

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE À DISTÂNCIA



**MELHORIA DA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS HIPERTENSOS E
DIABÉTICOS NA ESF URLÂNDIA, SANTA MARIA/RS**

BIANCA LOPES NOGUEIRA

Pelotas, 2015

BIANCA LOPES NOGUEIRA

**MELHORIA DA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS HIPERTENSOS E
DIABÉTICOS NA ESF URLÂNDIA, SANTA MARIA/RS**

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

Orientador: Mauri Caldeira Reis

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

N778m Nogueira, Bianca Lopes

Melhoria da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos na ESF Urlândia, Santa Maria/RS / Bianca Lopes Nogueira ; Mauri Caldeira Reis, orientador. — Pelotas, 2015.

138 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. Doenças crônicas. 4. Diabetes Mellitus. 5. Hipertensão. I. Reis, Mauri Caldeira, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Carmen Lucia Lobo Giusti CRB: 10/813

À minha família e aos meus amigos, pelo apoio e incentivo. Agradeço o carinho, a paciência e a capacidade de me trazerem serenidade na correria deste ano.

Agradecimentos

Agradeço à Equipe da Estratégia de Saúde da Família Urlândia, Santa Maria/RS, por acreditar e confiar no meu trabalho. Também, pela dedicação e carinho com que trabalha com a comunidade, apesar de todas as adversidades.

“Toda ação humana, quer se torne positiva ou negativa, precisa depender de motivação”.

Dalai Lama

Resumo

NOGUEIRA, Bianca Lopes. **Melhoria da Atenção aos Usuários Hipertensos e Diabéticos na ESF Urlândia, Santa Maria/RS**. 2015. 138 f. Trabalho acadêmico - Curso de Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus são patologias pertencentes à classe de Doenças Crônico-Degenerativas, as quais constituem graves problemas de saúde pública por estarem relacionadas às principais causas de morte e invalidez na população brasileira. O agravamento deste quadro epidemiológico relaciona-se com a crescente longevidade da população, associada a maus hábitos de vida, e ao despreparo e falta de recursos para deter a carga dessas doenças. O controle dessas patologias por meio de medidas curativas e preventivas simples é capaz de retardar e até mesmo prevenir o surgimento de complicações. Entretanto, para um adequado manejo é necessário um sistema hierarquizado de saúde, em cujo processo a equipe de Saúde da Família possui um papel fundamental – da realização de um levantamento epidemiológico ao planejamento de medidas preventivas, de controle e tratamento de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus junto à população adscrita. Frente a esta premissa realizou-se uma reestruturação do serviço da ESF Urlândia, Santa Maria/RS para a melhoria na atenção aos usuários hipertensos e diabéticos. Durante 12 semanas de implementação dessa intervenção – agosto a outubro de 2014 – foi estipulado o aumento de 90% da cobertura dos usuários hipertensos e diabéticos. Para isso, uma série de medidas foi realizada, como a reorganização dos agendamentos, a padronização das consultas médicas de acordo com os manuais do Ministério da Saúde (Cadernos de Atenção Básica), a integração do trabalho dos diferentes profissionais atuantes na unidade a fim de otimizar a qualidade de atendimento, o cadastro dos usuários em banco de dados para controle de atendimento, além de ações coletivas preventivas (grupos de caminhadas, grupos de educação continuada). Apesar de a meta de cobertura de 90% não ser atingida – 36,4% de usuários hipertensos e 55,2% de usuários diabéticos – foi obtida uma melhora significativa dos indicadores de qualidade do atendimento, como prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários hipertensos e diabéticos, estratificação de risco cardiovascular para mais de 99% de usuários hipertensos e diabéticos, orientações quanto a boas práticas para uma melhor qualidade de vida para 100% de usuários hipertensos e diabéticos. Com esse acompanhamento programático é possível realizar um melhor controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus e também intervir de forma mais precoce em possíveis complicações decorrentes do curso crônico destas doenças. Essa reestruturação multiprofissional à atenção dos usuários hipertensos e diabéticos foi bem aceita tanto por parte dos usuários, quanto pela equipe. Sendo assim, está inserida de forma plena no cotidiano da ESF com condições de ser mantida a longo prazo.

Palavras-chave: Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Doença crônica. Diabetes Mellitus. Hipertensão.

Lista de Figuras

Gráfico 1.	Evolução mensal do indicador cobertura do Programa de Atenção ao usuário hipertenso na Unidade de Saúde.....	88
Gráfico 2.	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia, de acordo com o protocolo.....	89
Gráfico 3.	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia, de acordo com o protocolo.....	90
Gráfico 4.	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.....	91
Gráfico 5.	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.....	92
Gráfico 6.	Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.....	94
Gráfico 7.	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	95
Gráfico 8.	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....	96
Gráfico 9.	Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.....	97
Gráfico 10.	Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.....	98
Gráfico 11.	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.....	99
Gráfico 12.	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.....	100
Gráfico 13.	Evolução mensal do indicador cobertura do Programa de Atenção ao usuário diabético na Unidade de Saúde.....	101
Gráfico 14.	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia, de acordo com o protocolo.....	102
Gráfico 15.	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia, de acordo com o protocolo.....	103
Gráfico 16.	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.....	104
Gráfico 17.	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.....	105
Gráfico 18.	Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.....	107
Gráfico 19.	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	108
Gráfico 20.	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....	109
Gráfico 21.	Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.....	110
Gráfico 22.	Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.....	111

Gráfico 23.	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.....	112
Gráfico 24.	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.....	113

Lista de Abreviaturas/Siglas

ACS	–	Agente Comunitário de Saúde
CA	–	Câncer
CP	–	Citopatológico
DM	–	Diabetes Mellitus
ESF	–	Estratégia Saúde da Família
HAS	–	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	–	Hemogluco teste
HIPERDIA	–	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
HUSM	–	Hospital Universitário de Santa Maria
MS	–	Ministério da Saúde
NASF	–	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PA	–	Pressão Arterial
PROVAB	–	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
SIAB	–	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIS-SUS	–	Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SUS	–	Sistema Único de Saúde
UBS	–	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	–	Universidade Federal de Pelotas
UFSM	–	Universidade Federal de Santa Maria

Sumário

Apresentação	12
1 Análise Situacional	13
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	13
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	15
1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o relatório da análise situacional	21
2 Análise Estratégica	22
2.1 Justificativa.....	22
2.2 Objetivos e metas.....	24
2.2.1 Objetivo geral	24
2.2.2 Objetivos específicos.....	24
2.2.3 Metas.....	25
2.3 Metodologia.....	28
2.3.1 Detalhamento de ações.....	28
2.3.2 Indicadores.....	68
2.3.3 Logística.....	75
2.3.4 Cronograma	78
3 Relatório da Intervenção	79
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	79
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	83
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização de dados	885
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço.....	86
4 Avaliação da Intervenção	888
4.1 Resultados	88
4.2 Discussão.....	11313
4.3 Relatório da Intervenção para os Gestores.....	11118
4.4 Relatório da Intervenção para a Comunidade.....	121
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	124
Referências	126
Anexos	127
Anexo A – Ficha-Espelho.....	128
Anexo B – Planilha de Coleta de Dados	130
Anexo C - Documento Cômite de Ética.....	133
Apêndices	134
Apêndice A – Grupos de Hipertensos e Diabéticos.....	135
Apêndice B – Grupo de Caminhadas	136
Apêndice C – Atividades Saúde na Escola	137

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EaD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel). O trabalho foi realizado a partir de uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários diabéticos e hipertensos da unidade de Estratégia de Saúde da Família Urlândia, do município de Santa Maria/RS. O volume está organizado em cinco unidades de trabalho sequenciais e interligadas. Na primeira parte consta a análise situacional desenvolvida na Unidade 1 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um Projeto de Intervenção que ocorreu ao longo da Unidade 2. A terceira parte apresenta o Relatório da Intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a Unidade 3 do referido curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da Unidade 4. A quinta e última parte traz a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e a implementação da intervenção. Finalizando o volume, seguem os anexos e os apêndices utilizados durante a realização deste estudo. O curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês março de 2014, quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas. Sua finalização ocorreu no mês de janeiro de 2015 com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, ora apresentado.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Iniciei meu trabalho como médica na Estratégia Saúde da Família (ESF) Urândia, em Santa Maria/RS, no mês de Março de 2014. A Unidade abrange um espaço com população estimada de 11.000 pessoas, dividida em duas áreas de atuação da ESF – áreas 19 e 20: Na área 20, há predomínio de uma população com melhor poder aquisitivo, faixa etária mais elevada em que o suporte se dá basicamente no controle de doenças crônico-degenerativas, prevenção de agravos e promoção à saúde. Em contraste, na área 19 há uma situação social muito precária, com população marginalizada, ausência de planejamento familiar, saneamento básico, entre outras demandas.

Em relação aos profissionais atuantes nessa Unidade Básica de Saúde (UBS) contamos com duas equipes incompletas implementadas de ESF.

Equipe área 19: 1 médica – eu, como médica brasileira pelo Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica (Provab), 1 enfermeira, não há técnico de enfermagem, 1 dentista, 1 auxiliar de consultório dentário e 5 Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Equipe área 20: não há médico, 1 enfermeira, 1 técnico de enfermagem, 6 ACS e 1 recepcionista.

Nossa Unidade possui convênios com três faculdades, por isso também contamos com quatro estagiários do curso de Enfermagem, que atuam no acolhimento, pré-natal, puericultura e visitas domiciliares; uma enfermeira residente em Obstetrícia, que atua no pré-natal e puerpério; um estagiário do curso de Medicina, que atua no atendimento clínico e nas visitas domiciliares.

Diante de uma grande equipe nos deparamos com a questão da falta de espaço físico para a atuação de todos esses profissionais: há apenas três consultórios e mais dois espaços improvisados onde são realizadas as consultas de pré-natal e puericultura. Também não há projeto de acessibilidade para portadores de necessidades físicas, não há estrutura que comporte sala de espera, não há sala

de vacinação, tampouco espaço físico para desenvolvimento de atividades coletivas com a comunidade. Além da problemática da distribuição do espaço, a unidade ainda carece de manutenção (ausência de ventilação na farmácia e nos consultórios, infiltração nas paredes dos consultórios, forro com cupins, portas sem fechadura...).

Apesar de considerar a estrutura física um critério básico para o adequado atendimento à comunidade, essa não é a principal dificuldade que percebo em nossa UBS, mas sim a falta de desenvolvimento da proposta de funcionamento da dinâmica de ESF.

Com a aplicação do Questionário de Engajamento Público pude confirmar o distanciamento da população adscrita em relação aos objetivos das ESFs: não há Conselho de Saúde, líderes comunitários ou qualquer outro tipo de representação que aproxime usuários e equipe atuante. Diante de tais constatações é possível inferir, também, que há desconhecimento a respeito da Carta de Direitos dos Usuários da Saúde por parte da equipe e, principalmente, da comunidade.

Tal situação reflete na demanda de atendimentos, em que a população se mostra um tanto resistente ao trabalho de integralidade e longitudinalidade, ficando o processo de atendimento clínico baseado apenas no modelo saúde-doença. Esta realidade é vivenciada tanto em âmbito de atendimento na UBS quanto nas visitas domiciliares, fazendo com que toda dinâmica para a prática de ações de prevenção de agravos e comorbidades e de promoção à saúde fique comprometida.

Conversei com a coordenação da UBS a respeito do desenvolvimento de ações de promoção à saúde e a mesma me relatou a falta de aderência maciça da população adscrita às atividades propostas (tanto em grupos de usuários hipertensos e diabéticos, quanto em grupos de gestantes, por exemplo).

Ainda são realizadas algumas atividades com a comunidade, como palestras para adolescentes na escola da área de cobertura da UBS, as quais são insuficientes frente aos vários problemas que pude detectar nesse curto espaço de tempo de atuação: há uma grande prevalência de drogadição entre a população jovem, gestação durante a fase da adolescência e falta de planejamento familiar.

Percebo tais problemas como um desafio à melhoria do engajamento da comunidade nas propostas de educação e atuação em saúde pública. Compreender a dinâmica de funcionamento das ESFs seria um passo inicial para estimular um engajamento real e produtivo com ações que visem à organização do processo de

saúde na comunidade com representantes ativos visto que, *a priori*, o atual Conselho de Saúde está distante da comunidade e parece ter apenas papel político.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Santa Maria é uma cidade localizada na região central do Estado do Rio Grande do Sul, com população estimada de 263.662 habitantes (IBGE, 2014). O município é sede da primeira universidade federal do interior do país, a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), que conta com um extenso campus e vários cursos de graduação na área da saúde. Por este fato, Santa Maria possui o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), cujo atendimento é 100% pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Ademais, atua como serviço de referência no atendimento especializado e hospitalar para a própria cidade e para mais 32 municípios da região central do Estado. O município é sede da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, além de ser referência no atendimento secundário e terciário, bem como dispor de vários recursos para diagnóstico e tratamento de patologias.

Nessa lógica, historicamente, o município sempre priorizou investimentos em atenção terciária. Tal constatação se reflete nos dados de atenção primária: 31 unidades de serviço de Atenção Básica, das quais 13 são UBS tradicionais, 14 ESF e quatro UBS tradicionais em implantação de ESF (modelo misto). Não há, contudo, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Santa Maria.

A ESF Urlândia está localizada na região sul da cidade, e engloba um extenso território urbano com cobertura populacional próxima de 100%. Atualmente a UBS possui cerca de 11.000 usuários cadastrados. Apesar do número expressivo de usuários, a comunidade não possui engajamento em ações como Conselho local de Saúde.

A UBS possui duas equipes incompletas de ESF.

Equipe área 19: 1 médica – eu, como médica brasileira pelo Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica (Provab), 1 enfermeira, não há técnico de enfermagem, 1 dentista, 1 auxiliar de consultório dentário e 5 Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Equipe área 20: 1 médica estrangeira pelo Programa Mais Médicos (recém chegada na unidade), 1 enfermeira, 1 técnico de enfermagem, 6 ACS e 1 recepcionista.

Para aprimorar o atendimento à comunidade, a Unidade é referência nos campos de estágio de estudantes de graduação de Medicina e Enfermagem de três diferentes faculdades e de pós-graduação (residência em obstetrícia) em Enfermagem.

A exemplo de muitas unidades de saúde, a ESF é sediada em um espaço locado pela gestão municipal. Este local foi adaptado para a realização de atendimentos, mas não possui uma estrutura adequada aos moldes preconizados pelos manuais do Ministério da Saúde (MS).

Na ESF Urlândia enfrentam-se problemas de acessibilidade (não há corrimãos, há degraus para acesso à Unidade e corredores estreitos) e de falta de espaço para o desenvolvimento das atividades profissionais (há apenas três consultórios, sem adequado sistema de iluminação e ventilação, e mais dois espaços para consultas de pré-natal e puericultura). Além destas questões pontuais, a estrutura existente também carece de manutenção, pois se percebe infiltração nas paredes dos consultórios, forro com cupins, portas sem fechadura, piso com lajotas quebradas e mobiliário estragado. Para uma adequada ampliação e reformulação da estrutura da UBS, está em processo de discussão, junto à gestão municipal, a compra/construção de uma nova sede.

Com uma população adscrita superior ao preconizado pelo Ministério da Saúde na Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011, a unidade conta com excesso de demanda de atendimentos tanto a nível ambulatorial quanto domiciliar. O serviço de acolhimento é realizado em todos os turnos de funcionamento da unidade, em que todos os usuários são acolhidos e submetidos à triagem para priorizar a necessidade de atendimento. Não há equipe de acolhimento na ESF – esse serviço é realizado pelo técnico de enfermagem e pelos médicos. Para a melhor assistência aos usuários sem acesso à sede da ESF, recentemente houve ampliação dos turnos de visitas domiciliares médicas.

Apesar de todas as dificuldades, a Unidade tem realizado atividades programáticas de forma muito satisfatória, como atenção à saúde da mulher e da criança.

A saúde da criança é atendida por meio de consultas programáticas de puericultura realizadas ao longo da semana, em quatro turnos de atendimento. Esse acompanhamento é realizado pelos profissionais da enfermagem de acordo com o protocolo recomendado pelo Ministério da Saúde. As crianças são acompanhadas do nascimento aos 24 meses – e recebem atendimento regular em consultas pediátricas realizadas pelo médico da ESF. Essa conduta é preconizada devido à grande demanda de atendimentos da população pediátrica inferior a cinco anos na área de abrangência da UBS. Esta demanda excessiva também é importante fator para a não realização da primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida. Geralmente, a avaliação inicial ocorre dentro do primeiro mês após o nascimento.

O acompanhamento de pré-natal também é realizado de maneira programática e satisfatória em quatro turnos de atendimento semanal na UBS. As consultas são conduzidas pelos profissionais de Enfermagem, de acordo com o preconizado pelo MS. A gestante cadastrada no programa de pré-natal também é acompanhada pelos ACS, os quais garantem vínculo para a sua busca ativa em caso de intercorrência, solicitação/resultado de exames, ou não comparecimento às consultas. Toda essa prática também se estende às puérperas e aos recém-nascidos.

O principal indicador que apresenta dificuldade de manejo é a idade gestacional no início de acompanhamento pré-natal. É muito comum a gestante iniciar suas consultas após 16 semanas de gestação. Tal constatação ocorre em dois perfis bem específicos de gestantes: nas adolescentes abaixo de 17 anos e nas multíparas (acima de quatro filhos). Na primeira situação, a adolescente negligencia o atraso menstrual por história prévia de ciclos menstruais irregulares, por estar em uso de anticoncepcional oral (geralmente de forma irregular), e por medo uma possível gestação. Na segunda situação, geralmente a mulher ainda está amamentando (de forma não exclusiva) e tem ciclos irregulares pelo uso da minipílula (que provavelmente é utilizada de maneira irregular). Para tentar contornar essa situação, é fundamental um processo de educação em saúde a respeito de métodos anticoncepcionais e planejamento familiar. Isso já ocorre por meio de palestras para as adolescentes que estudam na escola da área de cobertura da UBS. Entretanto, é necessário que essa informação seja amplamente divulgada, de forma a atingir as demais mulheres da área de abrangência da UBS. Já a dinâmica

de sala de espera e as palestras na comunidade podem ser estratégias a serem discutidas.

O desenvolvimento de ações preventivas à saúde da mulher ocorre a partir do rastreio de câncer de mama e de colo uterino. Todas as mulheres com faixa etária entre 40 e 70 anos são avaliadas durante as consultas médicas a respeito de fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama, presença de sintomas e sinais de alarme, e avaliação das mamas por meio do exame físico e mamografia. Todo o processo está de acordo com o protocolo de atendimento preconizado pelo MS.

Os casos com alteração na mamografia/exame físico são facilmente encaminhados para o serviço de atenção secundária à saúde da mulher, e ocorrem de forma rápida e eficaz no próprio município.

Atualmente, o nosso principal desafio quanto às práticas de controle de câncer de colo uterino é a baixa adesão das usuárias ao exame citopatológico (CP). Há coleta semanal de CP em quatro turnos na própria UBS, sob a forma de rastreamento oportunístico, atendendo à demanda da comunidade. Nessa ocasião a usuária também recebe orientações quanto a fatores de risco/prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e câncer colo uterino. Tais informações, contudo, são repassadas de maneira individualizada no consultório ginecológico.

É provável que o acesso às informações restritas ao ambiente privado (consultório) seja um dos motivos da baixa adesão das mulheres à coleta do CP, o que denota que a educação em saúde fica restrita a quem já possui certa clareza quanto à importância do exame.

É forte o vínculo que as mulheres possuem (por questões culturais e falta de informação) entre exame citopatológico de colo uterino e um provável câncer. O medo do estigma da doença e a falta de sintomas precoces faz com que muitas usuárias negligenciem tal rastreio. Sendo assim, esta parcela de usuárias não aderentes à ação preventiva também é excluída do processo educativo. A divulgação de informações sobre dinâmica de sala de espera e do ciclo de palestras na comunidade são estratégias de educação em saúde a serem discutidas.

Quanto à sistemática de acesso aos resultados, o laboratório responsável realiza a sua entrega na própria unidade. Desta maneira, é possível que laudos sejam revisados de forma individualizada antes de serem repassados às usuárias. Os resultados alterados são registrados em um caderno próprio para este fim e é

realizada busca ativa dessas usuários tanto pela equipe de Enfermagem, quanto pelos ACS. Tais casos são facilmente encaminhados e solucionados com relativa rapidez dentro do próprio município.

A respeito dos programas de Pré-natal e de Saúde da Mulher, no ano de 2013, a ESF Urlândia recebeu o primeiro ciclo de profissionais do Provac – 2 médicos – que atuaram na reestruturação da qualidade dos mesmos. Apesar de esses processos terem sido implementados no ano passado, é possível perceber que muitas das práticas realizadas não estão mais fazendo parte da rotina dos atendimentos desses programas, como por exemplo, o grupo de gestantes.

A atenção aos cuidados dos usuários hipertensos e diabéticos ocorre a partir de demanda oportunística, a qual é realizada pelos médicos da ESF. No entanto, não há protocolos para a realização de exames complementares periódicos, orientações de agravos, de maneira que as consultas são rápidas e centradas na renovação de prescrições. Atualmente, a unidade se encontra em processo de implementação dos protocolos do MS para seguimento dos usuários pertencentes ao Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia). A meta é fazer com que todo usuário hipertenso seja submetido à avaliação eletrocardiográfica a cada dois anos e avaliação oftalmológica anual, bem como receba orientações quanto a hábitos de vida saudáveis (cuidados com alimentação, atividade física regular, cessação tabagismo, etc) em todas as consultas. No caso dos usuários diabéticos, que sejam submetidos à avaliação de extremidades em todas as consultas, avaliação renal por meio de controle de microalbuminúria anual, avaliação oftalmológica anual, além das orientações de bons hábitos de vida já citados.

Após a aplicação do questionário específico sobre a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, houve uma discussão mais específica sobre este programa nas reuniões de equipe. Com isso, esperamos conseguir reorganizar os grupos para medidas de ação coletiva.

A exemplo das ações dirigidas aos usuários diabéticos e hipertensos da Unidade, a linha de atenção ao idoso também é realizada apenas pelos médicos da ESF a partir de demanda oportunística. Não há nenhum protocolo para o atendimento dessa população e, tampouco, o desenvolvimento de atividades em grupo.

Devido a grande quantidade de usuários idosos e hipertensos, estamos em processo de implantação de ações de promoção à saúde que contemplem de forma integrada essas duas realidades. Também estamos elaborando um protocolo de atendimento aos usuários idosos que contemple avaliação multidimensional, rastreamento de doenças cardiovasculares, osteoporose e câncer de mama/próstata/ intestino, conforme risco individual de cada usuário.

