o trabalho, apenas o tablet.

Com a intervenção, conseguimos alcançar uma cobertura de 37,4% entre os hipertensos (179) e 33,3% entre os diabéticos (64). O maior ganho é que todos os hipertensos e diabéticos cadastrados no programa passaram por exame clínico

apropriado, tiveram o registro adequado na ficha de acompanhamento, foram avaliados em relação ao risco cardiovascular, e receberam orientação sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal. Mas alguns indicadores não atingiram a meta de 100%.

Em relação à realização dos exames complementares, apenas 155 hipertensos dos 179 cadastrados ficaram com exames em dia, representando 86,6%, e 58 diabéticos dos 64 cadastrados, finalizando a intervenção com o indicador em 90,6%. O não alcance da meta se deu em função das dificuldades encontradas para a realização dos mesmos, devido à falta de reativos no hospital, defeito de alguns equipamentos e alta demanda de exames no município, que não conseguiu suprir a necessidade dos usuários.

Em relação à avaliação da necessidade de atendimento odontológico, foi realizada em 166 hipertensos, o que corresponde a 92,7%, e em 58 diabéticos, que representa 90,6%. Os valores foram aumentando mês a mês, mas ainda assim a meta de 100% não foi alcançada. Isso se deve ao fato de que alguns usuários que eram hipertensos e diabéticos se negaram a realizar avaliação bucal como parte de exame clínico geral, apesar da insistência dos profissionais de saúde, enfatizando a importância da avaliação dos dentes, palato e língua, ainda que não tivessem dentes. Alguns mostraram rejeição e não permitiram a realização da avaliação.

Durante toda a intervenção, tivemos apenas um usuário hipertenso e diabético faltoso à consulta, que foi buscado e atendido. Assim, a meta de buscar 100% dos faltosos foi alcançada. O reduzido número de faltosos foi possível graças ao trabalho da equipe de divulgação do programa de atenção, que incentivava a participação dos usuários.

No final, o mais importante é que muitas dessas ações já foram incorporadas na rotina de trabalho da Unidade de Saúde e que todos estão muito satisfeitos, sobretudo a comunidade que agora conhece sobre diversos temas de interesse para sua saúde, participa ativamente das ações, opina, interage e é protagonista dentro da Unidade, ganhando mais confiança na sua equipe de saúde, e sentindo-se mais incentivada a participar das atividades desenvolvidas.

Apesar das dificuldades encontradas, conseguimos cumprir com nosso objetivo da intervenção de melhorar a cobertura e qualidade do programa, e este tem servido de incentivo para futuros projetos de intervenção que ajudarão a elevar ainda mais a qualidade da atenção à saúde do município. Assim, convidamos os

gestores para que continuem nos apoiando, como até agora, para continuarmos com o cumprimento das atividades que ajudarão a elevar ainda mais a qualidade da atenção à saúde do município.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

A Unidade de Saúde Ana Paulino Medeiros está localizada na entrada da cidade de Areia Branca-RN, na zona urbana. A equipe de saúde está constituída por uma médica, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um odontólogo, uma assistente de saúde bucal, oito agentes de saúde, uma farmacêutica e uma recepcionista. A população atendida está em torno de 3.280 habitantes, distribuídos em 350 famílias.

Entre os meses de março a junho de 2015, realizamos nessa Unidade de Saúde um projeto de intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde de hipertensos e diabéticos.

Antes de dar início à intervenção, realizamos uma reunião inicial com a comunidade para discutir o projeto e como tudo aconteceria, e uma reunião com o gestor para garantir os materiais necessários.

Durante os três meses, cadastramos, acolhemos e atendemos os hipertensos e diabéticos semanalmente, além de fazer busca ativa dos que faltavam às consultas. Realizamos capacitação de toda a equipe de saúde e realizamos atividades educativas na sala de espera, nos dias de atendimento dos hipertensos e diabéticos, para todos que aguardavam atendimento, que participaram perguntando, buscando esclarecer suas dúvidas com respeito aos temas abordados e interagindo com a equipe.

Criamos um grupo de prática de exercícios físicos, conduzidos pelo educador físico do Núcleo de Apoio em Saúde da Família (NASF), com participação de cerca de 15 a 20 pessoas, a maioria era de jovens, mas havia maiores de 60 anos. As atividades foram feitas na academia do idoso, onde tem aparelhos específicos para realização de atividades físicas, na escola especial, onde havia uma piscina para práticas de natação, no salão poliesportivo, para realização de jogo de basquete, num calçadão próximo à unidade, onde praticamos caminhada. O grupo de prática

de atividades físicas, que começou com 15 usuários, foi se tornando cada vez mais numeroso, chegando a 35 pessoas. Todos realizavam os exercícios físicos e até opinavam junto ao educador físico sobre como poderiam ser feitas as atividades, de modo que ficava melhor em cada encontro.

Criamos também o grupo de prática de alimentação saudável, conduzida pela nutricionista, que se reunia na Unidade de Saúde. Também começou com 15 participantes e em cada encontro mais pessoas se somavam às atividades. Foi muito bonito ver as demonstrações dos diversos pratos feitos com receitas naturais.

Fizemos uma boa divulgação das atividades e ações desenvolvidas na Unidade de Saúde através da rádio comunitária, e também publicamos alguns textos com orientações no jornal. Durante a participação da equipe na rádio da comunidade, alguns usuários também telefonavam para responder algumas perguntas que eram feitas, comentar alguma coisa referente ao tema tratado, ou simplesmente opinar sobre o desenvolvimento do programa, sempre de forma positiva.

Nas atividades de sala de espera na Unidade sempre participavam muitos usuários, esclarecendo dúvidas e até compartilhando experiências sobre determinado tema de saúde. Ajudaram muito também na busca de pacientes faltosos, apesar de ser uma atribuição dos agentes de saúde.

Toda a equipe participou e cada profissional desenvolveu muito bem suas tarefas. Conseguimos garantir uma atenção de qualidade aos hipertensos e diabéticos acompanhados na Unidade de Saúde, onde a maioria teve a realização dos exames complementares em tempo, acesso ao uso dos medicamentos da farmácia popular e avaliação odontológica.

No final, o mais importante é que muitas dessas ações já foram incorporadas na rotina de trabalho da Unidade de Saúde e que todos estão muito contentes, sobretudo a comunidade que agora conhece sobre diversos temas de interesse para sua saúde, participa ativamente das ações, opina, interage e é protagonista dentro da Unidade, ganhando mais confiança na sua equipe de saúde. Convidamos a comunidade para continuar participando e apoiando as atividades, de modo cada vez maior.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Quando comecei o curso de especialização tinha grandes expectativas de aprender alguma coisa sobre o sistema de saúde brasileiro, de conhecer sobre o sistema de trabalho, de aprofundar meus conhecimentos sobre Atenção Primária à Saúde (APS) e o trabalho na ESF, mas com o transcurso do mesmo, aprendi muito mais coisas: a trabalhar em união com a equipe, a conhecer os direitos e os deveres dos usuários de saúde brasileiros, sobre o sistema de acolhimento aos pacientes, a interagir mais com a comunidade nas atividades planejadas. Tem sido uma experiência maravilhosa compartilhar com a comunidade e com a equipe as experiências e comparar o sistema de trabalho em meu país com o sistema de trabalho daqui.

No princípio apresentei algumas dificuldades, porque o sistema e a linguagem são diferentes, mas com a ajuda da minha orientadora e de meus colegas tenho vencido essas barreiras. Aprendi durante o curso, com casos interativos de medicina, o manejo das principais doenças que atingem a comunidade, como tuberculose pulmonar, hanseníase, pneumonia na comunidade, dengue, entre outras. Aprendi a trabalhar com os Cadernos de Atenção Básica e os protocolos de atendimento na Unidade Básica, a trabalhar com o Caderno de Ações Programáticas, e identificar as deficiências nos indicadores de cobertura e qualidade. Isso foi muito importante porque permitiu traçar estratégias de trabalho para melhorar os atendimentos dentro da Unidade e ampliar a cobertura dos programas.

Com o que foi aprendido no curso, conseguimos realizar uma intervenção na Unidade de Saúde, por enquanto no programa de atenção à saúde de usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus. Serve como instrumento para ampliar outras

ações programáticas, como pré-natal e puerpério, saúde da criança, saúde do idoso etc.

Aprendi a interagir com meus colegas do curso e orientadora através dos debates dos diferentes temas nos fóruns, tanto de clínica, quanto de saúde coletiva, ponto de encontro, sempre trocando ideias sobre o tema proposto. Reconheço que podia ter aumentado mais essa interação de todo jeito, pois o espaço é muito bom e tenho aprendido muito. Enfim, o curso tem servido para enriquecer minha prática profissional, tornar-me uma pessoa melhor, e entender o processo de trabalho da ESF e o SUS brasileiro.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial**. Cadernos de Atenção Básica, n. 37 – Brasília: Ministério da Saúde, 2013B.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. [Internet]. Disponível em <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?lang=&codmun=240780&search=ri-o-grande-do-norte|monte-alegre|infogr%E1ficos:-evolu%E7%E3o-populacional-e-pir%E2mide-et%E1ria>>.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