As orientações quanto à prevenção de quedas, uso de polifarmácia, atividade física regular, hábitos alimentares saudáveis, sexualidade podem ser desenvolvidas mediante ações coletivas. Estas atividades, além do caráter informativo, também podem incitar à socialização, diminuindo o isolamento e a incidência de depressão nessa população.

Para corroborar com tais ações seria de fundamental importância a criação de uma equipe multiprofissional que pudesse integrar essa linha de cuidado ao usuário idoso, colaborando na elaboração e execução de ações preventivas.

Felizmente, a UBS possui equipe de saúde bucal, entretanto, devido à falta de profissionais, espaço físico, bem como materiais e insumos, há excesso de demanda de atendimentos.

Dentro dessa lógica, as ações de saúde bucal visam ao atendimento dessa demanda, deixando as ações coletivas em um segundo plano. Tal fato é tensionado pela própria comunidade que sempre instiga o atendimento com vistas ao modelo saúde-doença, de forma que não há sistema de agendamento para consulta de grupos prioritários. A agenda do odontólogo é realizada a partir de marcação de consultas por livre demanda. E, conforme relato dos ACS, o dentista também realiza avaliações e alguns tratamentos domiciliares.

Ao analisarmos apenas indicadores numéricos dessa atividade, percebe-se que nosso serviço realiza uma média de procedimentos clínicos por habitante mês aquém do preconizado pelo MS. Para que haja uma melhora desses indicadores é necessária uma ampliação da equipe da saúde bucal para adequar o número de profissionais ao de usuários.

Também é preciso que haja maior integração da equipe da saúde bucal com os demais profissionais da UBS para o planejamento de ações coletivas. Nossa UBS não possui espaço para tal, mas é possível a organização de práticas nas escolas e associações da comunidade, de modo que essas ações ocorram de forma sistemática e não apenas sob a forma de campanhas isoladas de prevenção.

Apesar de todas as ações desenvolvidas na ESF, não há instrumento para o monitoramento da qualidade dessas ações. Uma análise sistemática dessas práticas poderia aperfeiçoar o processo de trabalho, fornecendo subsídios para o planejamento de novas estratégias. E, desta maneira, melhorar a qualidade de atendimento proposto à população.

1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o relatório da análise situacional

Comparativamente, ao realizar o relatório final da análise situacional da ESF Urlândia, pude constatar com maior propriedade as deficiências estruturais e de processos de trabalho presentes na UBS, os quais já havia percebido logo no início do curso, bem como novas questões que foram instigadas no decorrer da unidade.

O respaldo teórico dos materiais de referência, a aplicação dos questionários e o preenchimento do caderno de ações programáticas proporcionaram, de maneira positiva, um momento de discussão e reflexão dentro da equipe, especialmente a respeito do processo de trabalho.

Quanto aos recursos de espaço físico e material, conseguimos mobilizar a equipe para buscar melhorias da unidade junto à gestão municipal.

Ao mesmo tempo em que temos programas bem consolidados, como saúde da criança e saúde da mulher, ainda encontramos deficiências no cuidado da saúde do idoso, saúde bucal e linhas de cuidado preventivas de usuários diabéticos e hipertensos. A falta de fluxos de referência para o encaminhamento de excesso de demanda imediata também é uma questão pontual que afeta de maneira significativa o processo de trabalho da equipe.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A partir de informações contidas nos Cadernos de Atenção Básica (MS, 2013), pode-se afirmar que a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus são patologias pertencentes à classe de Doenças Crônico-Degenerativas. Juntamente com as doenças cardiovasculares coronarianas, dislipidemias e obesidade formam um conjunto de morbidades, geralmente associadas entre si, constituindo graves problemas de saúde pública por estarem relacionadas às principais causas de morte e invalidez da população brasileira.

O agravamento do quadro epidemiológico dessas Doenças Crônico-Degenerativas relaciona-se com a crescente longevidade da população, associada a maus hábitos de vida, como o sedentarismo, o tabagismo e a alimentação inadequada. Além desses fatores ainda há o despreparo e a falta de recursos para deter a carga dessas doenças, a qual tende a progredir nos próximos anos.

Para Malfatti e Assunção (Malfatti e Assunção, 2013), o controle de níveis pressóricos e glicêmicos, associado a simples medidas curativas e preventivas (mudanças do estilo de vida), é capaz de retardar e até mesmo prevenir o surgimento de complicações crônicas da Hipertensão Arterial Sistêmica e do Diabetes Mellitus, a exemplo de lesões em órgãos-alvo.

Para um adequado manejo dessas patologias é necessária a instalação de um sistema hierarquizado de saúde, em que a base se mantenha com o nível primário de atendimento. Diante dessa premissa, a equipe de Saúde da Família possui um papel fundamental, especialmente ao realizar o levantamento epidemiológico e propor estratégias para a realização de medidas preventivas, de controle e tratamento de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus frente à sua população adscrita.

A partir das informações coletadas foi possível constatar que a atenção aos usuários com hipertensão e diabetes na ESF Urlândia não é realizada como preconiza o MS. As ações de saúde aos usuários diabéticos e hipertensos desse

local foram relegadas ao profissional médico com o enfoque no modelo curativo – em total desacordo com a proposta de trabalho de uma ESF – a partir de consultas médicas sob demanda oportunística.

A falta de uma diretriz de atendimento ao usuário hipertenso e diabético fez com que a população se acostumasse à sistemática de consultas destinadas apenas com vistas à renovação de prescrições, sem uma avaliação periódica do tratamento instituído. Tal situação se reflete no elevado número de usuários em tratamento medicamentoso, porém com quadro clínico francamente descompensado.

Atualmente, a Unidade se encontra em processo de implementação dos protocolos do MS para seguimento dos usuários pertencentes ao Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia). A meta da Unidade é que todo usuário hipertenso seja submetido à avaliação eletrocardiográfica a cada dois anos e avaliação oftalmológica e laboratorial anual, bem como receba orientações quanto a hábitos de vida saudáveis (cuidados com alimentação, atividade física regular, cessação do tabagismo, etc.) em todas as consultas. No caso dos usuários diabéticos, que sejam submetidos à avaliação de extremidades em todas as consultas, avaliação renal mediante controle de microalbuminúria anual, avaliação oftalmológica e laboratorial anual, além das orientações de bons hábitos de vida já citados.

Até o presente momento, há apenas dados estimados a partir do SIAB (última atualização 2012) sobre o número de usuários hipertensos e diabéticos adscritos à ESF: 743 hipertensos e 182 diabéticos. Desta maneira, primeiramente será preciso fazer o levantamento do número real da quantidade de usuários hipertensos e diabéticos adscritos. A partir destes dados, teremos condições de discutir estratégias viáveis para a reestruturação efetiva do atendimento a esta parcela da população.

Além do já proposto, é necessário que haja um instrumento para o monitoramento da qualidade dessas ações. A análise sistemática dessas práticas permitirá o aperfeiçoamento do processo de trabalho, fornecendo subsídios para o planejamento de novas estratégias. E, desta maneira, melhorar a qualidade de atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos da ESF Urlândia.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Promover a melhoria da Atenção aos Usuários Hipertensos e Diabéticos na ESF Urlândia no município de Santa Maria/RS.

2.2.2 Objetivos específicos

Hipertensos

1. Ampliar em 90% a cobertura de atendimento qualificado na área de abrangência da Unidade de Saúde aos usuários hipertensos no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial.
2. Prestar atendimento clínico de qualidade aos usuários hipertensos na área de abrangência da Unidade de Saúde.
3. Ampliar a adesão ao acompanhamento dos usuários hipertensos na área de abrangência da Unidade de Saúde.
4. Melhorar a forma de registro das fichas de acompanhamento dos usuários hipertensos na área de abrangência da Unidade de Saúde.
5. Avaliar o risco cardiovascular dos usuários hipertensos na área de abrangência da Unidade de Saúde.
6. Promover orientações quanto às boas práticas para uma melhor qualidade de vida aos usuários hipertensos na área de abrangência da Unidade de Saúde.

Diabéticos

1. Ampliar em 90% a cobertura de atendimento qualificado na área de abrangência da Unidade de Saúde aos usuários diabéticos no Programa de Atenção ao Diabetes Mellitus.
2. Prestar atendimento clínico de qualidade aos usuários diabéticos na área de abrangência da Unidade de Saúde.

3. Ampliar a adesão ao acompanhamento dos usuários diabéticos na área de abrangência da Unidade de Saúde.
4. Melhorar a forma de registro das fichas de acompanhamento dos usuários diabéticos na área de abrangência da Unidade de Saúde.
5. Avaliar o risco cardiovascular dos usuários diabéticos na área de abrangência da Unidade de Saúde.
6. Promover orientações quanto às boas práticas para uma melhor qualidade de vida aos usuários diabéticos na área de abrangência da Unidade de Saúde.

2.2.3 Metas

Para que tais objetivos se concretizem, foram traçadas metas a serem atingidas ao final das 12 semanas de intervenção, propostas pelo curso de especialização.

Hipertensos

- **Objetivo 1:** Ampliar em 90% a cobertura de atendimento qualificado na área de abrangência da Unidade de Saúde aos usuários hipertensos no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial.
Meta 1: Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial.
- **Objetivo 2:** Prestar atendimento clínico de qualidade aos usuários hipertensos na área de abrangência da Unidade de Saúde.
Meta 2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
Meta 3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia, de acordo com os protocolos dos Programas de Atenção à Hipertensão Arterial.
Meta 4: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.
Meta 5: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

- **Objetivo 3:** Ampliar a adesão ao acompanhamento dos usuários hipertensos na área de abrangência da Unidade de Saúde.
Meta 6: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na Unidade de Saúde mediante rastreio semanal.

- **Objetivo 4:** Melhorar a forma de registro das fichas de acompanhamento dos usuários hipertensos na área de abrangência da Unidade de Saúde.
Meta 7: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

- **Objetivo 5:** Avaliar o risco cardiovascular dos usuários hipertensos na área de abrangência da Unidade de Saúde.
Meta 8: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

- **Objetivo 6:** Promover orientações quanto às boas práticas para uma melhor qualidade de vida aos usuários hipertensos na área de abrangência da Unidade de Saúde.
Meta 9: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.
Meta 10: Garantir orientação sobre prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.
Meta 11: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.
Meta 12: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

Diabéticos

- **Objetivo 1:** Ampliar em 90% a cobertura de atendimento qualificado na área de abrangência da Unidade de Saúde aos usuários diabéticos no Programa de Atenção à Diabetes Mellitus.
Meta 1: Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção ao Diabetes Mellitus.

- **Objetivo 2:** Prestar atendimento clínico de qualidade aos usuários diabéticos na área de abrangência da Unidade de Saúde.
Meta 2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.
Meta 3: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia, de acordo com os protocolos dos Programas de Atenção ao Diabetes Mellitus.
Meta 4: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.
Meta 5: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

- **Objetivo 3:** Ampliar a adesão ao acompanhamento dos usuários diabéticos na área de abrangência da unidade de saúde.
Meta 6: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na Unidade de Saúde mediante através de rastreio semanal.

- **Objetivo 4:** Melhorar a forma de registro das fichas de acompanhamento dos usuários diabéticos na área de abrangência da Unidade de Saúde.
Meta 7: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

- **Objetivo 5:** Avaliar o risco cardiovascular dos usuários diabéticos na área de abrangência da Unidade de Saúde.
Meta 8: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

- **Objetivo 6:** Promover orientações quanto às boas práticas para uma melhor qualidade de vida aos usuários diabéticos na área de abrangência da Unidade de Saúde.
Meta 9: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.
Meta 10: Garantir orientação sobre prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.
Meta 11: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

Meta 12: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

2.3 Metodologia

2.3.1 Detalhamento de ações

Hipertensos

- **Objetivo 1:** Ampliar em 90% a cobertura de atendimento qualificado na área de abrangência da Unidade de Saúde aos usuários hipertensos no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial.

Meta 1: Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial.

Ações:

✓ *Monitoramento e Avaliação:*

- Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Detalhamento: Mensalmente a enfermagem, como suporte da médica, verificará os registros dos usuários no programa de atenção aos hipertensos para avaliar o número de cadastros e atualizar os mesmos (excluir os falecidos e emigrantes, informados pelos ACS).

✓ *Organização e Gestão do Serviço:*

- Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.

Detalhamento: Os usuários hipertensos serão cadastrados no programa de intervenção pela médica e de forma concomitante serão cadastrados ou terão seus cadastros atualizados no programa do HIPERDIA pelos ACS.

- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.

Detalhamento: Os usuários hipertensos terão um atendimento prioritário na ESF, com facilidade de agendamento e ampliação de três turnos para atendimento programático, além de consultas de acolhimento em todos os turnos de funcionamento da Unidade.

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

Detalhamento: A Unidade possui aparelhos esfigmomanômetros, balanças e fitas métricas em quantidade adequada e em boas condições de uso. Os mesmos sempre se encontram disponíveis nos locais destinados ao atendimento dos usuários.

✓ *Engajamento Público:*

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

Detalhamento: Informar a todos os usuários da Unidade sobre o Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus através de reunião comunitária específica para esse propósito.

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

Detalhamento: A informação será divulgada através de reunião comunitária para a sensibilização da comunidade sobre a importância da atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus e nos grupos de cuidados coletivos a serem desenvolvidos.

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

Detalhamento: A informação será divulgada através de reunião comunitária para a sensibilização da comunidade sobre a importância da atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus e nos grupos de cuidados coletivos a serem desenvolvidos.

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

Detalhamento: A informação será divulgada através de reunião comunitária para a sensibilização da comunidade sobre a importância da atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus e nos grupos de cuidados coletivos a serem desenvolvidos.

- ✓ *Qualificação da Prática Clínica:*
 - Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da Unidade de Saúde.

Detalhamento: A capacitação dos ACS ocorrerá durante as reuniões semanais da equipe, em espaço de tempo destinado tal fim. Com isso, pretende-se que os ACS tenham noções básicas sobre sinais e sintomas de quadros de descompensação de Hipertensão Arterial e também saibam reconhecer as principais medicações utilizadas no tratamento dessa doença. Sendo, desta forma, possível reconhecer os usuários que não se declararem hipertensos e promover o cadastro dos mesmos.
 - Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: A capacitação das enfermeiras e técnicos de enfermagem ocorrerá durante as reuniões semanais da equipe, em espaço de tempo destinado tal fim. Com isso, pretende-se revisar a técnica de aferição (orientações sobre repouso do usuário, posição correta braço e manguito, tamanho adequado manguito, etc.).

- **Objetivo 2:** Prestar atendimento clínico de qualidade aos usuários hipertensos na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Ações:

 - ✓ *Monitoramento e Avaliação:*
 - Monitorar a realização de exame clínico apropriado aos hipertensos.

Detalhamento: O exame clínico completo será realizado pela médica nos usuários hipertensos em sua primeira consulta e após semestralmente, ou conforme a necessidade.

- ✓ *Organização e Gestão do Serviço:*
 - Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos.

Detalhamento: Os técnicos de enfermagem serão responsáveis pela verificação de peso, altura, circunferência abdominal e pressão arterial

dos usuários hipertensos durante o acolhimento dos mesmos. O restante do exame clínico será realizado pela médica durante a consulta.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela Unidade de Saúde.

Detalhamento: A capacitação dos profissionais ocorrerá durante as reuniões semanais da equipe, em espaço de tempo destinado tal fim. Será disponibilizada cópia eletrônica do Caderno de Atenção Básica (2013) o qual servirá de embasamento teórico para capacitação.

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: Anualmente será realizada capacitação de toda a equipe.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impresso na Unidade de Saúde.

Detalhamento: A Unidade possui a penúltima versão impressa do Caderno de Atenção Básica (2006). Já foi solicitado pela coordenação da Unidade, junto à gestão municipal, a versão atualizada (2013) e impressa de tal protocolo.

✓ *Engajamento Público:*

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

Detalhamento: As orientações serão fornecidas nos grupos de cuidado coletivo e também durante as consultas médicas.

✓ *Qualificação da Prática Clínica:*

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: A capacitação das enfermeiras e técnicos de enfermagem ocorrerá durante as reuniões semanais da equipe, em espaço de tempo destinado tal fim. Com isso, pretende-se revisar as técnicas de aferição de pressão arterial e de verificação de peso e medidas (altura e circunferência abdominal).

Meta 3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com os protocolos dos Programas de Atenção à Hipertensão Arterial.

Ações:

✓ *Monitoramento e Avaliação:*

- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados, de acordo com o protocolo adotado na Unidade de Saúde.

Detalhamento: A solicitação de exames laboratoriais para os usuários hipertensos, de acordo com o protocolo do MS, já vem sendo realizada de forma sistemática desde março de 2014. Sendo assim, a partir do preenchimento das fichas-espelho disponibilizadas pela Especialização será possível quantificar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados.

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

Detalhamento: A partir do preenchimento correto das fichas-espelhos disponibilizadas pela Especialização será possível quantificar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

✓ *Organização e Gestão do Serviço:*

- Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: Todos os usuários hipertensos estão recebendo solicitação anual, ou conforme necessidade, de exames complementares no momento da consulta médica.

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

Detalhamento: Já foi solicitado à gestão municipal maior agilidade para a realização dos exames complementares, durante reunião mensal dos médicos Provac com a coordenação regional do programa e a gestão municipal.

- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Cartazes com os exames complementares a serem solicitados para todos os usuários hipertensos foram fixados nos consultórios.

✓ *Engajamento Público:*

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

Detalhamento: A informação será divulgada através de reunião comunitária para a sensibilização da comunidade sobre a importância da atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus e nos grupos de cuidados coletivos a serem desenvolvidos.

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

Detalhamento: A informação será divulgada através de reunião comunitária para a sensibilização da comunidade sobre a importância da atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus e nos grupos de cuidados coletivos a serem desenvolvidos.

✓ *Qualificação da Prática Clínica:*

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na Unidade de Saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: A capacitação dos profissionais ocorrerá durante as reuniões semanais da equipe, em espaço de tempo destinado tal fim. Além da discussão do protocolo, cartazes com os exames complementares a serem solicitados para todos os usuários hipertensos foram fixados nos consultórios.

Meta 4: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

Ações:

✓ *Monitoramento e Avaliação:*

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: A enfermagem já realiza a coordenação da quantidade de medicamentos da farmácia popular a serem distribuídos aos usuários hipertensos na própria Unidade, bem como validade dos mesmos, controle de estoque e o processo de distribuição.

✓ *Organização e Gestão do Serviço:*

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: A enfermagem já realiza a coordenação da quantidade de medicamentos da farmácia popular a serem distribuídos aos usuários hipertensos na própria Unidade, bem como validade dos mesmos, controle de estoque e o processo de distribuição.

- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

Detalhamento: A enfermagem já realiza a coordenação da quantidade de medicamentos da farmácia popular a serem distribuídos aos usuários hipertensos na própria Unidade, bem como validade dos mesmos, controle de estoque e o processo de distribuição.

✓ *Engajamento Público:*

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

Detalhamento: A informação será divulgada através de reunião comunitária para a sensibilização da comunidade sobre a importância da atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, nos grupos de cuidados coletivos a serem desenvolvidos e também durante as consultas médicas.

✓ *Qualificação da Prática Clínica:*

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Detalhamento: A capacitação dos profissionais ocorrerá durante as reuniões semanais da equipe, em espaço de tempo destinado tal fim. Durante a discussão do protocolo, será realizada atualização no

tratamento da hipertensão e de meios para se ter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Detalhamento: A capacitação dos profissionais ocorrerá durante as reuniões semanais da equipe, em espaço de tempo destinado tal fim. Durante a discussão do protocolo, será realizada atualização no tratamento da hipertensão e de meios para se ter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Meta 5: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Ações:

✓ *Monitoramento e Avaliação:*

- Monitorar as consultas periódicas anuais dos hipertensos com o dentista.

Detalhamento: Será solicitado ao odontólogo que informe, mensalmente, a relação dos usuários hipertensos que estiveram em consulta.

✓ *Organização e Gestão do Serviço:*

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

Detalhamento: Já foi solicitado ao odontólogo da Unidade, entretanto este alega dificuldade de elaborar uma agenda de atenção ao hipertenso devido ao excesso de demanda de atendimentos.

- Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.

Detalhamento: Já foi solicitado ao odontólogo da Unidade, entretanto este alega dificuldade de elaborar uma agenda de atenção ao hipertenso devido ao excesso de demanda de atendimentos.

- Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para esses usuários.

Detalhamento: A problemática de excesso de demanda de atendimentos para o número diminuto de profissionais de saúde bucal já é de total

conhecimento dos gestores. Entretanto, ainda não foram divulgadas propostas de como contornar tal situação por parte da gestão municipal.

✓ *Engajamento Público:*

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

Detalhamento: A coordenação da Unidade conversará com o líder comunitário para convidá-lo a participar da divulgação do projeto de intervenção. As informações também serão fornecidas nos grupos de cuidado.

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

Detalhamento: A comunidade já está ciente da condição da saúde bucal na Unidade. Durante a reunião comunitária para a sensibilização da comunidade sobre a importância da atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, pretendemos reforçar a necessidade da demanda junto aos gestores municipais.

✓ *Qualificação da Prática Clínica:*

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

Detalhamento: Foi solicitado ao odontólogo da Unidade que realize uma capacitação de toda equipe, durante uma das reuniões semanais da equipe, para a adequada avaliação bucal do usuário hipertenso.

- **Objetivo 3:** Ampliar adesão ao acompanhamento dos usuários hipertensos na área de abrangência da Unidade de Saúde.

Meta 6: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na Unidade de Saúde mediante rastreio semanal.

Ações:

✓ *Monitoramento e Avaliação:*

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

Detalhamento: O agendamento das consultas poderá ser realizado durante todos os turnos de funcionamento da Unidade. Também será possível realizar o agendamento da consulta subsequente na ocasião da consulta atual. A secretária está responsável de realizar o levantamento semanal dos pacientes hipertensos faltosos às consultas programáticas.

✓ *Organização e Gestão do Serviço:*

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Detalhamento: Durante a reunião semanal da equipe, a secretária repassará aos ACS a relação dos usuários hipertensos faltosos às consultas programáticas da semana anterior. Assim, os ACS poderão realizar a busca ativa destes usuários e averiguar a razão para o não comparecimento à consulta.

- Organizar a agenda dos hipertensos das buscas domiciliares.

Detalhamento: O agendamento destes usuários será realizado na Unidade dentro de um dos três turnos semanais previstos para o atendimento dos mesmos.

✓ *Engajamento Público:*

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento: A informação será divulgada através de reunião comunitária para a sensibilização da comunidade sobre a importância da atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, nos grupos de cuidados coletivos a serem desenvolvidos e também durante as consultas médicas.

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

Detalhamento: A escuta da comunidade ocorrerá através da coleta das opiniões dos usuários participantes dos grupos de cuidado coletivo. As propostas serão registradas e discutidas na reunião da equipe quanto à viabilidade de execução.

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

Detalhamento: A informação será divulgada através de reunião comunitária para a sensibilização da comunidade sobre a importância da atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, nos grupos de cuidados coletivos a serem desenvolvidos e também durante as consultas médicas.

✓ *Qualificação da Prática Clínica:*

- Treinar os ACS para a orientação de hipertensos quanto à realização das consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: A capacitação dos ACS ocorrerá durante as reuniões semanais da equipe, em espaço de tempo destinado tal fim. Com isso, pretende-se que os ACS tenham noções básicas sobre sinais e sintomas de quadros de descompensação de Hipertensão Arterial e também saibam orientar a necessidade da realização de consultas periódicas para os usuários hipertensos.

- **Objetivo 4:** Melhorar a forma de registro das fichas de acompanhamento dos usuários hipertensos na área de abrangência da Unidade de Saúde.

Meta 7: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

Ações:

✓ *Monitoramento e Avaliação:*

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

Detalhamento: O monitoramento da qualidade dos registros dos usuários hipertensos será realizado pela médica ao final de cada turno de atendimento.

✓ *Organização e Gestão do Serviço:*

- Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: O número de usuários hipertensos adscritos à Unidade encontra-se desatualizado, após o remapeamento desses usuários pelos ACS, a coordenação da Unidade realizará a atualização mensal do SIAB.

- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.

Detalhamento: Serão utilizadas as planilhas eletrônicas e as fichas-espelho disponibilizadas pela Especialização para o registro e acompanhamento da intervenção.

- Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: O preenchimento das fichas-espelho será realizado pela médica durante as consultas programáticas e pelos técnicos de enfermagem, nas consultas de acolhimento.

- Definir responsável pelo monitoramento registros.

Detalhamento: A enfermagem realizará, mensalmente, o monitoramento dos registros, bem como a avaliação da intervenção.

- 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, à não realização de estratificação de risco, à não avaliação de comprometimento de órgãos-alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: As planilhas eletrônicas disponibilizadas pela Especialização são capazes de viabilizar o acesso ao registro de usuários hipertensos com atraso na realização de consulta de acompanhamento, 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.

✓ *Engajamento Público:*

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

Detalhamento: As informações serão divulgadas através de reunião comunitária para a sensibilização da comunidade sobre a importância da

atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, nos grupos de cuidados coletivos a serem desenvolvidos e também durante as consultas médicas.

✓ *Qualificação da Prática Clínica:*

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

Detalhamento: Toda a equipe será capacitada para o correto preenchimento da ficha-espelho, visto que este instrumento contém todos os dados necessários para o adequado acompanhamento do usuário hipertenso.

- Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Toda a equipe será capacitada para o correto preenchimento da ficha-espelho, visto que este instrumento contém todos os dados necessários para o adequado acompanhamento do usuário hipertenso.

- **Objetivo 5:** Avaliar o risco cardiovascular dos usuários hipertensos na área de abrangência da Unidade de Saúde.

Meta 8: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

Ações:

✓ *Monitoramento e Avaliação:*

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

Detalhamento: Este monitoramento será realizado mensalmente a partir dos dados coletados das fichas-espelho disponibilizadas pela Especialização e organizados nas planilhas eletrônicas também disponibilizadas pela mesma.

✓ *Organização e Gestão do Serviço:*

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Detalhamento: Estes usuários serão orientados a comparecer às consultas com maior frequência. Uma vez identificados, também serão repassados aos ACS para o acompanhamento ativo dos mesmos.

- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: O agendamento destes usuários será realizado na Unidade dentro de um dos três turnos semanais previstos para o atendimento dos mesmos.

✓ *Engajamento Público:*

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

Detalhamento: As informações serão disponibilizadas após a avaliação do risco durante as consultas médicas e reforçadas em outras oportunidades, como nos grupos de cuidados coletivos a serem desenvolvidos.

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

Detalhamento: As informações serão divulgadas através de reunião comunitária para a sensibilização da comunidade sobre a importância da atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, nos grupos de cuidados coletivos a serem desenvolvidos e também durante as consultas médicas.

✓ *Qualificação da Prática Clínica:*

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

Detalhamento: A capacitação dos profissionais ocorrerá durante as reuniões semanais da equipe, em espaço de tempo destinado tal fim. Durante a discussão, será realizada atualização sobre a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, sobre a importância do correto registro desta avaliação e sobre estratégias para controle de fatores de risco modificáveis.

- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
Detalhamento: A capacitação dos profissionais ocorrerá durante as reuniões semanais da equipe, em espaço de tempo destinado tal fim. Durante a discussão, será realizada atualização sobre a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, sobre a importância do correto registro desta avaliação e sobre estratégias para controle de fatores de risco modificáveis.
 - Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.
Detalhamento: A capacitação dos profissionais ocorrerá durante as reuniões semanais da equipe, em espaço de tempo destinado tal fim. Durante a discussão, será realizada atualização sobre a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, sobre a importância do correto registro desta avaliação e sobre estratégias para controle de fatores de risco modificáveis.
- **Objetivo 6:** Promover orientações quanto a boas práticas para uma melhor qualidade de vida aos usuários hipertensos na área de abrangência da Unidade de Saúde.
- Meta 9:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Ações:**
- ✓ *Monitoramento e Avaliação:*
 - Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.
Detalhamento: A orientação nutricional será realizada de forma sistemática durante as consultas médicas e assinaladas nas fichas-espelho disponibilizadas pela Especialização. Mensalmente, esses registros serão monitorados pelas planilhas eletrônicas também disponibilizadas pela Especialização.
 - ✓ *Organização e Gestão do Serviço:*
 - Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: Grupos de cuidado coletivo serão realizados quinzenalmente para orientação de alimentação saudável, prática de atividade física regular, cessação do tabagismo, higiene bucal, entre outros assuntos.

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

Detalhamento: Os grupos de cuidado coletivo contarão com a participação de diferentes profissionais para a divulgação das orientações e para a elucidação de dúvidas dos usuários. Entre eles, nutricionistas e acadêmicos de nutrição de uma das universidades que já utilizam a Unidade como campo de estágio. Essa parceria será coordenada pela enfermagem.

✓ *Engajamento Público:*

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

Detalhamento: As informações serão disponibilizadas de forma sistemática durante as consultas médicas e reforçadas em outras oportunidades, como nos grupos de cuidados coletivos a serem desenvolvidos.

✓ *Qualificação da Prática Clínica:*

- Capacitar a equipe da Unidade de Saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Detalhamento: A capacitação dos profissionais ocorrerá durante as reuniões semanais da equipe, em espaço de tempo destinado tal fim. Durante a discussão, será realizada atualização sobre práticas de alimentação saudável e metodologias de educação em saúde.

- Capacitar a equipe da Unidade de Saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: A capacitação dos profissionais ocorrerá durante as reuniões semanais da equipe, em espaço de tempo destinado tal fim. Durante a discussão, será realizada atualização sobre práticas de alimentação saudável e metodologias de educação em saúde.

Meta 10: Garantir orientação sobre prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

Ações:

✓ *Monitoramento e Avaliação:*

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

Detalhamento: A orientação para atividade física regular será realizada de forma sistemática durante as consultas médicas e assinaladas nas fichas-espelho disponibilizadas pela Especialização. Mensalmente, esses registros serão monitorados pelas planilhas eletrônicas também disponibilizadas pela Especialização.

✓ *Organização e Gestão do Serviço:*

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: Grupos de cuidado coletivo serão realizados quinzenalmente para orientação de alimentação saudável, prática de atividade física regular, cessação do tabagismo, higiene bucal, entre outros assuntos.

Detalhamento: Os grupos de cuidado coletivo contarão com a participação de diferentes profissionais para a divulgação das orientações e para a elucidação de dúvidas dos usuários. Entre eles, educadores físicos e acadêmicos de educação física de uma das universidades que já utilizam a Unidade como campo de estágio. Essa parceria será coordenada pela enfermagem.

✓ *Engajamento Público:*

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

Detalhamento: As informações serão disponibilizadas de forma sistemática durante as consultas médicas e reforçadas em outras

oportunidades, como nos grupos de cuidados coletivos a serem desenvolvidos.

✓ *Qualificação da Prática Clínica:*

- Capacitar a equipe da Unidade de Saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Detalhamento: A capacitação dos profissionais ocorrerá durante as reuniões semanais da equipe, em espaço de tempo destinado tal fim. Durante a discussão, será realizada atualização sobre a promoção da prática de atividade física regular e metodologias de educação em saúde.

- Capacitar a equipe da Unidade de Saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: A capacitação dos profissionais ocorrerá durante as reuniões semanais da equipe, em espaço de tempo destinado tal fim. Durante a discussão, será realizada atualização sobre a promoção da prática de atividade física regular e metodologias de educação em saúde.

Meta 11: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

Ações:

✓ *Monitoramento e Avaliação:*

- Monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

Detalhamento: A orientação sobre riscos do tabagismo será realizada de forma sistemática durante as consultas médicas e assinaladas nas fichas-espelho disponibilizadas pela Especialização. Mensalmente, esses registros serão monitorados pelas planilhas eletrônicas também disponibilizadas pela Especialização.

✓ *Organização e Gestão do Serviço:*

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

Detalhamento: O município já disponibiliza um serviço especializado para o abandono do tabagismo. Nesse serviço há psicoterapia em grupo, palestras sobre os riscos de tabagismo, acompanhamento multidisciplinar e distribuição de medicações para a cessação do tabagismo. É possível encaminhar os usuários com facilidade e rapidez para tal serviço.

✓ *Engajamento Público:*

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

Detalhamento: As informações serão disponibilizadas de forma sistemática durante as consultas médicas e reforçadas em outras oportunidades, como nos grupos de cuidados coletivos a serem desenvolvidos.

✓ *Qualificação da Prática Clínica:*

- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento: A capacitação dos profissionais ocorrerá durante as reuniões semanais da equipe, em espaço de tempo destinado tal fim. Durante a discussão, será realizada atualização o tratamento de usuários tabagistas e metodologias de educação em saúde.

- Capacitar a equipe da Unidade de Saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: A capacitação dos profissionais ocorrerá durante as reuniões semanais da equipe, em espaço de tempo destinado tal fim. Durante a discussão, será realizada atualização o tratamento de usuários tabagistas e metodologias de educação em saúde.

Meta 12: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

Ações:

✓ *Monitoramento e Avaliação:*

- Monitorar as consultas periódicas anuais dos hipertensos com o dentista.

Detalhamento: Será solicitado ao odontólogo que informe, mensalmente, a relação dos usuários hipertensos que estiveram em consulta.

✓ *Organização e Gestão do Serviço:*

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

Detalhamento: Já foi solicitado ao odontólogo da Unidade, entretanto este alega dificuldade de elaborar uma agenda de atenção ao hipertenso devido ao excesso de demanda de atendimentos.

- Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.

Detalhamento: Já foi solicitado ao odontólogo da Unidade, entretanto este alega dificuldade de elaborar uma agenda de atenção ao hipertenso devido ao excesso de demanda de atendimentos.

- Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para esses usuários.

Detalhamento: A problemática de excesso de demanda de atendimentos para o número diminuto de profissionais de saúde bucal já é de total conhecimento dos gestores. Entretanto, ainda não foram divulgadas propostas de como contornar tal situação por parte da gestão municipal.

✓ *Engajamento Público:*

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

Detalhamento: A coordenação da Unidade conversará com o líder comunitário para convidá-lo a participar da divulgação do projeto de intervenção. As informações também serão fornecidas nos grupos de cuidado.

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

Detalhamento: A comunidade já está ciente da condição da saúde bucal na Unidade. Durante a reunião comunitária para a sensibilização da

comunidade sobre a importância da atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, pretendemos reforçar a necessidade da demanda junto aos gestores municipais.

✓ *Qualificação da Prática Clínica:*

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

Detalhamento: Foi solicitado ao odontólogo da Unidade que realize uma capacitação de toda equipe, durante uma das reuniões semanais da equipe, para a adequada avaliação bucal do usuário hipertenso.

Diabéticos:

Objetivo 1: Ampliar em 90% a cobertura de atendimento qualificado na área de abrangência da Unidade de Saúde aos usuários diabéticos no Programa de Atenção à Diabetes Mellitus.

Meta 1: Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção ao Diabetes Mellitus.

Ações:

✓ *Monitoramento e Avaliação:*

- Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Detalhamento: Mensalmente a enfermagem, com o suporte da médica, verificará os registros dos usuários no programa de atenção aos diabéticos para avaliar o número de cadastros e atualizar os mesmos (excluir os falecidos e emigrantes, informados pelos ACS).

✓ *Organização e Gestão do Serviço:*

- Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: Os usuários diabéticos serão cadastrados no programa de intervenção pela médica e de forma concomitante serão cadastrados ou terão seus cadastros atualizados no programa do HIPERDIA pelos ACS.

- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes.

Detalhamento: Os usuários diabéticos terão um atendimento prioritário na ESF, com facilidade de agendamento e ampliação de três turnos para atendimento programático, além de consultas de acolhimento em todos os turnos de funcionamento da Unidade.

- Garantir material adequado para realização de hemogluco teste na Unidade de Saúde.

Detalhamento: A Unidade possui aparelhos de hemogluco teste e fitas reagentes em quantidade adequada e em boas condições de uso. Os mesmos sempre se encontram disponíveis nos locais destinados ao atendimento dos usuários.

✓ *Engajamento Público:*

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

Detalhamento: Informar a todos os usuários da Unidade sobre o Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus através de reunião comunitária específica para esse propósito.

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

Detalhamento: A informação será divulgada através de reunião comunitária para a sensibilização da comunidade sobre a importância da atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus e nos grupos de cuidados coletivos a serem desenvolvidos.

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

Detalhamento: A informação será divulgada através de reunião comunitária para a sensibilização da comunidade sobre a importância da atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus e nos grupos de cuidados coletivos a serem desenvolvidos.

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

Detalhamento: A informação será divulgada através de reunião comunitária para a sensibilização da comunidade sobre a importância da atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus e nos grupos de cuidados coletivos a serem desenvolvidos.

✓ *Qualificação da Prática Clínica:*

- Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da Unidade de Saúde.

Detalhamento: A capacitação dos ACS ocorrerá durante as reuniões semanais da equipe, em espaço de tempo destinado tal fim. Com isso, pretende-se que os ACS tenham noções básicas sobre sinais e sintomas de quadros de descompensação de Diabetes Mellitus e também saibam reconhecer as principais medicações utilizadas no tratamento dessa doença. Sendo, desta forma, possível reconhecer os usuários que não se declararem diabéticos e promover o cadastro dos mesmos.

- Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg

Detalhamento: A capacitação das enfermeiras e técnicos de enfermagem ocorrerá durante as reuniões semanais da equipe, em espaço de tempo destinado tal fim. Com isso, pretende-se revisar a técnica de aferição da pressão arterial e de realização do hemoglicoteste.

Objetivo 2: Prestar atendimento clínico de qualidade aos usuários diabéticos na área de abrangência da Unidade de Saúde.

Meta 2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Ações:

✓ *Monitoramento e Avaliação:*

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos.

Detalhamento: O exame clínico completo será realizado pela médica nos usuários diabéticos em sua primeira consulta e após semestralmente, ou conforme a necessidade.

✓ *Organização e Gestão do Serviço:*

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos.

Detalhamento: Os técnicos de enfermagem serão responsáveis pela verificação de peso, altura, circunferência abdominal, pressão arterial e hemoglutoteste dos usuários diabéticos durante o acolhimento dos mesmos. O restante do exame clínico será realizado pela médica durante a consulta.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela Unidade de Saúde.

Detalhamento: A capacitação dos profissionais ocorrerá durante as reuniões semanais da equipe, em espaço de tempo destinado tal fim. Será disponibilizada cópia eletrônica do Caderno de Atenção Básica (2013) o qual servirá de embasamento teórico para capacitação.

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: Anualmente será realizada capacitação de toda a equipe.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impresso na Unidade de Saúde.

Detalhamento: A Unidade possui a penúltima versão impressa do Caderno de Atenção Básica (2006). Já foi solicitado pela coordenação da Unidade, junto à gestão municipal, a versão atualizada (2013) e impressa de tal protocolo.

✓ *Engajamento Público:*

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

Detalhamento: As orientações serão fornecidas nos grupos de cuidado coletivo e também durante as consultas médicas.

✓ *Qualificação da Prática Clínica:*

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: A capacitação das enfermeiras e técnicos de enfermagem ocorrerá durante as reuniões semanais da equipe, em espaço de tempo destinado tal fim. Com isso, pretende-se revisar as técnicas de aferição de pressão arterial, de verificação de peso e medidas (altura e circunferência abdominal) e realização do hemoglicoteste.

Meta 3: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com os protocolos dos Programas de Atenção ao Diabetes Mellitus.

Ações:

✓ *Monitoramento e Avaliação:*

- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados, de acordo com o protocolo adotado na Unidade de Saúde.

Detalhamento: A solicitação de exames laboratoriais para os usuários diabéticos, de acordo com o protocolo do MS, já vem sendo realizada de forma sistemática desde março de 2014. Sendo assim, a partir do preenchimento das fichas-espelho disponibilizadas pela Especialização será possível quantificar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados.

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

Detalhamento: A partir do preenchimento correto das fichas-espelhos disponibilizadas pela Especialização será possível quantificar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

✓ *Organização e Gestão do Serviço:*

- Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: Todos os usuários diabéticos estão recebendo solicitação semestral, ou conforme necessidade, de exames complementares no momento da consulta médica.

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

Detalhamento: Já foi solicitado à gestão municipal maior agilidade para a realização dos exames complementares, durante reunião mensal dos médicos Prowab com a coordenação regional do programa e a gestão municipal.

- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.
Detalhamento: Cartazes com os exames complementares a serem solicitados para todos os usuários diabéticos foram fixados nos consultórios.

✓ *Engajamento Público:*

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

Detalhamento: A informação será divulgada através de reunião comunitária para a sensibilização da comunidade sobre a importância da atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus e nos grupos de cuidados coletivos a serem desenvolvidos.

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

Detalhamento: A informação será divulgada através de reunião comunitária para a sensibilização da comunidade sobre a importância da atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus e nos grupos de cuidados coletivos a serem desenvolvidos.

✓ *Qualificação da Prática Clínica:*

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na Unidade de Saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: A capacitação dos profissionais ocorrerá durante as reuniões semanais da equipe, em espaço de tempo destinado tal fim. Além da discussão do protocolo, cartazes com os exames

complementares a serem solicitados para todos os usuários diabéticos foram fixados nos consultórios.

Meta 4: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

Ações:

✓ *Monitoramento e Avaliação:*

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: A enfermagem já realiza a coordenação da quantidade de medicamentos da farmácia popular a serem distribuídos aos usuários diabéticos na própria Unidade, bem como validade dos mesmos, controle de estoque e o processo de distribuição.

✓ *Organização e Gestão do Serviço:*

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: A enfermagem já realiza a coordenação da quantidade de medicamentos da farmácia popular a serem distribuídos aos usuários diabéticos na própria Unidade, bem como validade dos mesmos, controle de estoque e o processo de distribuição.

- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

Detalhamento: A enfermagem já realiza a coordenação da quantidade de medicamentos da farmácia popular a serem distribuídos aos usuários diabéticos na própria Unidade, bem como validade dos mesmos, controle de estoque e o processo de distribuição.

✓ *Engajamento Público:*

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

Detalhamento: A informação será divulgada através de reunião comunitária para a sensibilização da comunidade sobre a importância da atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, nos grupos de

cuidados coletivos a serem desenvolvidos e também durante as consultas médicas.

✓ *Qualificação da Prática Clínica:*

- Realizar atualização do profissional no tratamento do diabetes.
Detalhamento: A capacitação dos profissionais ocorrerá durante as reuniões semanais da equipe, em espaço de tempo destinado tal fim. Durante a discussão do protocolo, será realizada atualização no tratamento do diabetes e de meios para se ter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
Detalhamento: A capacitação dos profissionais ocorrerá durante as reuniões semanais da equipe, em espaço de tempo destinado tal fim. Durante a discussão do protocolo, será realizada atualização no tratamento do diabetes e de meios para se ter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Meta 5: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Ações:

✓ *Monitoramento e Avaliação:*

- Monitorar as consultas periódicas anuais dos diabéticos com o dentista.
Detalhamento: Será solicitado ao odontólogo que informe, mensalmente, a relação dos usuários diabéticos que estiveram em consulta.

✓ *Organização e Gestão do Serviço:*

- Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao diabético.
Detalhamento: Já foi solicitado ao odontólogo da Unidade, entretanto este alega dificuldade de elaborar uma agenda de atenção ao diabético devido ao excesso de demanda de atendimentos.

- Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.

Detalhamento: Já foi solicitado ao odontólogo da Unidade, entretanto este alega dificuldade de elaborar uma agenda de atenção ao diabético devido ao excesso de demanda de atendimentos.

- Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para esses usuários.

Detalhamento: A problemática de excesso de demanda de atendimentos para o número diminuto de profissionais de saúde bucal já é de total conhecimento dos gestores. Entretanto, ainda não foram divulgadas propostas de como contornar tal situação por parte da gestão municipal.

✓ *Engajamento Público:*

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

Detalhamento: A coordenação da Unidade conversará com o líder comunitário para convidá-lo a participar da divulgação do projeto de intervenção. As informações também serão fornecidas nos grupos de cuidado.

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

Detalhamento: A comunidade já está ciente da condição da saúde bucal na Unidade. Durante a reunião comunitária para a sensibilização da comunidade sobre a importância da atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, pretendemos reforçar a necessidade da demanda junto aos gestores municipais.

✓ *Qualificação da Prática Clínica:*

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

Detalhamento: Foi solicitado ao odontólogo da Unidade que realize uma capacitação de toda equipe, durante uma das reuniões semanais da equipe, para a adequada avaliação bucal do usuário diabético.

Objetivo 3: Ampliar adesão ao acompanhamento dos usuários diabéticos na área de abrangência da Unidade de Saúde.

Meta 6: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na Unidade de Saúde mediante rastreio semanal.

Ações:

✓ *Monitoramento e Avaliação:*

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

Detalhamento: O agendamento das consultas poderá ser realizado durante todos os turnos de funcionamento da Unidade. Também será possível realizar o agendamento da consulta subsequente na ocasião da consulta atual. A secretária está responsável de realizar o levantamento semanal dos pacientes diabéticos faltosos às consultas programáticas.

✓ *Organização e Gestão do Serviço:*

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Detalhamento: Durante a reunião semanal da equipe, a secretária repassará aos ACS a relação dos usuários diabéticos faltosos às consultas programáticas da semana anterior. Assim, os ACS poderão realizar a busca ativa destes usuários e averiguar a razão para o não comparecimento à consulta.

- Organizar a agenda dos diabéticos das buscas domiciliares.

Detalhamento: O agendamento destes usuários será realizado na Unidade dentro de um dos três turnos semanais previstos para o atendimento dos mesmos.

✓ *Engajamento Público:*

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento: A informação será divulgada através de reunião comunitária para a sensibilização da comunidade sobre a importância da atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, nos grupos de cuidados coletivos a serem desenvolvidos e também durante as consultas médicas.

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

Detalhamento: A escuta da comunidade ocorrerá através da coleta das opiniões dos usuários participantes dos grupos de cuidado coletivo. As propostas serão registradas e discutidas na reunião da equipe quanto à viabilidade de execução.

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

Detalhamento: A informação será divulgada através de reunião comunitária para a sensibilização da comunidade sobre a importância da atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, nos grupos de cuidados coletivos a serem desenvolvidos e também durante as consultas médicas.

✓ *Qualificação da Prática Clínica:*

- Treinar os ACS para a orientação de diabéticos quanto à realização das consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: A capacitação dos ACS ocorrerá durante as reuniões semanais da equipe, em espaço de tempo destinado tal fim. Com isso, pretende-se que os ACS tenham noções básicas sobre sinais e sintomas de quadros de descompensação de Diabetes Mellitus e também saibam orientar a necessidade da realização de consultas periódicas para os usuários diabéticos.

Objetivo 4: Melhorar a forma de registro das fichas de acompanhamento dos usuários diabéticos na área de abrangência da Unidade de Saúde.

Meta 7: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações:✓ *Monitoramento e Avaliação:*

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

Detalhamento: O monitoramento da qualidade dos registros dos usuários diabéticos será realizado pela médica ao final de cada turno de atendimento.

✓ *Organização e Gestão do Serviço:*

- Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: O número de usuários diabéticos adscritos à Unidade encontra-se desatualizado, após o remapeamento desses usuários pelos ACS, a coordenação da Unidade realizará a atualização mensal do SIAB.

- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.

Detalhamento: Serão utilizadas as planilhas eletrônicas e as fichas-espelho disponibilizadas pela Especialização para o registo e acompanhamento da intervenção.

- Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: O preenchimento das fichas-espelho será realizado pela médica durante as consultas programáticas e pelos técnicos de enfermagem, nas consultas de acolhimento.

- Definir responsável pelo monitoramento registros.

Detalhamento: A enfermagem realizará, mensalmente, o monitoramento dos registros, bem como a avaliação da intervenção.

- 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, à não realização de estratificação de risco, à não avaliação de comprometimento de órgãos-alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: As planilhas eletrônicas disponibilizadas pela Especialização são capazes de viabilizar o acesso ao registro de usuários diabéticos com atraso na realização de consulta de acompanhamento,

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.

✓ *Engajamento Público:*

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

Detalhamento: As informações serão divulgadas através de reunião comunitária para a sensibilização da comunidade sobre a importância da atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, nos grupos de cuidados coletivos a serem desenvolvidos e também durante as consultas médicas.

✓ *Qualificação da Prática Clínica:*

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

Detalhamento: Toda a equipe será capacitada para o correto preenchimento da ficha-espelho, visto que este instrumento contém todos os dados necessários para o adequado acompanhamento do usuário diabético.

- Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Toda a equipe será capacitada para o correto preenchimento da ficha-espelho, visto que este instrumento contém todos os dados necessários para o adequado acompanhamento do usuário diabético.

Objetivo 5: Avaliar o risco cardiovascular dos usuários diabéticos na área de abrangência da Unidade de Saúde.

Meta 8: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

Ações:

✓ *Monitoramento e Avaliação:*

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

Detalhamento: Este monitoramento será realizado mensalmente a partir dos dados coletados das fichas-espelho disponibilizadas pela Especialização e organizados nas planilhas eletrônicas também disponibilizadas pela mesma.

✓ *Organização e Gestão do Serviço:*

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Detalhamento: Estes usuários serão orientados a comparecer às consultas com maior frequência. Uma vez identificados, também serão repassados aos ACS para o acompanhamento ativo dos mesmos.

- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: O agendamento destes usuários será realizado na Unidade dentro de um dos três turnos semanais previstos para o atendimento dos mesmos.

✓ *Engajamento Público:*

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

Detalhamento: As informações serão disponibilizadas após a avaliação do risco durante as consultas médicas e reforçadas em outras oportunidades, como nos grupos de cuidados coletivos a serem desenvolvidos.

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

Detalhamento: As informações serão divulgadas através de reunião comunitária para a sensibilização da comunidade sobre a importância da atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, nos grupos de cuidados coletivos a serem desenvolvidos e também durante as consultas médicas.

✓ *Qualificação da Prática Clínica:*

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

Detalhamento: A capacitação dos profissionais ocorrerá durante as reuniões semanais da equipe, em espaço de tempo destinado tal fim. Durante a discussão, será realizada atualização sobre a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, sobre a importância do correto registro desta avaliação e sobre estratégias para controle de fatores de risco modificáveis.

- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento: A capacitação dos profissionais ocorrerá durante as reuniões semanais da equipe, em espaço de tempo destinado tal fim. Durante a discussão, será realizada atualização sobre a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, sobre a importância do correto registro desta avaliação e sobre estratégias para controle de fatores de risco modificáveis.

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

Detalhamento: A capacitação dos profissionais ocorrerá durante as reuniões semanais da equipe, em espaço de tempo destinado tal fim. Durante a discussão, será realizada atualização sobre a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, sobre a importância do correto registro desta avaliação e sobre estratégias para controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6: Promover orientações quanto a boas práticas para uma melhor qualidade de vida aos usuários diabéticos na área de abrangência da Unidade de Saúde.

Meta 9: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

Ações:

✓ *Monitoramento e Avaliação:*

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.

Detalhamento: A orientação nutricional será realizada de forma sistemática durante as consultas médicas e assinaladas nas fichas-espelho disponibilizadas pela Especialização. Mensalmente, esses registros serão monitorados pelas planilhas eletrônicas também disponibilizadas pela Especialização.

✓ *Organização e Gestão do Serviço:*

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: Grupos de cuidado coletivo serão realizados quinzenalmente para orientação de alimentação saudável, prática de atividade física regular, cessação do tabagismo, higiene bucal, entre outros assuntos.

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

Detalhamento: Os grupos de cuidado coletivo contarão com a participação de diferentes profissionais para a divulgação das orientações e para a elucidação de dúvidas dos usuários. Entre eles, nutricionistas e acadêmicos de nutrição de uma das universidades que já utilizam a Unidade como campo de estágio. Essa parceria será coordenada pela enfermagem.

✓ *Engajamento Público:*

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

Detalhamento: As informações serão disponibilizadas de forma sistemática durante as consultas médicas e reforçadas em outras oportunidades, como nos grupos de cuidados coletivos a serem desenvolvidos.

✓ *Qualificação da Prática Clínica:*

- Capacitar a equipe da Unidade de Saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Detalhamento: A capacitação dos profissionais ocorrerá durante as reuniões semanais da equipe, em espaço de tempo destinado tal fim. Durante a discussão, será realizada atualização sobre práticas de alimentação saudável e metodologias de educação em saúde.

- Capacitar a equipe da Unidade de Saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: A capacitação dos profissionais ocorrerá durante as reuniões semanais da equipe, em espaço de tempo destinado tal fim. Durante a discussão, será realizada atualização sobre práticas de alimentação saudável e metodologias de educação em saúde.

Meta 10: Garantir orientação sobre prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

Ações:

✓ *Monitoramento e Avaliação:*

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

Detalhamento: A orientação para atividade física regular será realizada de forma sistemática durante as consultas médicas e assinaladas nas fichas-espelho disponibilizadas pela Especialização. Mensalmente, esses registros serão monitorados pelas planilhas eletrônicas também disponibilizadas pela Especialização.

✓ *Organização e Gestão do Serviço:*

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: Grupos de cuidado coletivo serão realizados quinzenalmente para orientação de alimentação saudável, prática de atividade física regular, cessação do tabagismo, higiene bucal, entre outros assuntos.

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

Detalhamento: Os grupos de cuidado coletivo contarão com a participação de diferentes profissionais para a divulgação das orientações

e para a elucidação de dúvidas dos usuários. Entre eles, educadores físicos e acadêmicos de educação física de uma das universidades que já utilizam a Unidade como campo de estágio. Essa parceria será coordenada pela enfermagem.

✓ *Engajamento Público:*

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

Detalhamento: As informações serão disponibilizadas de forma sistemática durante as consultas médicas e reforçadas em outras oportunidades, como nos grupos de cuidados coletivos a serem desenvolvidos.

✓ *Qualificação da Prática Clínica:*

- Capacitar a equipe da Unidade de Saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Detalhamento: A capacitação dos profissionais ocorrerá durante as reuniões semanais da equipe, em espaço de tempo destinado tal fim. Durante a discussão, será realizada atualização sobre a promoção da prática de atividade física regular e metodologias de educação em saúde.

- Capacitar a equipe da Unidade de Saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: A capacitação dos profissionais ocorrerá durante as reuniões semanais da equipe, em espaço de tempo destinado tal fim. Durante a discussão, será realizada atualização sobre a promoção da prática de atividade física regular e metodologias de educação em saúde.

Meta 11: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

Ações:

✓ *Monitoramento e Avaliação:*

- Monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.

Detalhamento: A orientação sobre riscos do tabagismo será realizada de forma sistemática durante as consultas médicas e assinaladas nas fichas-espelho disponibilizadas pela Especialização. Mensalmente, esses registros serão monitorados pelas planilhas eletrônicas também disponibilizadas pela Especialização.

✓ *Organização e Gestão do Serviço:*

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

Detalhamento: O município já disponibiliza um serviço especializado para o abandono do tabagismo. Nesse serviço há psicoterapia em grupo, palestras sobre os riscos de tabagismo, acompanhamento multidisciplinar e distribuição de medicações para a cessação do tabagismo. É possível encaminhar os usuários com facilidade e rapidez para tal serviço.

✓ *Engajamento Público:*

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

Detalhamento: As informações serão disponibilizadas de forma sistemática durante as consultas médicas e reforçadas em outras oportunidades, como nos grupos de cuidados coletivos a serem desenvolvidos.

✓ *Qualificação da Prática Clínica:*

- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento: A capacitação dos profissionais ocorrerá durante as reuniões semanais da equipe, em espaço de tempo destinado tal fim. Durante a discussão, será realizada atualização o tratamento de usuários tabagistas e metodologias de educação em saúde.

- Capacitar a equipe da Unidade de Saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: A capacitação dos profissionais ocorrerá durante as reuniões semanais da equipe, em espaço de tempo destinado tal fim.

Durante a discussão, será realizada atualização o tratamento de usuários tabagistas e metodologias de educação em saúde.

Meta 12: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

Ações:

✓ *Monitoramento e Avaliação:*

- Monitorar as consultas periódicas anuais dos diabéticos com o dentista.

Detalhamento: Será solicitado ao odontólogo que informe, mensalmente, a relação dos usuários diabéticos que estiveram em consulta.

✓ *Organização e Gestão do Serviço:*

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

Detalhamento: Já foi solicitado ao odontólogo da Unidade, entretanto este alega dificuldade de elaborar uma agenda de atenção ao diabético devido ao excesso de demanda de atendimentos.

- Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.

Detalhamento: Já foi solicitado ao odontólogo da Unidade, entretanto este alega dificuldade de elaborar uma agenda de atenção ao diabético devido ao excesso de demanda de atendimentos.

- Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para esses usuários.

Detalhamento: A problemática de excesso de demanda de atendimentos para o número diminuto de profissionais de saúde bucal já é de total conhecimento dos gestores. Entretanto, ainda não foram divulgadas propostas de como contornar tal situação por parte da gestão municipal.

✓ *Engajamento Público:*

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

Detalhamento: A coordenação da Unidade conversará com o líder comunitário para convidá-lo a participar da divulgação do projeto de intervenção. As informações também serão fornecidas nos grupos de cuidado.

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

Detalhamento: A comunidade já está ciente da condição da saúde bucal na Unidade. Durante a reunião comunitária para a sensibilização da comunidade sobre a importância da atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, pretendemos reforçar a necessidade da demanda junto aos gestores municipais.

✓ *Qualificação da Prática Clínica:*

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

Detalhamento: Foi solicitado ao odontólogo da Unidade que realize uma capacitação de toda equipe, durante uma das reuniões semanais da equipe, para a adequada avaliação bucal do usuário diabético.

2.3.2 Indicadores

A qualidade das ações realizadas durante a intervenção e o seu respectivo impacto na promoção de saúde dos usuários será estimada por meio de indicadores. Para o seu cálculo serão coletados dados diariamente durante as atividades cotidianas da ESF – fichas-espelho (anexo A) – os quais serão analisados mensalmente por intermédio de planilhas eletrônicas (anexo B).

Hipertensos

- **Objetivo 1:** Ampliar em 90% a cobertura de atendimento qualificado na área de abrangência da Unidade de Saúde aos usuários hipertensos no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial.

Meta 1: Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial.

Indicador 1: Cobertura do Programa de Atenção ao Hipertenso na Unidade de Saúde.

- ✓ *Numerador:* Número de hipertensos residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde, cadastrados no seu Programa de Atenção à Hipertensão Arterial.
- ✓ *Denominador:* Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde.

- **Objetivo 2:** Prestar atendimento clínico de qualidade aos usuários hipertensos na área de abrangência da Unidade de Saúde.

Meta 2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com os protocolos dos Programas de Atenção à Hipertensão Arterial.

- ✓ *Numerador:* Número de hipertensos com exame clínico apropriado.
- ✓ *Denominador:* Número total de hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

Meta 3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia, de acordo com os protocolos dos Programas de Atenção à Hipertensão Arterial.

Indicador 3: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia, de acordo com os protocolos dos Programas de Atenção à Hipertensão Arterial.

- ✓ *Numerador:* Número de hipertensos com exames complementares apropriados.
- ✓ *Denominador:* Número total de hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

Meta 4: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador 4: 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 5: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 5: 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.

- **Objetivo 3:** Ampliar a adesão ao acompanhamento dos usuários hipertensos na área de abrangência da Unidade de Saúde.

Meta 6: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na Unidade de Saúde por meio de rastreio semanal.

Indicador 6: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

✓ *Denominador:* Número total de hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde faltosos às consultas.

- **Objetivo 4:** Melhorar a forma de registro das fichas de acompanhamento dos usuários hipertensos na área de abrangência da Unidade de Saúde.

Meta 7: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador 7: 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.

- **Objetivo 5:** Avaliar o risco cardiovascular dos usuários hipertensos na área de abrangência da Unidade de Saúde.

Meta 8: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador 8: 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.

- **Objetivo 6:** Promover orientações quanto a boas práticas para uma melhor qualidade de vida aos usuários hipertensos na área de abrangência da Unidade de Saúde.

Meta 9: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador 9: 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 10: Garantir orientação sobre prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador 10: 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 total de hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

Meta 11: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador 11: 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 total de hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

Meta 12: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador 12: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

- ✓ *Numerador:* Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.
- ✓ *Denominador:* Número total de hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

Diabéticos

- **Objetivo 1:** Ampliar em 90% a cobertura de atendimento qualificado na área de abrangência da Unidade de Saúde aos usuários diabéticos no Programa de Atenção ao Diabetes Mellitus.

Meta 1: Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção ao Diabetes Mellitus.

Indicador 1: Cobertura do Programa de Atenção ao Diabético na Unidade de Saúde.

- ✓ *Numerador:* Número de diabéticos residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde cadastrados no seu Programa de Atenção ao Diabetes Mellitus.
- ✓ *Denominador:* Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde.

- **Objetivo 2:** Prestar atendimento clínico de qualidade aos usuários diabéticos na área de abrangência da Unidade de Saúde.

Meta 2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com os protocolos dos Programas de Atenção ao Diabetes Mellitus.

- ✓ *Numerador:* Número de diabéticos com exame clínico apropriado.
- ✓ *Denominador:* Número total de diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

Meta 3: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com os protocolos dos Programas de Atenção ao Diabetes Mellitus.

Indicador 3: Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com os protocolos dos Programas de Atenção ao Diabetes Mellitus.

- ✓ *Numerador:* Número de diabéticos com exames complementares apropriados.
- ✓ *Denominador:* Número total de diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

Meta 4: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador 4: 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 5: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 5: Proporção de diabéticos 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:** Ampliar adesão ao acompanhamento dos usuários diabéticos na área de abrangência da Unidade de Saúde.

Meta 6: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na Unidade de Saúde por meio de rastreio semanal.

Indicador 6: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

- ✓ *Numerador:* Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

- ✓ *Denominador*: Número total de diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde e faltosos às consultas.

- **Objetivo 4**: Melhorar a forma de registro das fichas de acompanhamento dos usuários diabéticos na área de abrangência da Unidade de Saúde.
Meta 7: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.
Indicador 7: 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**: Avaliar o risco cardiovascular dos usuários diabéticos na área de abrangência da Unidade de Saúde.
Meta 8: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.
Indicador 8: 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 orientações quanto a boas práticas para uma melhor qualidade de vida aos usuários diabéticos na área de abrangência da Unidade de Saúde.
Meta 9: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.
Indicador 9: 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 10**: Garantir orientação sobre prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador 10: 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 total de diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

Meta 11: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador 11: 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 total de diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

Meta 12: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador 12: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

- ✓ *Numerador:* Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.
- ✓ *Denominador:* Número total de diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

2.3.3 Logística

Para qualificar o atendimento, o processo de trabalho basear-se-á nos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde (2013). Como a unidade não possui padronização de registros, a implantação de fichas-espelho, elaboradas pelo Programa da Especialização em Saúde da Família da UFPel, será iniciada com todos os dados necessários para a avaliação da linha de cuidados.

Essas fichas serão preenchidas durante as consultas médicas dos usuários, bem como ao longo do acolhimento realizado pelo técnico de enfermagem. Após seu preenchimento, elas serão anexadas aos prontuários. Nossa unidade realiza o atendimento de aproximadamente 140 usuários hipertensos e diabéticos por mês.

Desta maneira, será necessário que o coordenador da Unidade entre em contato, via memorando, com a gestão municipal para que esta disponibilize as

fichas-espelho em quantidade suficiente. Como a Unidade não apresenta sistema informatizado, o registro desses usuários será realizado a partir de um caderno específico ao final de cada turno de atendimento pelo médico da Unidade. Este registro será feito a partir dos dados coletados na ficha-espelho. Semanalmente, estes dados serão repassados para um banco de dados eletrônico para facilitar o acompanhamento da intervenção, o qual será avaliado pela enfermagem de maneira mensal.

Devido à grande quantidade de usuários, inicialmente será realizado o registro nas fichas-espelho de usuários que vierem à Unidade sob a forma de livre demanda. Concomitantemente, será realizada a busca ativa dos usuários pelos ACS a fim de sensibilizá-los para o comparecimento às consultas e desta forma, aumentar a cobertura de atendimento/acompanhamento qualificado. Esta busca ativa ocorrerá sob a forma de visitas domiciliares com carga horária semanal de cinco horas.

Atualmente o registro de usuários cadastrados pelo Hiperdia encontra-se defasado, de modo que não é possível organizar o serviço a partir de tais dados, sendo necessária a sua atualização. A atualização do cadastro do Hiperdia vem sendo realizado pelos ACS nas fichas padronizadas disponibilizadas pela Secretaria Municipal de Saúde. Estes têm um turno semanal de suas atividades dedicadas para esse fim.

A definição do foco do Projeto de Intervenção foi discutida com a equipe e bem aceita pelo grupo. Desta maneira, as atividades serão organizadas com o intuito de realizar a qualificação da equipe para que todos saibam seu papel e sua importância no processo. Com o objetivo de não prejudicar as atividades já desenvolvidas, acordou-se que a qualificação ocorrerá de forma semanal durante as reuniões da equipe ao longo de quatro semanas. Serão disponibilizadas cópias eletrônicas dos Cadernos de Atenção Básica para todos os membros a fim de que haja uma roda de discussão. A cada encontro serão discutidas diferentes partes de tais manuais, coordenadas pelo enfermeiro e/ou médico da Unidade.

Devido à grande quantidade de usuários, as consultas programáticas serão ampliadas para três turnos semanais, com aumento da duração do tempo de consulta (20 para 30 minutos). Além dos atendimentos programáticos, também será disponibilizado um período de tempo ao final de todos os turnos de atendimento da Unidade para acolher eventuais intercorrências que possam acontecer com esses

usuários (reserva para o atendimento de dois a três usuários no turno). A partir desta organização pretende-se que todo o usuário que busca a Unidade já possa agendar seu retorno (até o momento o sistema de marcação de consultas é realizado apenas de maneira semanal).

A partir do caderno de registro de tais usuários também será possível realizar a busca ativa dos usuários faltosos. A lista dos usuários que não comparecem às consultas agendadas na semana será redigida pela recepcionista da Unidade e repassada ao médico ou enfermeiro. Estes profissionais serão responsáveis pela procura de tais usuários no caderno de registros. Uma vez identificados, os ACS serão comunicados na reunião semanal da equipe (na semana seguinte) para que façam a busca ativa dos faltosos (visita domiciliar/telefonema).

Com o objetivo de sensibilizar a comunidade a respeito dessa nova lógica de processo de trabalho será realizada uma reunião comunitária. O evento será divulgado na comunidade por meio de cartazes fixados no centro comunitário, na escola, na UBS e também por meio de informação verbal por toda equipe da Unidade aos usuários que buscarem seus serviços, e pelos ACS durante as visitas domiciliares. Nesse encontro toda a equipe da UBS estará presente com o intuito de divulgar as modificações do processo de trabalho na Unidade: qualificação dos atendimentos, a importância do cuidado regular de saúde e a realização de atividades quinzenais em grupos.

A organização de grupos de cuidado para a prática de atividade física, aconselhamento de alimentação saudável e cessação de tabagismo ocorrerá de maneira quinzenal com equipe multidisciplinar (manhãs de 2ª e 4ª sextas-feiras de cada mês). Além da equipe da própria Unidade, estes grupos contarão com a presença de professores e acadêmicos de diferentes instituições parceiras de ensino superior do município que já utilizavam a UBS como campo de estágio. A cada encontro, um grupo de profissionais (Medicina/Enfermagem/Fisioterapia/Educação Física/Terapia Ocupacional) será responsável por organizar atividades com estes usuários em espaço apropriado dentro da comunidade.

O cronograma dessas atividades coletivas será coordenado mensalmente pela enfermeira e repassado na primeira reunião semanal de cada mês. Desta forma, todos os membros da equipe poderão divulgar verbalmente tais encontros ao mesmo tempo em que cartazes confeccionados na própria Unidade poderão ser fixados no centro comunitário, na escola e na própria UBS.

3 Relatório da Intervenção

Este capítulo tem o intuito de realizar uma análise mais detalhada das ações desenvolvidas durante o período de agosto a outubro de 2014 – 12 semanas –, quando ocorreu a implementação e execução do Projeto de Intervenção na melhoria da qualidade à atenção dos usuários hipertensos e diabéticos da ESF Urlândia. A referida análise abrangerá os seguintes tópicos: as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, as ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados, bem como análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

O Projeto de Intervenção foi iniciado sem o conhecimento do número real de usuários hipertensos e diabéticos pertencentes ao território das ESFs, uma vez que tínhamos apenas estimativas com base em dados defasados do SIAB. O desafio inicial de iniciar o projeto de intervenção somou-se à reorganização desses registros. Foram necessários mais de 30 dias para realizar o levantamento de todos os usuários por parte dos ACS.

Com os dados em mãos realizei a digitalização de todos os usuários a partir de um cadastro por cada microárea e, finalmente, pude saber o número exato de hipertensos e diabéticos de cada área.

Com esses dados em mãos criou-se uma nova demanda: o cadastro do Hiperdia, que também estava defasado. A partir dessa situação houve certa confusão por parte da equipe sobre a diferença entre o Projeto de Intervenção e o Hiperdia, e sobre quem coordenaria as respectivas ações.

A partir desse ponto, as enfermeiras da Unidade assumiram a coordenação dos dados do Hiperdia e eu assumi a coordenação do Projeto de Intervenção. A coordenação do Projeto de Intervenção foi inicialmente designada aos enfermeiros, mas com a confusão que estava ocorrendo optei por assumir também esta atividade.

Nesse ponto vale ressaltar que todo o processo de capacitação da equipe, com a definição do papel de cada profissional durante a implementação do Projeto, foi devidamente realizado durante as reuniões semanais da equipe em período destinado à sua discussão.

Iniciamos três turnos de atendimento médico dedicados aos usuários hipertensos e diabéticos com uma média de oito consultas/turno. Antes de receberem atendimento médico, os usuários eram avaliados pelos técnicos de enfermagem que realizavam a verificação de peso, altura, circunferência abdominal, pressão arterial e hemogluco teste (HGT). Durante a consulta médica, os usuários foram avaliados conforme os protocolos do MS, de forma clínica e laboratorial. Na ocasião da consulta também eram repassadas orientações de hábitos de vida saudáveis (cessação tabagismo, atividade física regular, dieta equilibrada).

Inicialmente toda a equipe acatou muito bem o projeto, mas a partir do momento em que começaram a surgir algumas dificuldades – como as citadas anteriormente – tive que assumir algumas outras funções para não prejudicar o andamento do trabalho.

Assim, após o término das consultas (ao final do turno de atendimento) o preenchimento das fichas-espelho era realizado por mim e só depois elas eram devidamente arquivadas, conforme a data de atendimento. Além dessas tarefas realizei a coordenação dos dados coletados, o preenchimento das planilhas eletrônicas, e a verificação da qualidade das fichas-espelho.

Embora a minha Unidade contasse com duas equipes de ESF, no que diz respeito ao desenvolvimento do Projeto de Intervenção trabalhei como se houvesse apenas uma médica em toda a Unidade. Concomitante às atividades desenvolvidas por mim, médica Provac, havia ainda outra médica estrangeira, admitida pelo Programa Mais Médicos.

Apesar da sua capacitação, ela tinha certa dificuldade em realizar as consultas sob a lógica do MS, de forma que os usuários por ela atendidos não foram incluídos no projeto (coleta de dados precária). Devido a razões alheias, houve seu remanejamento para outra UBS e, então, fiquei aproximadamente 40 dias trabalhando como a única médica assistente de uma Unidade que abrange uma população de aproximadamente 11.000 usuários.

Durante esse processo discutimos em equipe uma estratégia para manter um volume mínimo de cadastramento de novos usuários ao Projeto. Optou-se,

então, por realizar a busca ativa por meio de visita domiciliar de tais usuários pelos ACS, acompanhados de três acadêmicos de Enfermagem em dois turnos semanais.

Com esta estratégia conseguimos manter um volume considerável de cadastramento e, ao mesmo tempo, realizar a captação de novos usuários para o atendimento na Unidade. Na ocasião das visitas domiciliares, os ACS eram responsáveis pelo preenchimento das fichas-espelho que posteriormente eram revisadas por mim na Unidade. Não quisemos realizar mutirões para cadastramento em larga escala sob a pena de corrermos o risco de perder qualidade dos registros.

A reunião comunitária para a divulgação da importância do cuidado ao usuário hipertenso e diabético ocorreu dentro do cronograma, durante o turno destinado para a realização da reunião da equipe (quarta-feira à tarde). Essa reunião foi amplamente divulgada durante duas semanas na comunidade através dos ACS e também com cartazes fixados na UBS, no centro comunitário e na escola.

O encontro ocorreu no centro comunitário e contou com a participação de toda a equipe atuante na ESF e de aproximadamente 150 usuários. Apesar do enfoque da reunião ter sido divulgado, esta reunião tornou-se um alvo de reclamações dos usuários sobre a dificuldade de conseguir atendimento e o número reduzido de profissionais atuantes na Unidade frente ao tamanho da população adscrita.

Sendo assim, a sensibilização da comunidade para a importância do cuidado ao usuário hipertenso e diabético ficou em segundo plano. Muitos usuários após realizarem suas reclamações pontuais se ausentaram da reunião, de maneira que pudemos orientar apenas metade do coro inicial.

Durante a implementação do Projeto de Intervenção, ações preventivas de cunho coletivo (com o auxílio de instituições de ensino que utilizam a Unidade para a realização de estágios) também foram realizadas. Inicialmente, acordou-se o desenvolvimento dessas atividades de maneira quinzenal. Entretanto, a baixa adesão dos usuários aos grupos de cuidado fez com que refletíssemos e desenvolvêssemos novas estratégias para a maior participação da comunidade.

Foi realizada busca ativa dos usuários hipertensos e diabéticos por meio de visitas domiciliares pelos acadêmicos de Enfermagem, os quais entregaram convites impressos e reforçaram a importância de atividades preventivas. Esse convite ocorreu durante as visitas domiciliares para a captação de novos usuários junto aos

ACS e também em visita domiciliar aos usuários já cadastrados. De maneira concomitante, esses convites foram distribuídos a todos os usuários que utilizaram a Unidade para verificação de pressão arterial (PA) e hemoglicoteste (HGT), consultas médicas e retirada de medicamentos. Além disso, cartazes foram fixados na Unidade e no Centro Comunitário para auxiliar a divulgação.

Dessa maneira ampliamos a divulgação e conseguimos quadruplicar a participação dos usuários nos grupos de cuidado durante as 12 semanas. Ademais, reduzimos a frequência desses encontros para a forma mensal a fim de conseguir captar mais usuários, sendo que obtivemos essa resposta positiva.

Durante os encontros tivemos a participação de acadêmicos de Enfermagem e Medicina que auxiliaram na elaboração das atividades executadas e na retirada das dúvidas dos usuários (apêndice A).

Nesse caráter preventivo aproveitamos a comemoração do Dia do Idoso, no mês de outubro, para a formação do nosso primeiro grupo de caminhada. Os benefícios da prática da caminhada vão além do controle de peso, níveis pressóricos, etc. Nesse ambiente de socialização também podemos combater o isolamento social e prevenir sintomas depressivos (bastante recorrentes entre os idosos da área).

O percurso foi realizado dentro da própria comunidade e tal projeto-piloto foi muito bem recebido pela comunidade, sendo que contamos com a participação de vários usuários, bem como de todos os profissionais que atuam na Unidade.

O projeto, contudo, só teve êxito a partir da integração do trabalho de diferentes profissionais: a Assistente Social, que promoveu a participação da banda marcial composta por adolescentes da comunidade; os acadêmicos do curso de Fisioterapia, que auxiliaram os idosos durante o percurso e deram dicas de alongamento; e os de Enfermagem e Técnicos de Enfermagem, que realizaram a aferição de PA antes da caminhada (Apêndice B).

Após essa primeira experiência fixamos um cronograma para o grupo de caminhadas ocorrer mensalmente, contando com a coordenação da Enfermagem da Unidade.

Também iniciamos outra atividade de relevância no processo de educação continuada: Saúde na Escola, a qual foi executada na Escola Municipal de Ensino Fundamental São Carlos. Essa escola pertence à área adscrita à ESF e atende crianças e adolescentes de 5 a 15 anos, todos usuários da Unidade.

Entendemos essa atividade como um importante passo para ações preventivas a serem inseridas no cotidiano da população. Nesses encontros mensais iniciamos um ciclo de atividades (palestras, atividades lúdicas, vídeos educativos) de acordo com a faixa etária dos escolares.

A primeira atividade realizada na escola, para aproximadamente 60 crianças de cinco a oito anos, teve o intuito de divulgar a importância da alimentação saudável – assunto tão em voga devido ao aumento de casos de obesidade (e demais distúrbios metabólicos associados) entre a população infantil.

Na segunda atividade ampliamos a cobertura dos alunos da escola da comunidade, pois trabalhamos em dois turnos. No turno da manhã realizamos atividades com as Séries Finais – adolescentes entre 13 e 15 anos – sobre Sexualidade. No turno da tarde damos seguimento ao trabalho com as crianças de cinco a oito anos, com o foco em higiene corporal (apêndice C).

Essas atividades na escola têm ocorrido mensalmente e de maneira multidisciplinar. Para tanto contamos com a participação de dentista, médico, enfermeiro, além de acadêmicos de Enfermagem e Medicina. A proposta tem sido bem aceita pela comunidade escolar e também foi recebida de maneira positiva pela gestão municipal.

Ressalto que tanto a atividade de Saúde na Escola quanto a formação do Grupo de Caminhadas não estavam previstos inicialmente em meu Projeto de Intervenção, mas como foram atividades importantes e que causaram grande repercussão na comunidade acredito que venham a melhorar a atenção aos usuários como um todo.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Frente a situações imprevistas e adaptações realizadas a fim de manter a realização do Projeto de Intervenção, tivemos algumas ações previstas que não foram desenvolvidas.

A busca ativa por usuários faltosos às consultas programáticas não ocorreu de maneira satisfatória. Ao final de cada semana realizamos a captação dos nomes dos usuários faltosos para a notificação aos ACS na reunião da equipe da próxima semana. Desta maneira, os mesmos poderiam realizar busca ativa desses usuários por intermédio de visita domiciliar.

Essa estratégia, entretanto, não foi efetiva. Fiz, então, o seguinte questionamento à coordenação dos ACS: ou a busca ativa de fato não foi realizada ou os usuários realmente apresentam má aderência. A fim de averiguar a efetividade das buscas ativas solicitei aos ACS o preenchimento e a apresentação dos formulários do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS) desses usuários nas reuniões semanais de equipe.

Realmente as visitas domiciliares para a realização da busca ativa dos usuários estava sendo realizada, no entanto, os usuários seguiam faltosos às consultas. Aventou-se, então, a possibilidade de realizar este rastreo por telefone via secretária da Unidade. Também não houve sucesso: muitos usuários possuem telefone celular e acabam por trocar seus números de contato com certa frequência. Desta maneira, não conseguimos localizá-los.

A avaliação odontológica dos usuários hipertensos e diabéticos pelo profissional odontólogo também foi uma ação que não conseguimos desenvolver.

Além de existir apenas uma equipe de saúde bucal para atender aproximadamente 15 mil usuários (área de abrangência das duas equipes de ESF que atuam em nossa UBS e mais uma equipe de outra ESF vizinha), tivemos o remanejamento destes profissionais por volta da 6ª semana de intervenção.

Atualmente, a equipe é composta apenas por uma nova odontóloga. O auxiliar de consultório odontológico e o antigo odontólogo foram realocados para outras unidades. Esta nova profissional está tentando reestabelecer, a passos lentos, a prática de ações preventivas. Como isso acaba por reduzir o número de consultas, pois há certa resistência por parte dos usuários com relação a essa prática.

No último mês reunimos o Grupo de Gestantes, Saúde na Escola, o Grupo de Caminhadas, o Grupo dos usuários Hipertensos e Diabéticos, dos quais participei ativamente e expliquei a todos os usuários a importância das ações preventivas na saúde bucal.

Aos poucos o agendamento com foco nas estratégias de saúde da gestante, saúde da criança (0 a 2 anos), etc., está sendo reestruturado. Acredito que com o tempo se consiga reestabelecer essa linha de cuidado também ao usuário hipertenso e diabético.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização de dados

A coleta de dados ocorreu a partir da utilização das fichas-espelho sugeridas pelo Programa da Especialização em Saúde da Família da UFPel.

Como o preenchimento das fichas-espelhos coube basicamente a mim, não tive grandes dificuldades com o seu manuseio. Os ACS que realizaram o seu preenchimento na ocasião das visitas domiciliares também não encontraram maiores dificuldades.

Após o início de sua utilização, entretanto, senti falta de locais para especificar o hábito de tabagismo/etilismo, bem como a realização de exames de fundo de olho.

Como iniciei minhas atividades na Unidade em março de 2014, desde então tenho realizado o atendimento médico de acordo com os protocolos do MS. Desta maneira, grande parte dos usuários cadastrados já possuíam exames complementares em dia ou estavam com os pedidos encaminhados. O que facilitou o preenchimento das fichas-espelho e a boa cobertura deste indicador.

Em relação à sistematização de dados, considero que as orientações preventivas não consideram a individualidade de cada usuário. Como vou orientar a prática de atividade física a um usuário acamado? Como vou orientar a cessação de tabagismo a um usuário sabidamente não tabagista?

Ao realizar o preenchimento da planilha de coleta de dados no primeiro mês de intervenção vi que meus indicadores de orientações de hábitos de vida saudáveis não estavam em 100%, apesar de realizá-los de maneira sistemática durante as consultas e visitas domiciliares.

Desta maneira corrigi o “erro” e considerei as orientações para todos os usuários, apesar de, ao meu ver, não ser o mais correto.

Outra dificuldade que tive com a sistematização dos dados foi o preenchimento das células “apenas usuários hipertensos”, “apenas usuários diabéticos”. Discuti essa situação com o meu orientador, pois é relativamente comum a coexistência dessas patologias em um mesmo usuário. No primeiro mês não contabilizei usuários hipertensos e diabéticos e obtive uma cobertura muito baixa. Dessa forma, considerei esses usuários de forma duplicada (foram contados como usuário hipertenso e como usuário diabético).

Além dessas questões, um grande entrave que, por vezes, tornou o processo de trabalho massivo, foi a falta de informatização da UBS. Todos os usuários são cadastrados em planilhas de papel para posterior digitalização, situação que requer trabalho dobrado, pois todo esse material é levado para digitalizar em casa.

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço

Ao final das 12 semanas da implementação do Projeto de Intervenção constatamos que o processo está bem organizado e já incorporado à rotina da Unidade.

Finalmente, o acolhimento qualificado por parte da equipe como um todo, com cada profissional sabendo seu papel no fluxo do atendimento, começou a demonstrar bons resultados. Os usuários que chegam à Unidade, seja para verificação de PA, HGT, peso, retirada de medicamentos ou então para consultas são orientados a respeito do profissional que irá atendê-los e por quanto tempo terão de aguardar pelo atendimento. Essa dinâmica se tornou essencial para evitar tumultos na sala de espera e agressões verbais contra a equipe, entretanto, não chegou a ser mencionada durante o projeto em si, pois não se relacionava especificamente com a intervenção e sim com a estratégia de funcionamento da ESF. Mesmo assim, acreditamos que seja fundamental para que as ações já implementadas possam continuar a ser desenvolvidas.

Especificamente sobre o Projeto de Intervenção percebe-se que houve excelente integração das atividades desenvolvidas pelos técnicos de enfermagem e dos médicos durante as consultas (verificação de peso, altura, circunferência abdominal, PA e HGT). Desta maneira, foi possível padronizar o atendimento de acordo com o preconizado pelo MS, que visivelmente melhorou a qualidade do cuidado.

Para que estas novas estratégias pudessem ser colocadas em prática, reduzimos o número de consultas e ampliamos o seu tempo de duração: três turnos semanais com média de oito consultas/cada. Tivemos, inicialmente, resistência muito grande dos usuários para essa nova lógica de atendimento. Felizmente todos os usuários que já consultaram nessa nova sistemática saíram satisfeitos com a

qualidade do atendimento e com a integralidade de ações entre os diferentes profissionais atuantes na ESF.

Toda essa reestruturação do processo de trabalho tem plenas condições de continuar a ser realizada, visto que já faz parte da rotina do trabalho da unidade. Tenho receio, entretanto, quanto às práticas de cunho preventivo realizadas nos grupos de cuidado. Nenhum profissional da Unidade quis assumir a coordenação dos grupos de gestante, de usuários hipertensos e diabéticos, e de saúde na escola. Sei que enquanto eu estiver na Unidade essas práticas vão existir, mas depois de minha saída da Unidade não sei até quando elas serão mantidas.

Essa é a minha principal crítica junto à gestão municipal: há alta rotatividade de médicos na Unidade aonde trabalho. Todos os anos há troca, seja por realocação do quadro de funcionários da Prefeitura, seja por caráter temporário do Provab. De forma que muitas ações são interrompidas justamente por outros profissionais da Unidade não realizarem sua coordenação.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

A seguir são analisados os resultados obtidos a partir das 12 semanas de implementação e execução do Projeto de Intervenção na melhora da qualidade à atenção dos usuários hipertensos e diabéticos da ESF Urlândia.

Hipertensos

- **Objetivo 1:** Ampliar em 90% a cobertura de atendimento qualificado na área de abrangência da Unidade de Saúde aos usuários hipertensos no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial.

Meta 1: Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial.

Indicador 1: Cobertura do Programa de Atenção ao Hipertenso na Unidade de Saúde.

Os dados referentes à cobertura populacional da Unidade de Saúde via SIAB estão defasados, sendo que sua última atualização ocorreu em 2012. Desta maneira, o número de usuários hipertensos estava apenas estimado. Com a realização de novo levantamento por parte dos ACS, por meio de busca ativa por visitas domiciliares, foi possível atualizar o número de usuários hipertensos adscritos à Unidade e confirmou-se que tais dados realmente estavam subestimados.

A partir dessa atualização foi possível organizar o serviço da Unidade a fim de garantir a captação do maior número possível de usuários hipertensos e, assim, manter a qualidade do atendimento.

Com um total de 11.000 usuários adscritos à UBS, a Unidade possui 924 hipertensos acima de 20 anos, todos residentes neste território. Ao final de 12 semanas conseguimos realizar uma cobertura de 36,4% desses usuários, visto que ampliamos os turnos de atendimento (de um turno para três turnos semanais) e realizamos busca ativa por intermédio de visitas domiciliares dos ACS (dois turnos

semanais). Tivemos, portanto, uma progressão de 96 cadastros no mês 1 (10,4%), 232 cadastros no mês 2 (25,1%), e 336 ao final do mês 3 (36,4%).

Apesar de a meta de cobertura de 90% não ter sido cumprida ao final de 12 semanas, se a organização do serviço da UBS for mantida, será possível atingi-la em até um ano, sem prejudicar a qualidade da atenção ao usuário hipertenso (Gráfico 1).

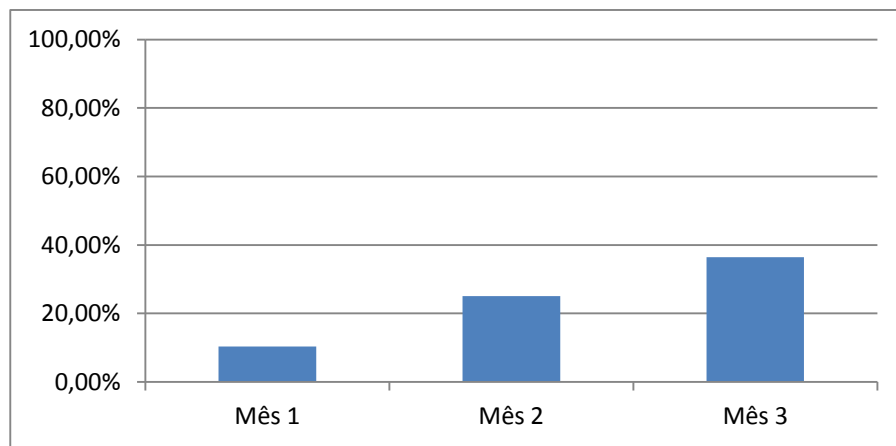


Gráfico 1. Evolução mensal do indicador cobertura do programa de atenção ao usuário hipertenso na Unidade de Saúde. Fonte: ESF Urlândia. Santa Maria, RS (2014).

- **Objetivo 2:** Prestar atendimento clínico de qualidade aos usuários hipertensos na área de abrangência da Unidade de Saúde.

Meta 2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com os protocolos dos Programas de Atenção à Hipertensão Arterial.

O exame clínico nos usuários hipertensos foi realizado de forma padronizada de acordo com os protocolos do MS. Ao longo das 12 semanas mantivemos a qualidade na sua realização – tivemos uma evolução de 93 usuários hipertensos adequadamente examinados clinicamente ao final do mês 1 (96,9%), 228 usuários hipertensos nessas condições ao final do mês 2 (98,3%), e 333 usuários hipertensos igualmente examinados ao final do mês 3 (99,1%).

Desta maneira, atingimos uma proporção de 99,1% de hipertensos com o exame clínico em dia, de acordo com o protocolo.

A meta de 100% não foi atingida devido a situações individualizadas de alguns usuários em que não foi possível realizar o exame adequadamente (usuários obesos mórbidos e acamados) (Gráfico 2).

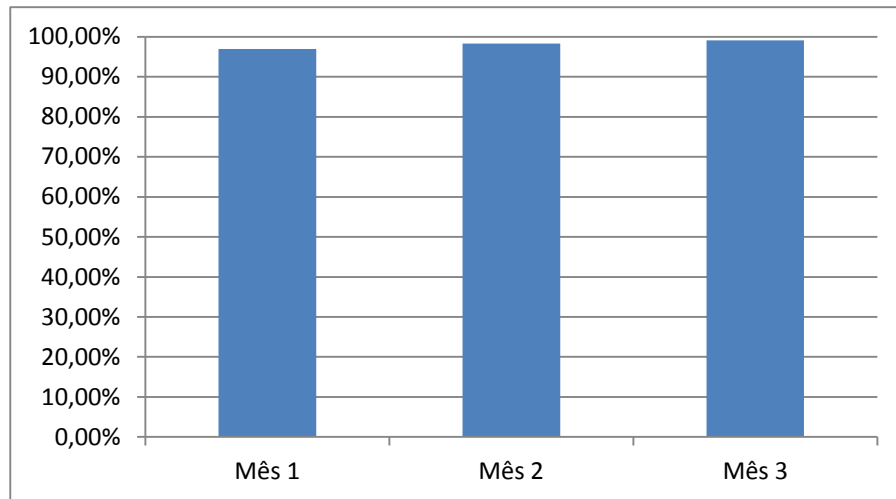


Gráfico 2. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.
Fonte: ESF Urlândia. Santa Maria, RS (2014).

Meta 3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com os protocolos dos Programas de Atenção à Hipertensão Arterial.

Indicador 3: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia, de acordo com os protocolos dos Programas de Atenção à Hipertensão Arterial.

A solicitação de exames complementares foi realizada sistematicamente, conforme o protocolo do MS (avaliação laboratorial anual e avaliação eletrocardiográfica bianual, por exemplo) durante as consultas médicas dos hipertensos. O tempo de demora da sua realização é, entretanto, uma situação que ultrapassa a governabilidade que possuímos frente à organização do atendimento a esses usuários, visto que está diretamente relacionado à gestão municipal.

Este motivo foi o principal agravante para não atingirmos a meta de 100% planejada inicialmente, e mantivemos uma proporção de 74,1% de hipertensos com os exames complementares em dia, de acordo com o protocolo.

Durante as 12 semanas do Projeto de Intervenção todos os hipertensos tiveram exames complementares solicitados (conforme a necessidade) a fim de mantê-los em dia, de acordo com o protocolo. Assim, de acordo com o protocolo,

evoluímos de 68 hipertensos com exames complementares em dia ao final do mês 1 (70,8%), passando para 171 hipertensos com os mesmos exames ao final do mês 2 (73,7%), e 249 hipertensos igualmente com tais exames em dia ao final do mês 3 (74,1%) (Gráfico 3).

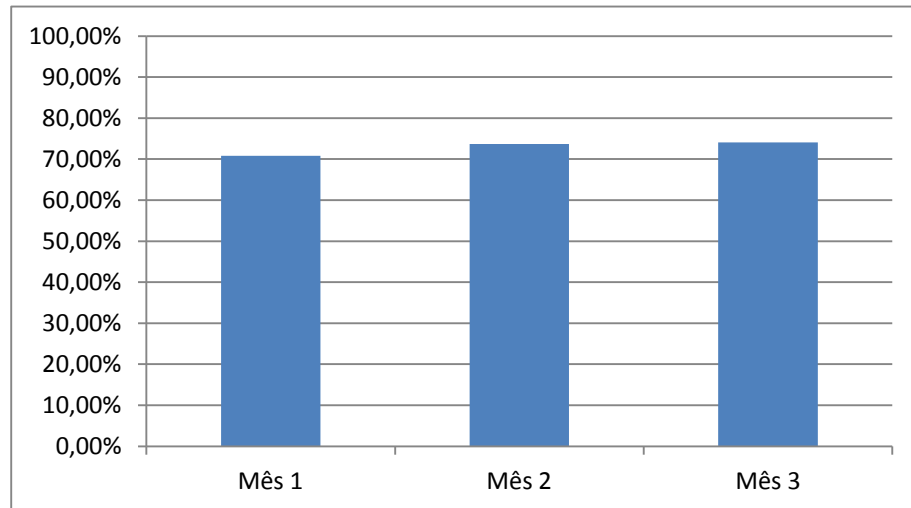


Gráfico 3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Fonte: ESF Urlândia. Santa Maria, RS (2014).

Meta 4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador 4: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

A população adscrita à Unidade de Saúde possui baixo poder aquisitivo, situação que se reflete durante os atendimentos clínicos, quando se percebe muita resistência com relação à prescrição de medicamentos que não são encontrados na Farmácia Popular.

Sendo assim, já é rotina da Unidade que os medicamentos prescritos façam parte da Farmácia Popular para o tratamento crônico de patologias, como a Hipertensão Arterial Sistêmica. Com isso, a meta de prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para 100% dos hipertensos foi atingida. No período analisado partiu-se de 96 hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular ao final do mês 1 (100%), passando para 232 hipertensos com a referida prescrição ao final do mês 2 (100%), e 336 hipertensos com a mesma prescrição ao final do mês 3 (100%) (Gráfico 4).

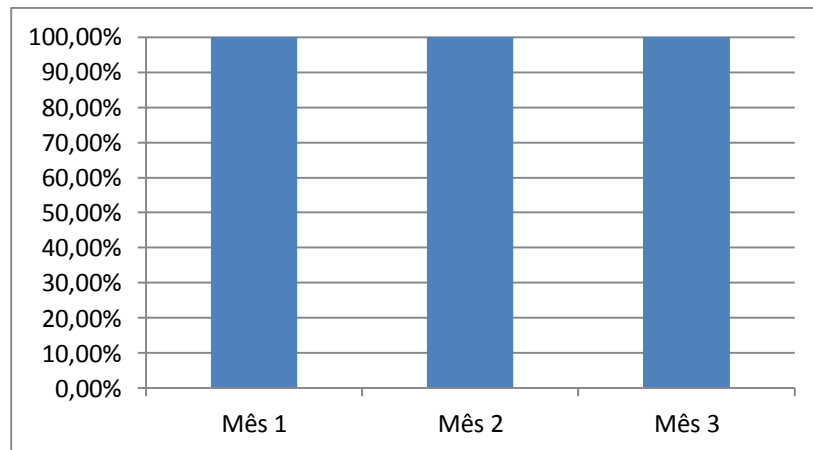


Gráfico 4. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. Fonte: ESF Urlândia. Santa Maria, RS (2014).

Meta 5: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 5: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

A avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi realizada de maneira sistemática durante todas as consultas médicas realizadas aos usuários hipertensos, tanto em nível ambulatorial quanto em nível domiciliar.

Desta maneira, tal meta de 100% logo no primeiro mês de intervenção e mantida ao longo das 12 semanas de intervenção: 96 hipertensos receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico ao final do mês 1 (100%), 232 hipertensos receberam a mesma avaliação da necessidade de atendimento odontológico ao final do mês 2 (100%), e 336 hipertensos receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico semelhante ao final do mês 3 (100%). (Gráfico 5).

Apesar de esta avaliação ter sido realizada de maneira satisfatória, atualmente na ESF há uma equipe de saúde bucal, composta por apenas uma odontóloga para atender aproximadamente 15 mil usuários (área de abrangência das duas equipes de ESF que atuam nesta UBS e mais uma equipe de outra ESF vizinha).

Por essa razão, o atendimento odontológico é realizado sob uma lógica estritamente assistencialista e em desacordo com o preconizado pelas políticas de

Atenção Básica. Sendo assim, estes usuários hipertensos avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico não necessariamente receberam atendimento especializado do profissional odontólogo ao longo da intervenção.

Com a recente realocação dos profissionais da saúde bucal que trabalhavam na Unidade está sendo retomada, a passos lentos, a prática de ações preventivas. Em consequência, foi reduzido o número de consultas, resultando em certa resistência por parte dos usuários.

Aos poucos o agendamento está sendo reestruturado com foco nas estratégias de saúde (da criança e da gestante). Acreditamos que futuramente também se consiga estender essa linha de cuidado ao usuário hipertenso.

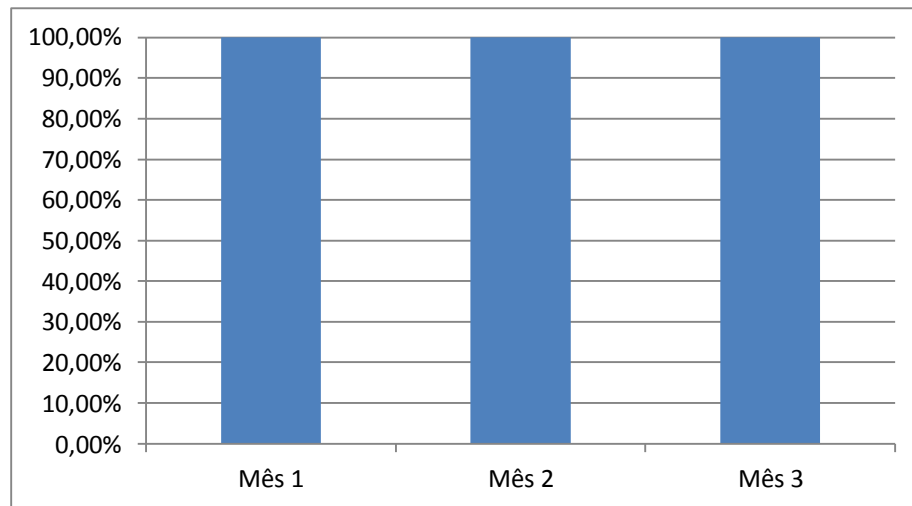


Gráfico 5. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
Fonte: ESF Urlândia. Santa Maria, RS (2014).

- **Objetivo 3:** Ampliar a adesão ao acompanhamento dos usuários hipertensos na área de abrangência da Unidade de Saúde.
- Meta 6:** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na Unidade de Saúde mediante rastreio semanal.
- Indicador 6:** Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

A busca ativa de usuários faltosos às consultas programáticas não ocorreu de maneira satisfatória. Ao final de cada semana eram listados os nomes dos usuários faltosos para notificação aos ACS na próxima reunião da equipe. Desta

maneira, os agentes poderiam realizar busca ativa desses usuários por meio de visita domiciliar.

Essa estratégia, porém, não foi efetiva. Levantamos a possibilidade de a busca ativa não ter sido realizada de fato, ou então que os usuários realmente estivessem apresentando má aderência. A fim de averiguar a realização das buscas ativas solicitamos aos ACS o preenchimento e a apresentação das SIA-SUS desses usuários nas reuniões semanais de equipe.

Constatou-se que as visitas domiciliares para a realização da busca ativa dos usuários estava sendo realizada, entretanto, os usuários seguiam faltosos às consultas. Aventou-se, então, a possibilidade de a secretária da Unidade realizar este rastreo por telefone. A iniciativa também não teve sucesso, pois muitos usuários possuem telefone celular e acabam por trocar seus números de contato com certa frequência. Desta maneira não foi possível localizá-los.

O resultado do período foi o seguinte: nenhum usuário hipertenso faltoso ao final do mês 1; dois usuários hipertensos faltosos ao final do mês 2; e cinco usuários hipertensos faltosos ao final do mês 3 e, conforme já discutido, os mesmos não retornaram às consultas. Sendo assim, esta ação não foi desenvolvida e a meta não foi atingida (Gráfico 6).

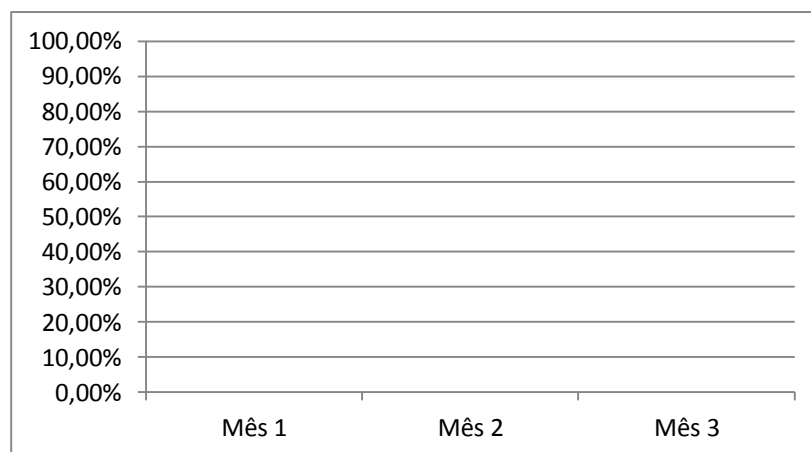


Gráfico 6. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.
Fonte: ESF Urlândia. Santa Maria, RS (2014).

- **Objetivo 4:** Melhorar a forma de registro das fichas de acompanhamento dos usuários hipertensos na área de abrangência da Unidade de Saúde.

Meta 7: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador 7: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Durante o período de capacitação da equipe para a execução do Projeto de Intervenção apresentamos a ficha-espelho e seu correto método de preenchimento. Apesar de toda equipe ter sido capacitada, o preenchimento das fichas-espelho foi designado a mim e aos ACS, que realizaram busca ativa por intermédio de visitas domiciliares.

A avaliação da qualidade dos registros também foi realizada por mim, de forma que eventuais falhas de preenchimento puderam ser rapidamente corrigidas e a meta de 100% de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento atingida. O resultado apresentou 84 usuários hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento ao final do mês 1 (87,5%), 232 hipertensos com o referido registro ao final do mês 2 (100%), e 336 hipertensos com o mesmo registro ao final do mês 3 (100%) (Gráfico 7).

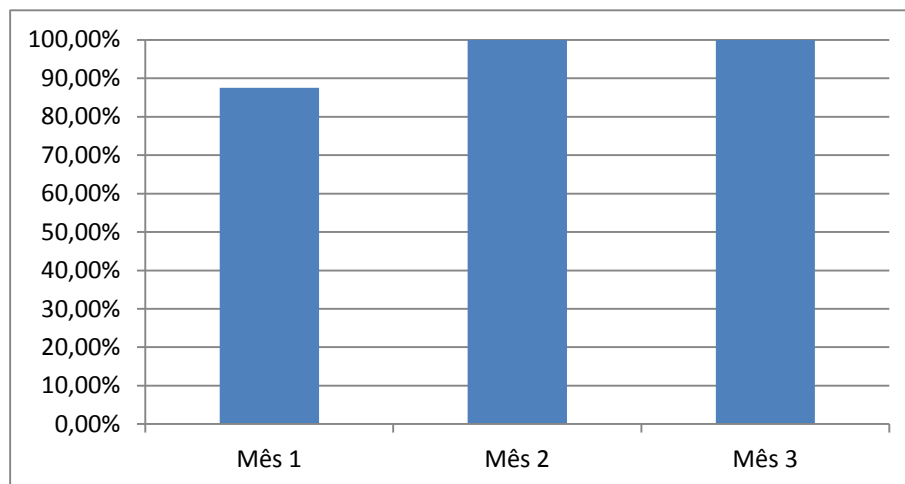


Gráfico 7. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.
Fonte: ESF Urlândia. Santa Maria, RS (2014).

- **Objetivo 5:** Avaliar o risco cardiovascular dos usuários hipertensos na área de abrangência da Unidade de Saúde.

Meta 8: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador 8: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

A avaliação quanto ao risco cardiovascular foi realizada de forma sistemática em todos os usuários hipertensos. Durante o atendimento desse usuário na Unidade de Saúde verificou-se o peso, a altura, a circunferência abdominal, e a pressão arterial a fim de se estabelecer o Escore de Framingham.

Com a integração do trabalho multidisciplinar entre médico e técnico de enfermagem foi possível adicionar, de maneira satisfatória, a aplicação do Escore de Framingham à rotina das consultas médicas. Com isso rapidamente atingimos a meta de 100% de hipertensos atendidos na Unidade, com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Vale ressaltar que para a aplicação dessa estratificação não utilizamos o parâmetro de lipidograma no momento da primeira consulta, apenas no retorno com exames laboratoriais.

Como há dependência de diversas aferições de pesos e medidas, esse processo não foi realizado de forma plena em usuários acamados. Por isso, a meta final atingida foi de 99,7%, ou seja: 67 hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia ao final do mês 1 (69,8%), 232 hipertensos nessas mesmas condições ao final do mês 2 (100%), e 335 hipertensos com este mesmo resultado ao final do mês 3 (99,7%) (Gráfico 8).

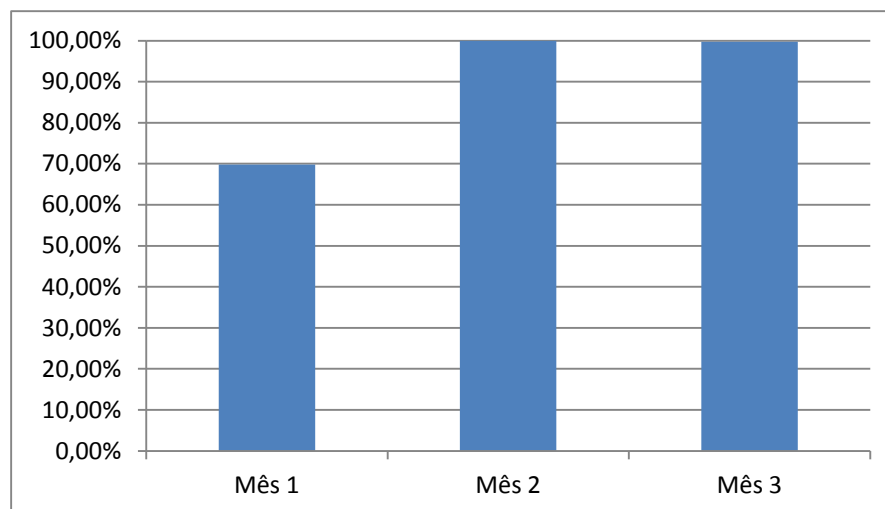


Gráfico 8. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Fonte: ESF Urlândia. Santa Maria, RS (2014).

- **Objetivo 6:** Promover orientações quanto a boas práticas para uma melhor qualidade de vida aos usuários hipertensos na área de abrangência da Unidade de Saúde.

Meta 9: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador 9: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

A orientação nutricional sobre alimentação saudável foi realizada de forma sistemática para todos os hipertensos, tanto nas consultas médicas realizadas na Unidade quanto durante as visitas domiciliares.

Assim, foi possível atingir a meta de 100% de orientação nutricional sobre alimentação saudável aos hipertensos logo durante o primeiro mês de intervenção e mantê-la ao longo das 12 semanas: 96 hipertensos receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável ao final do mês 1 (100%), 232 hipertensos receberam a mesma orientação nutricional ao final do mês 2 (100%), e 336 hipertensos receberam orientação nutricional semelhante ao final do mês 3 (100%) (Gráfico 9).

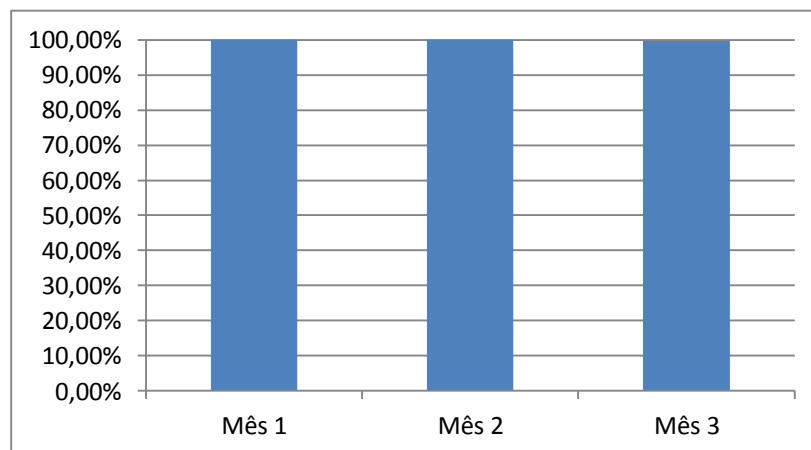


Gráfico 9. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.
Fonte: ESF Urlândia. Santa Maria, RS (2014).

Meta 10: Garantir orientação sobre prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador 10: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

A orientação sobre prática regular de atividade física foi realizada de forma sistemática para todos os hipertensos.

Apesar de as orientações de boas práticas para uma melhor qualidade de vida serem dirigidas a todos os usuários, foi necessário individualizá-las conforme a realidade de cada usuário. Por isso, decidimos que, inicialmente, usuários acamados não receberiam tais orientações, e a fim de adaptar essa orientação passamos a orientar a prática da Fisioterapia domiciliar.

Assim, foi possível atingir a meta de 100% de orientação sobre prática regular de atividade física aos hipertensos ao final das 12 semanas de intervenção. Ou seja, 94 hipertensos receberam orientação sobre prática regular de atividade física ao final do mês 1 (97,9%), 232 hipertensos receberam essa orientação ao final do mês 2 (100%), e 336 hipertensos receberam a mesma orientação ao final do mês 3 (100%) (Gráfico 10).

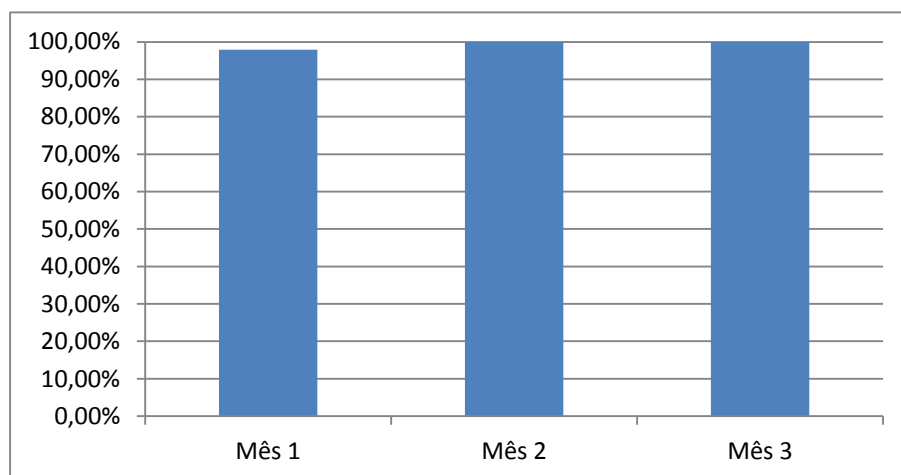


Gráfico 10. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Fonte: ESF Urlândia. Santa Maria, RS (2014).

Meta 11: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador 11: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

A orientação sobre os riscos do tabagismo foi realizada de forma sistemática para todos os hipertensos.

Inicialmente realizamos essa orientação apenas aos usuários sabidamente tabagistas, mas frente aos riscos do tabagismo passivo também estendemos estas orientações aos usuários não tabagistas.

Desta maneira, atingimos a meta de 100% de orientação sobre os riscos do tabagismo entre os hipertensos durante o segundo mês de intervenção e conseguimos mantê-la até o final das 12 semanas. Ou seja, 74 hipertensos receberam orientação sobre os riscos do tabagismo ao final do mês 1 (77,1%), 232 hipertensos receberam essa orientação ao final do mês 2 (100%), e 336 hipertensos receberam a mesma orientação sobre os riscos do tabagismo ao final do mês 3 (100%) (Gráfico 11).

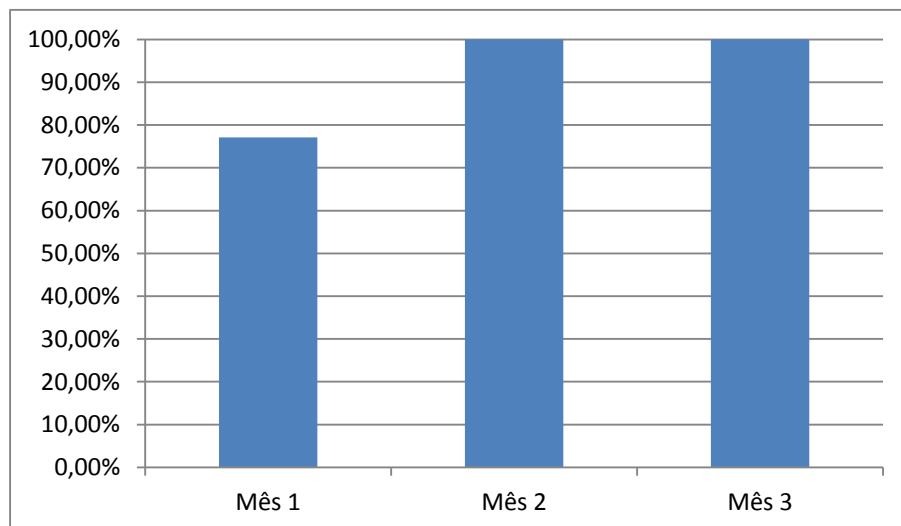


Gráfico 11. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.
Fonte: ESF Urlândia. Santa Maria, RS (2014).

Meta 12: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador 12: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

A orientação sobre higiene bucal foi realizada de forma sistemática para todos os hipertensos, tanto nas consultas médicas realizadas na Unidade quanto durante as visitas domiciliares.

Assim, foi possível atingir a meta de 100% de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos logo durante o primeiro mês de intervenção e mantê-la ao longo das 12 semanas. O resultado encontrado foi o seguinte: 96 hipertensos receberam orientação sobre higiene bucal ao final do mês 1 (100%), 232 hipertensos receberam

tal orientação ao final do mês 2 (100%), e 336 hipertensos receberam a mesma orientação ao final do mês 3 (100%) (Gráfico 12).

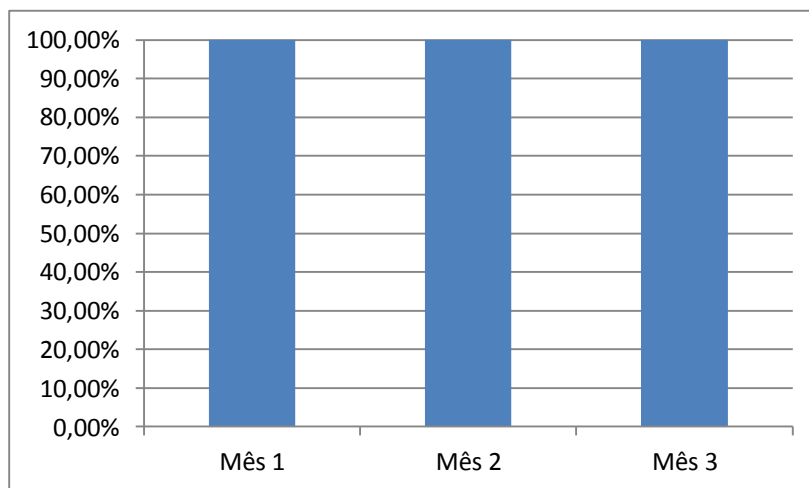


Gráfico 12. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.
Fonte: ESF Urlândia. Santa Maria, RS (2014).

Diabéticos

- **Objetivo 1:** Ampliar em 90% a cobertura de atendimento qualificado na área de abrangência da Unidade de Saúde aos usuários diabéticos no Programa de Atenção ao Diabetes Mellitus.

Meta 1: Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção ao Diabetes Mellitus.

Indicador 1: Cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade de Saúde.

Os dados referentes à cobertura populacional da Unidade de Saúde via SIAB estão defasados, sendo que a última atualização foi realizada em 2012. Desta maneira, o número de usuários diabéticos estava apenas estimado. Com a realização de novo levantamento por parte dos ACS, por meio de busca ativa por visitas domiciliares, foi possível atualizar o número de usuários diabéticos adscritos à Unidade e confirmou-se que tais dados realmente estavam subestimados.

A partir dessa atualização foi possível organizar o serviço da Unidade a fim de garantir a captação do maior número possível de usuários diabéticos e, também, manter a qualidade do atendimento.

Com um total de 11.000 usuários adscritos, a Unidade de Saúde possui 268 diabéticos acima de 20 anos, todos residentes no território. Ao final de 12 semanas conseguimos realizar uma cobertura de 55,2% desses usuários, visto que ampliamos os turnos de atendimento (um turno para três turnos semanais) e realizamos busca ativa por meio de visitas domiciliares realizadas pelos ACS (dois turnos semanais). Tivemos uma progressão de 52 cadastros no mês 1 (19,4%), 112 cadastros no mês 2 (41,8%) para 148 ao final do mês 3 (55,2%).

Apesar de a meta de cobertura de 90% não ter sido cumprida ao final de 12 semanas, se a organização do serviço da UBS for mantida, será possível atingi-la em até seis meses, de maneira a não prejudicar a qualidade da atenção ao usuário diabético (Gráfico 13).

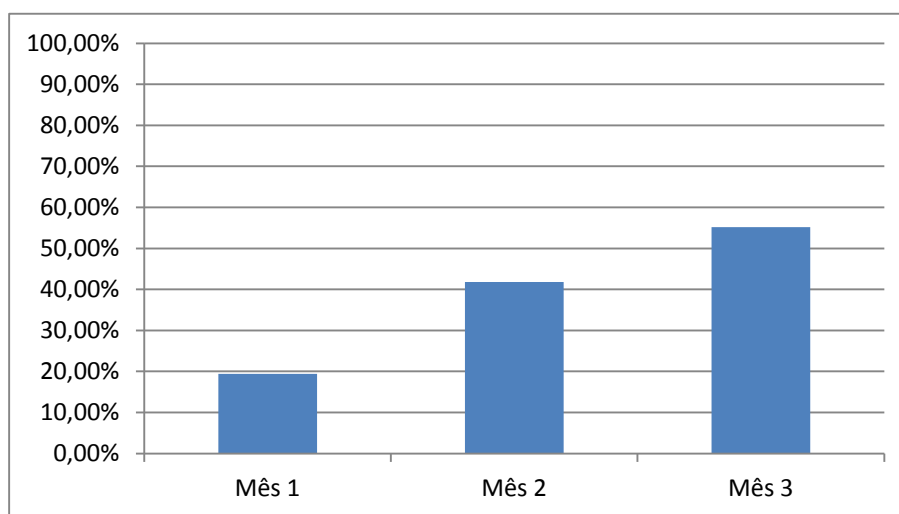


Gráfico 13. Evolução mensal do indicador cobertura do programa de atenção ao usuário diabético na Unidade de Saúde. Fonte: ESF Urlândia. Santa Maria, RS (2014).

- **Objetivo 2:** Proporcionar atendimento clínico de qualidade aos usuários diabéticos na área de abrangência da Unidade de Saúde.
Meta 2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.
Indicador 2: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia, de acordo com os protocolos dos Programas de Atenção ao Diabetes Mellitus.

O exame clínico nos usuários diabéticos foi realizado de forma padronizada, de acordo com os protocolos do MS. Ao longo das 12 semanas mantivemos a qualidade na sua realização, ou seja: tivemos uma evolução de 48 usuários diabéticos adequada e clinicamente examinados ao final do mês 1 (92,3%), 110 usuários diabéticos examinados nessas mesmas condições ao final do mês 2 (98,2%), e de 145 usuários diabéticos igualmente examinados ao final do mês 3 (98,0%).

Desta maneira, atingimos uma proporção de 98,0% de diabéticos com o exame clínico em dia, de acordo com o protocolo. A meta de 100% não foi atingida devido a situações individualizadas de alguns usuários em que não foi possível realizar o exame adequadamente (usuários obesos mórbidos e acamados) (Gráfico 14).

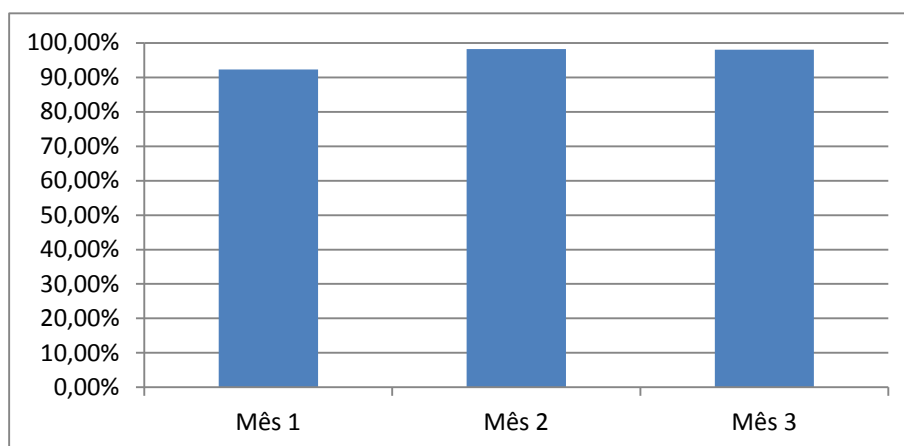


Gráfico 14. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.
Fonte: ESF Urlândia. Santa Maria, RS (2014).

Meta 3: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia, de acordo com os protocolos dos Programas de Atenção ao Diabetes Mellitus.

Indicador 3: Proporção de diabéticos com exames complementares em dia, de acordo com os protocolos dos Programas de Atenção ao Diabetes Mellitus.

A solicitação de exames complementares foi realizada sistematicamente, conforme o protocolo do MS (avaliação laboratorial semestral, por exemplo) durante as consultas médicas dos diabéticos. Entretanto, o tempo de demora da sua realização é uma situação que ultrapassa a governabilidade que possuímos frente à

organização do atendimento a esses usuários, visto que está diretamente relacionado à gestão municipal.

Este motivo foi o principal agravante para não atingirmos a meta de 100%. Mantivemos uma proporção de 70,9% dos diabéticos com os exames complementares em dia, de acordo com o protocolo.

Durante as 12 semanas do Projeto de Intervenção, todos os diabéticos tiveram exames complementares solicitados (conforme a necessidade) a fim de mantê-los em dia, de acordo com o protocolo. Nesse período evoluímos de 34 diabéticos com exames complementares em dia, de acordo com o protocolo, ao final do mês 1 (65,4%), para 80 diabéticos nas mesmas condições ao final do mês 2 (71,4%), e 105 diabéticos com os mesmos exames ao final do mês 3 (70,9%) (Gráfico 15).

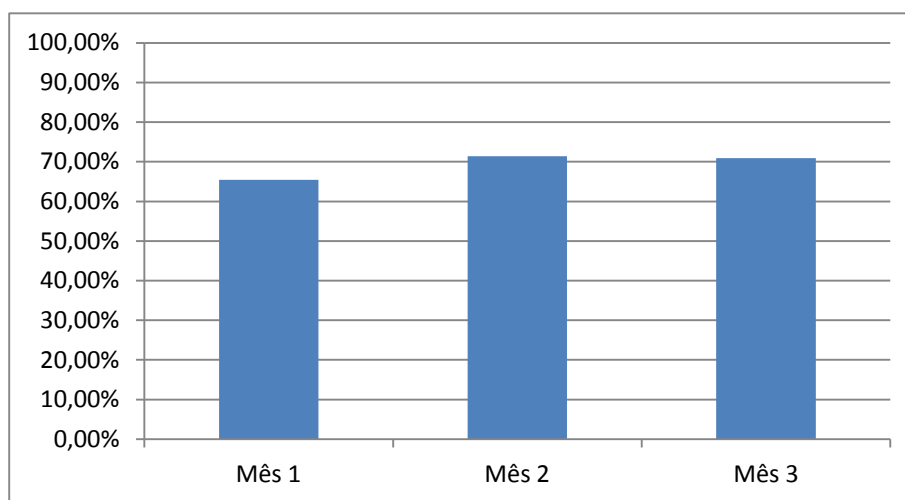


Gráfico 15. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Fonte: ESF Urlândia. Santa Maria, RS (2014).

Meta 4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador 4: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

A população adscrita à Unidade de Saúde possui baixo poder aquisitivo, cuja situação se reflete durante os atendimentos clínicos, havendo sempre muita resistência dos usuários à prescrição de medicamentos não encontrados na Farmácia Popular.

Sendo assim, já é rotina na Unidade a prescrição de medicamentos que façam parte da Farmácia Popular para o tratamento crônico de patologias, como o Diabetes Mellitus. Com isso, a meta de prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para 100% dos diabéticos pode ser atingida, isto é, 52 diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular ao final do mês 1 (100%), 112 diabéticos com a mesma prescrição ao final do mês 2 (100%), e 148 diabéticos na mesma situação ao final do mês 3 (100%) (Gráfico 16).

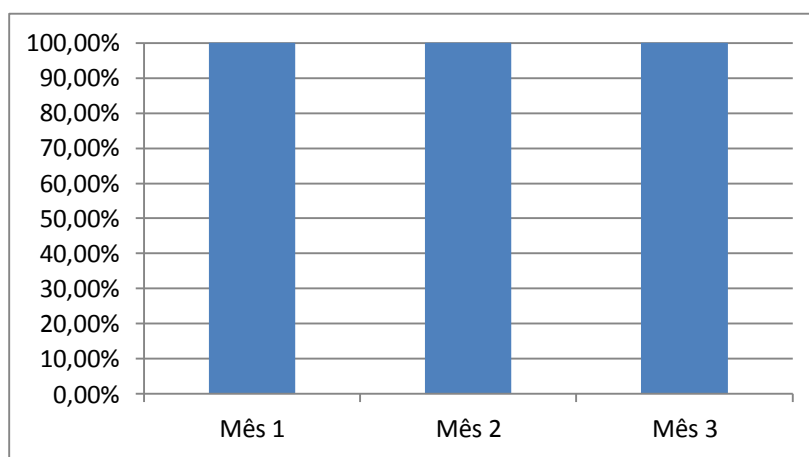


Gráfico 16. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. Fonte: ESF Urlândia. Santa Maria, RS (2014).

Meta 5: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 5: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

A avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi realizada de maneira sistemática durante todas as consultas médicas realizadas aos usuários diabéticos, tanto em nível ambulatorial quanto em nível domiciliar.

Desta maneira, tal meta de 100% logo no primeiro mês de intervenção e mantida ao longo das 12 semanas de intervenção: 52 diabéticos receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico ao final do mês 1 (100%), 112 diabéticos receberam a mesma avaliação da necessidade de atendimento odontológico ao final do mês 2 (100%), e 148 diabéticos receberam avaliação da

necessidade de atendimento odontológico semelhante ao final do mês 3 (100%). (Gráfico 17).

Apesar de esta avaliação ter sido realizada de maneira satisfatória, atualmente na ESF há uma equipe de saúde bucal, composta por apenas uma odontóloga para atender aproximadamente 15 mil usuários (área de abrangência das duas equipes de ESF que atuam nesta UBS e mais uma equipe de outra ESF vizinha).

Por essa razão, o atendimento odontológico é realizado sob uma lógica estritamente assistencialista e em desacordo com o preconizado pelas políticas de Atenção Básica. Sendo assim, estes usuários diabéticos avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico não necessariamente receberam atendimento especializado do profissional odontólogo ao longo da intervenção.

Com a recente realocação dos profissionais da saúde bucal que trabalhavam na Unidade está sendo retomada, a passos lentos, a prática de ações preventivas. Em consequência, foi reduzido o número de consultas, resultando em certa resistência por parte dos usuários.

Aos poucos o agendamento está sendo reestruturado com foco nas estratégias de saúde (da criança e da gestante). Acreditamos que futuramente também se consiga estender essa linha de cuidado ao usuário diabético.

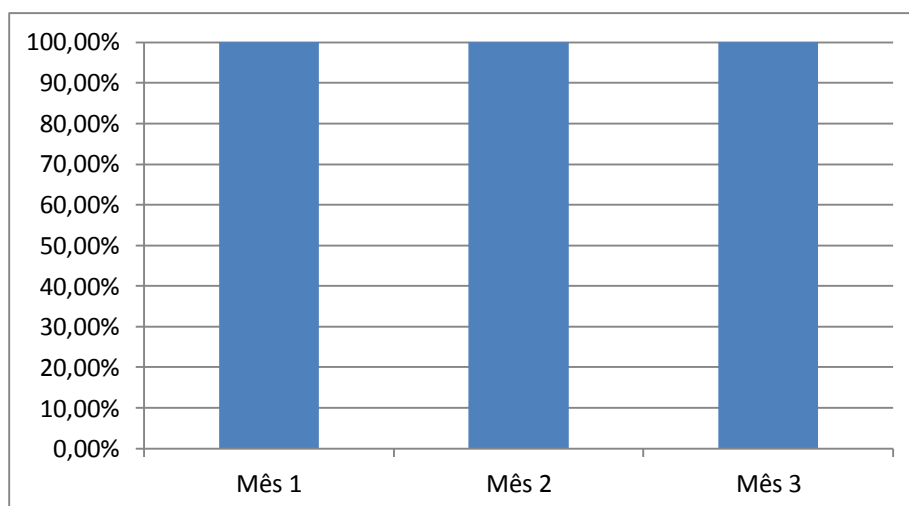


Gráfico 17. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Fonte: ESF Urlândia. Santa Maria, RS (2014).

- **Objetivo 3:** Ampliar a adesão ao acompanhamento dos usuários diabéticos na área de abrangência da Unidade de Saúde.

Meta 6: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na Unidade de Saúde mediante rastreio semanal.

Indicador 6: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

A busca ativa de usuários faltosos às consultas programáticas não ocorreu de maneira satisfatória. Ao final de cada semana realizamos a captação dos nomes dos usuários faltosos para notificação aos ACS na próxima reunião da equipe. Desta maneira, os agentes poderiam realizar busca ativa destes usuários por intermédio de visita domiciliar.

Essa estratégia, entretanto, não foi efetiva. Levantamos a possibilidade de a busca ativa não ter sido realizada de fato, ou então que os usuários realmente estivessem apresentando má aderência. A fim de averiguar a realização das buscas ativas solicitamos aos ACS o preenchimento e a apresentação das SIA-SUS desses usuários nas reuniões semanais de equipe.

Constatou-se que as visitas domiciliares para a realização da busca ativa dos usuários estava sendo realizada, mas que os usuários seguiam faltosos às consultas. Aventou-se, então, a possibilidade de a secretária da Unidade realizar este rastreio por telefone, o que também não apresentou sucesso, pois muitos usuários possuem telefone celular e acabam por trocar seus números de contato com certa frequência. Desta maneira, não conseguimos localizá-los.

Ao final do período constatou-se que não houve nenhum usuário diabético faltoso ao final do mês 1, que houve dois usuários diabéticos faltosos ao final do mês 2, e nenhum usuário diabético faltoso ao final do mês 3. Entretanto, conforme já discutido anteriormente, esses usuários não retornaram às consultas. Sendo assim, esta ação não foi desenvolvida e a meta não foi atingida (Gráfico 18).

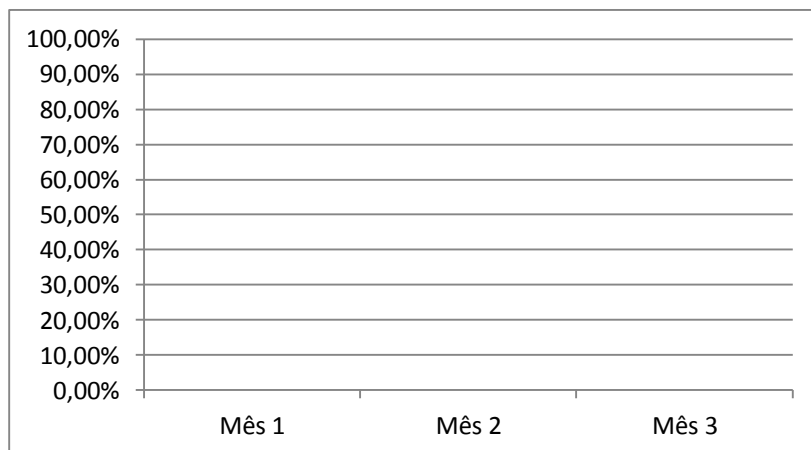


Gráfico 18. Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.
Fonte: ESF Urlândia. Santa Maria, RS (2014).

- **Objetivo 4:** Melhorar a forma de registro das fichas de acompanhamento dos usuários diabéticos na área de abrangência da Unidade de Saúde.

Meta 7: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador 7: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Durante o período de capacitação da equipe para a execução do Projeto de Intervenção apresentamos a ficha-espelho e seu correto método de preenchimento. Apesar de toda equipe ter sido capacitada, o preenchimento das fichas-espelho foi designado a mim e aos ACS que realizaram busca ativa por intermédio de visitas domiciliares.

A avaliação da qualidade dos registros também foi realizada por mim, de forma que eventuais falhas de preenchimento puderam ser rapidamente corrigidas e a meta de 100% de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento atingida. Assim, constatou-se 45 diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento ao final do mês 1 (86,5%), 112 diabéticos com o mesmo registro ao final do mês 2 (100%), e 148 diabéticos adequadamente registrados ao final do mês 3 (100%) (Gráfico 19).

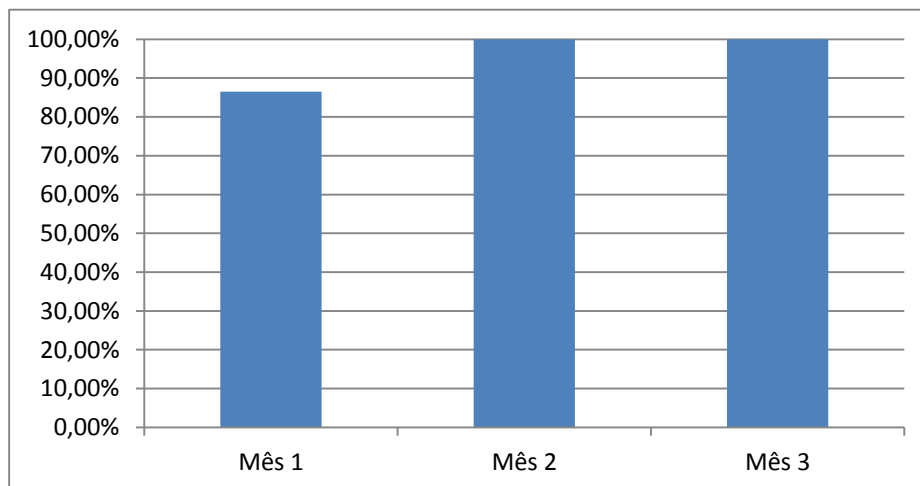


Gráfico 19. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.
Fonte: ESF Urlândia. Santa Maria, RS (2014).

- **Objetivo 5:** Avaliar o risco cardiovascular dos usuários diabéticos na área de abrangência da Unidade de Saúde.
- Meta 8:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.
- Indicador 8:** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

A avaliação do risco cardiovascular foi realizada de forma sistemática em todos os usuários diabéticos. Durante o atendimento desses usuários na Unidade de Saúde verificou-se o peso, a altura, a circunferência abdominal, e a pressão arterial a fim de estabelecer o Escore de Framingham.

Com a integração do trabalho multidisciplinar entre médico e técnico de enfermagem, foi possível adicionar, de maneira satisfatória, a aplicação do Escore de Framingham à rotina das consultas médicas. Dessa maneira, rapidamente atingimos a meta de 100% de diabéticos atendidos na Unidade, com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Vale ressaltar que para a aplicação desta estratificação não utilizamos o parâmetro de lipidograma no momento da primeira consulta, apenas no retorno com exames laboratoriais.

Como há dependência de diversas aferições de pesos e medidas, esse processo não foi realizado de forma plena em usuários acamados. Por isso, a meta final atingida foi de 99,3%, ou seja: de 34 diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia ao final do mês 1 (65,4%), 112 diabéticos

com a mesma estratificação ao final do mês 2 (100%), e 147 diabéticos nessas mesmas condições ao final do mês 3 (99,3%) (Gráfico 20).

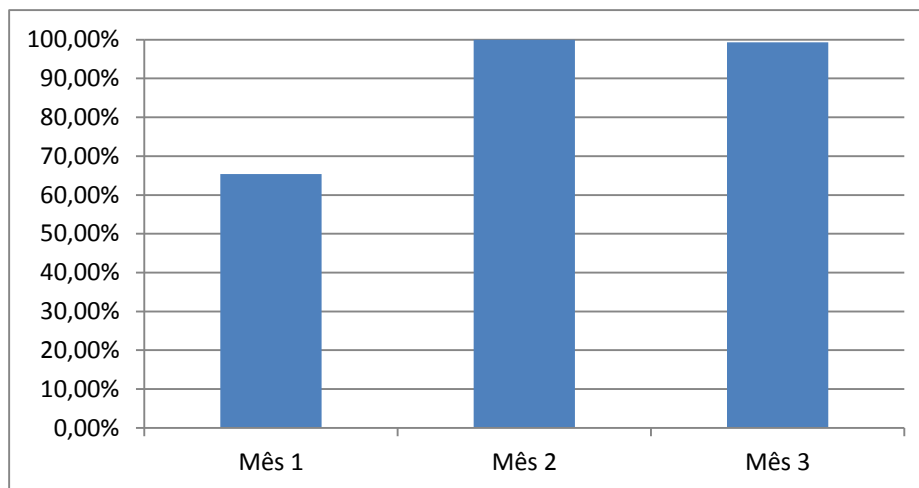


Gráfico 20. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Fonte: ESF Urlândia. Santa Maria, RS (2014).

- **Objetivo 6:** Promover orientações quanto a boas práticas para uma melhor qualidade de vida aos usuários diabéticos na área de abrangência da Unidade de Saúde.

Meta 9: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador 9: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

A orientação nutricional sobre alimentação saudável foi realizada de forma sistemática para todos os diabéticos, tanto nas consultas médicas realizadas na Unidade quanto durante as visitas domiciliares.

Assim, foi possível atingir a meta de 100% de orientação nutricional sobre alimentação saudável aos diabéticos logo durante o primeiro mês de intervenção e mantê-la ao longo das 12 semanas. Percebeu-se, então, que 52 diabéticos receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável ao final do mês 1 (100%), 112 diabéticos receberam a mesma orientação nutricional ao final do mês 2 (100%), e 148 diabéticos receberam orientação nutricional semelhante ao final do mês 3 (100%) (Gráfico 21).

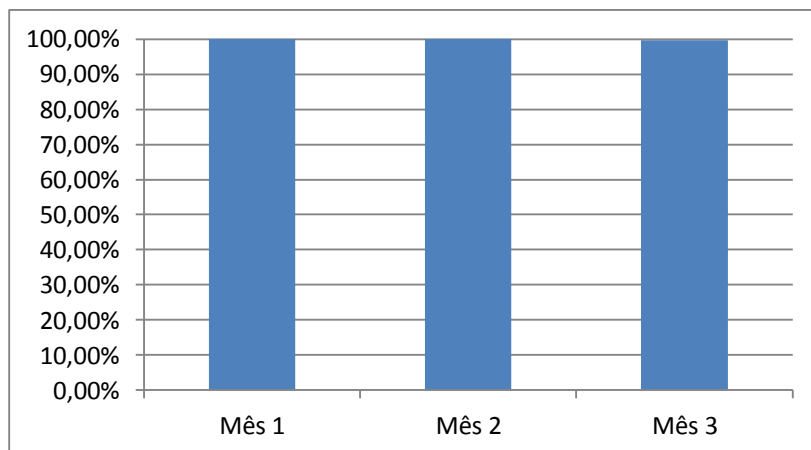


Gráfico 21. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.
Fonte: ESF Urlândia. Santa Maria, RS (2014).

Meta 10: Garantir orientação sobre prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador 10: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

A orientação sobre prática regular de atividade física foi realizada de forma sistemática para todos os diabéticos.

Apesar de as orientações de boas práticas para uma melhor qualidade de vida serem dirigidas a todos os usuários, foi necessário individualizar as orientações conforme a realidade de cada usuário. Por isso, inicialmente usuários acamados não receberam tais orientações. A fim de adaptar essa orientação, passamos a orientar a prática de Fisioterapia domiciliar.

Assim, foi possível atingir a meta de 100% de orientação sobre a prática regular de atividade física aos diabéticos ao final das 12 semanas de intervenção. Isso significa que 51 diabéticos receberam orientação sobre prática regular de atividade física ao final do mês 1 (98,1%), 112 diabéticos receberam a mesma orientação ao final do mês 2 (100%), e 148 diabéticos receberam orientação semelhante ao final do mês 3 (100%) (Gráfico 22).

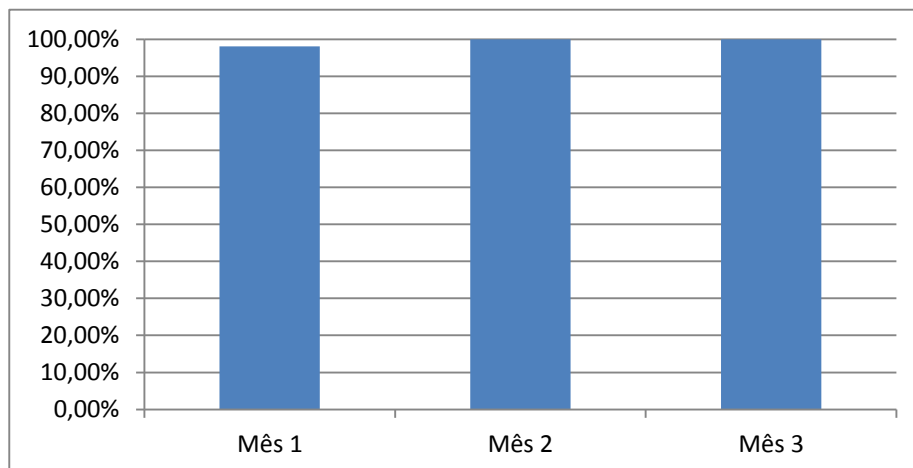


Gráfico 22. Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.
Fonte: ESF Urlândia. Santa Maria, RS (2014).

Meta 11: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador 11: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

A orientação sobre os riscos do tabagismo foi realizada de forma sistemática para todos os diabéticos.

Inicialmente dirigimos essa orientação apenas aos usuários sabidamente tabagistas, mas frente aos riscos do tabagismo passivo também estendemos estas orientações aos usuários não tabagistas.

Desta maneira, atingimos a meta de 100% de orientação sobre os riscos do tabagismo entre os diabéticos durante o segundo mês de intervenção e conseguimos mantê-la até o final das 12 semanas. O resultado obtido foram 40 diabéticos recebendo orientação sobre os riscos do tabagismo ao final do mês 1 (76,9%), 112 diabéticos que receberam essa mesma orientação ao final do mês 2 (100%), e 148 diabéticos nessas mesmas condições ao final do mês 3 (100%) (Gráfico 23).

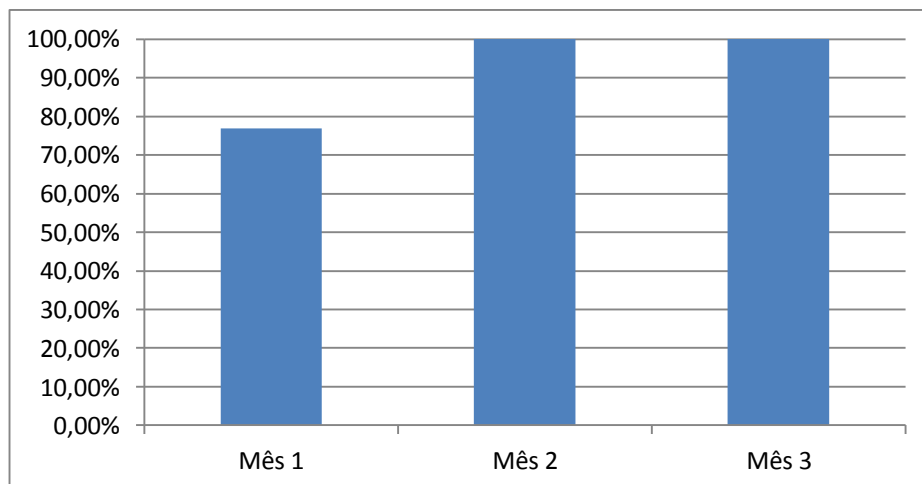


Gráfico 23. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.
Fonte: ESF Urlândia. Santa Maria, RS (2014).

Meta 12: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador 12: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

A orientação sobre higiene bucal foi realizada de forma sistemática para todos os diabéticos, tanto nas consultas médicas realizadas na Unidade quanto durante as visitas domiciliares.

Assim, foi possível atingir a meta de 100% de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos logo no primeiro mês de intervenção e mantê-la ao longo das 12 semanas. Isso significa que 52 diabéticos receberam orientação sobre higiene bucal ao final do mês 1 (100%), 112 diabéticos receberam a mesma orientação ao final do mês 2 (100%), e 148 diabéticos receberam orientação semelhante ao final do mês 3 (100%) (Gráfico 24).

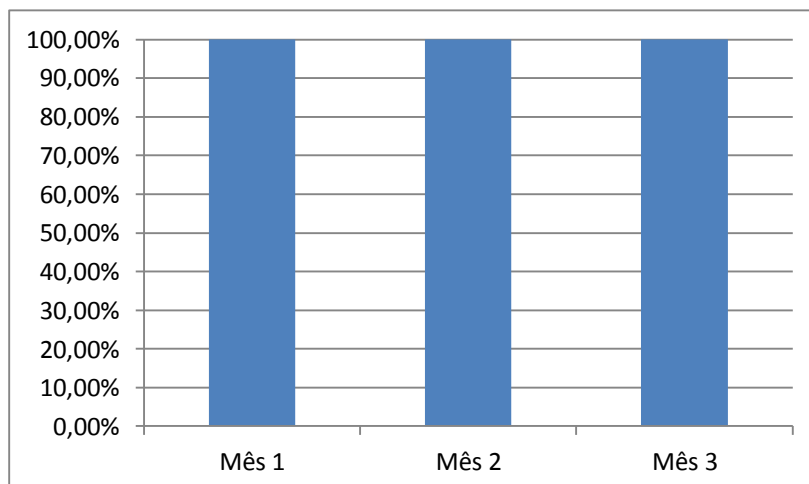


Gráfico 24. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.
Fonte: ESF Urlândia. Santa Maria, RS (2014).

4.2 Discussão

A seguir discutiremos o significado dos resultados obtidos a partir das 12 semanas de implementação e execução do Projeto de Intervenção na melhora da qualidade à atenção dos usuários hipertensos e diabéticos da ESF Urlândia e seu impacto na comunidade, no serviço e para o profissional de saúde.

Com a Intervenção conseguimos introduzir na rotina da Unidade de Saúde um atendimento multidisciplinar qualificado à atenção dos usuários hipertensos e diabéticos. Após o período de capacitação da equipe, de acordo com os protocolos do MS, foi possível reorganizar os registros dos usuários, desenvolver atividades preventivas/educativas e, ao mesmo tempo, manter a qualidade dos atendimentos.

A partir dessas ações conseguimos atualizar a cobertura dos usuários, desenvolver estratégias para ampliá-la, melhorar a forma de registros e sistematizar o atendimento, de maneira a possibilitar a estratificação do seu risco. De tal forma que, ao final de 12 semanas de intervenção, foi possível ampliar a cobertura aos usuários hipertensos e diabéticos, bem como melhorar os indicadores e a qualidade de acesso ao serviço da ESF.

A Intervenção foi um fator de estímulo para a maior coesão do trabalho da equipe em sua totalidade. Após a capacitação, cada profissional ficou consciente do papel que deveria desempenhar, e a importância do mesmo para que a qualidade da atenção não fosse prejudicada.

Desta maneira, os ACS ficaram responsáveis pela captação dos usuários hipertensos e diabéticos em dois turnos semanais por meio de visitas domiciliares. Essas visitas tinham o intuito de divulgar a importância de ações preventivas, do atendimento médico regular e também de realizar o registro das fichas-espelho de usuários que já haviam consultado na Unidade, mas nos meses que antecederam o início da Intervenção.

Os técnicos de enfermagem foram responsáveis por realizar uma avaliação prévia dos usuários na ocasião da consulta médica: verificação de peso, altura, circunferência abdominal, pressão arterial e glicemia por hemogluco teste. Com o objetivo de aumentar a participação dos usuários nas atividades preventivas de grupo, os técnicos de enfermagem também ficaram responsáveis pela distribuição dos convites impressos a todo usuário que viesse até a Unidade para a verificação de PA/HGT.

Inicialmente a Enfermagem havia ficado responsável pela coordenação da qualidade dos registros da Intervenção e pelo contato com instituições parceiras para o desenvolvimento de atividades multidisciplinares nos grupos. Tivemos, entretanto, duas situações em que foi necessário reestruturar o papel desse profissional frente ao Projeto de Intervenção: uma das enfermeiras entrou em Licença Maternidade, restando um enfermeiro para coordenar toda a Unidade, e com o novo levantamento dos usuários hipertensos e diabéticos por parte dos ACS evidenciou-se a desatualização massiva dos cadastros do Hiperdia. Frente a estas novas demandas, a Enfermagem manteve a tarefa de contato com as instituições parceiras, assumiu a coordenação do Hiperdia e passou para mim a coordenação dos registros no Projeto de Intervenção.

Durante o Projeto de Intervenção tivemos a substituição de toda a equipe bucal, de forma que nenhum dos profissionais conseguiu participar de maneira efetiva da Intervenção. Atualmente temos apenas um odontólogo para quase 15 mil usuários, o qual está implantando atividades preventivas em sua agenda. Infelizmente, percebe-se certa resistência por parte da comunidade em relação a esse processo, visto que tal medida gera redução no número de consultas.

Quanto aos profissionais médicos, tivemos durante a Intervenção a realocação de profissionais na Unidade (substituição de um médico do Programa “Mais Médicos” por outro médico do Programa ProVab). Inicialmente, esta situação resultou em excesso de atendimentos (fiquei 40 dias como única médica em uma

UBS com 11 mil usuários) e pouca participação desses outros profissionais na Intervenção.

Apesar desses enfrentamentos, o processo de implantação e execução do Projeto de Intervenção promoveu a redistribuição de atribuições que potencializaram o uso das habilidades de cada profissional das equipes da ESF.

Como exemplo, citamos a modificação ocorrida no processo de trabalho. O Projeto de Intervenção propiciou a descentralização do papel do profissional médico no cuidado do usuário hipertenso e diabético – quando iniciei meu trabalho na UBS todas as atividades destinadas à atenção ao usuário hipertenso e diabético eram destinadas ao médico (desde a verificação de peso, altura, circunferência abdominal, PA e HGT pré-atendimento até a consulta em si).

Com um modelo de atenção essencialmente assistencialista, havia pouco cuidado dos demais profissionais nas orientações preventivas, a exemplo dos ACS, que não realizavam visitas regulares a esses usuários, e tampouco prestavam orientações.

Com a capacitação para a implantação do projeto discutimos a importância do trabalho articulado de todos os profissionais na qualidade à atenção dos usuários. Dessa forma, conseguimos: 1) reestabelecer dois turnos semanais para a visita dos ACS aos usuários hipertensos e diabéticos; 2) ampliar o atendimento médico dos usuários em três turnos semanais; 3) integrar o trabalho do técnico de enfermagem com a verificação de peso, medidas e demais sinais vitais no momento pré-consulta médica; 4) iniciar grupos de cuidado, bem como 5) otimizar as formas de registro.

A melhora na atenção dos usuários hipertensos e diabéticos foi percebida pelos próprios usuários e causou repercussão muito positiva, o que provocou um aumento expressivo de usuários nas atividades de grupo. Houve, inclusive, a solicitação da comunidade para a criação de um grupo de caminhadas com os usuários da UBS (a partir de um projeto-piloto de caminhada comemorativa ao Dia do Idoso).

O aumento dos turnos de atendimento a esses usuários, a melhora da qualidade de atendimento e o aumento de cobertura ainda são fatores pouco compreendidos dentro da comunidade, principalmente pelos usuários não portadores de hipertensão e diabetes. A reunião destinada à sensibilização da comunidade para a importância do diagnóstico precoce e acompanhamento regular

da hipertensão arterial sistêmica e do Diabetes Mellitus tornou-se um veículo de reclamações, de forma que o objetivo da conscientização não foi bem recebido.

Acredito que a equipe está devidamente capacitada para a intervenção, de forma que se fosse necessário recomencá-la teríamos apenas que buscar estratégias para ampliar cobertura e realizar educação permanente com a comunidade.

Após a modificação ocorrida no quadro de profissionais que compõem as equipes de ESF que atuam na Unidade, creio que neste momento é possível contar com a sua participação na Intervenção. A presença de um profissional médico devidamente capacitado proporciona o aumento dos atendimentos qualificados, bem como incrementa a cobertura de usuários.

Já o registro de usuários por parte dos ACS durante as visitas domiciliares deveria ter sido realizado desde o início da Intervenção, uma vez que o aumento da cobertura não prejudica a qualidade dos registros, pois tais usuários já foram atendidos sob essa nova lógica de atenção.

Com relação ao atendimento odontológico, a chegada do novo odontólogo permitirá viabilizar o atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos de maneira programática. Atualmente esse profissional já integrou suas atividades às consultas de pré-natal e puericultura.

Acredito, também, que a dinâmica de informação na sala de espera seja um veículo eficaz na conscientização do usuário. Infelizmente, a Unidade conta um espaço bastante restrito para esse propósito, mas que não impede a realização de tal prática.

Além do trabalho de dinâmica de sala de espera, a informação também deve ser levada aos usuários que não frequentam a Unidade de forma rotineira. O papel dos ACS é fundamental nesse processo, pois é a partir das orientações que eles fornecem nos domicílios que os usuários terão maior compreensão do processo de trabalho que vem sendo realizado.

Essa constatação pode ser verificada no momento em que contabilizamos que o maior número de reclamações sobre a nova forma de atendimento vem justamente das microáreas em que os ACS também se mostram resistentes em aceitá-la.

Como se percebe, a Intervenção já está incorporada ao serviço da Unidade, sem prejuízo do processo de trabalho, de maneira que não existiriam, a princípio, razões para a sua não permanência dentre as atividades.

A organização da comunidade vai desde a criação de um conselho local de saúde até ações de educação permanente.

Como atualmente estamos em processo de modificação do modelo assistencialista para outro de atenção integral à saúde, voltamos a destacar a importância da conscientização da comunidade para tal fato.

Quanto às melhorias na ação programática, a retomada de estratégias de busca ativa dos usuários faltosos é um importante passo para a continuidade do cuidado continuado.

Além disso, a permanência dos grupos de cuidado sob a coordenação de algum membro efetivo da equipe é outra questão a ser solucionada. Já conseguimos que o odontólogo da Unidade ficasse responsável pela coordenação da Saúde da Escola e que uma ACS assumisse o grupo de gestantes. Entretanto, o grupo de hipertensos e diabéticos ainda permanece sem coordenação. Temo que com o término de minha participação no Provac esta atividade seja suspensa.

Com a utilização das estratégias já discutidas, porém, acreditamos que dentro de um ano seja possível ampliar a cobertura para 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Da mesma maneira como a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos já está organizada, é preciso ampliar a intervenção no enfoque aos idosos – outro programa que também necessita de reestruturação e reorganização do cuidado.

A UBS já recebeu, em 2013, dois médicos Provac que atuaram nos programas pré-natal e de prevenção ao câncer (CA) do colo uterino e da mama. Após a saída desses profissionais da Unidade, estas intervenções foram suspensas. Com a realocação de outro colega Provac na Unidade, em setembro de 2014, reestruturamos a intervenção de pré-natal e estamos, atualmente, no processo de reiniciar a intervenção de prevenção ao CA do colo uterino e da mama.

Percebo que a diferença de calendário das atividades dos distintos ciclos do Provac constitui-se no principal fator que prejudicou essa continuidade do trabalho. Quando iniciei meu trabalho nesta unidade, os médicos do ciclo anterior já haviam deixado a Unidade a fim de cumprir o calendário dos programas de residência, e as enfermeiras da Unidade não se encontravam no local por motivos relacionados a férias e ou doença. Desta maneira, não tive contato com nenhum profissional para uma possível capacitação e, assim, evitar a estagnação do processo de trabalho.

4.3 Relatório da Intervenção para os Gestores

No ano de 2014, a ESF Urlândia recebeu o segundo ciclo de médicos do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab). Assim, a exemplo dos demais profissionais do último ciclo, analisamos a estrutura da Unidade, dos materiais e insumos, do processo de trabalho e os indicadores de cobertura populacional nas principais políticas do MS: Atenção à Saúde da Criança, da Mulher, da Gestante, do Idoso e dos Hipertensos e Diabéticos.

Devido ao fato de a Unidade ter uma das equipes de ESF mais antigas na cidade de Santa Maria – RS, bem como um processo de trabalho bem definido e atuando de forma plena, foi possível realizar a sua avaliação sem maiores dificuldades.

A partir da prática clínica diária e da revisão de prontuários percebeu-se que os usuários hipertensos e diabéticos há muito não recebiam um atendimento de acordo com os moldes do Ministério da Saúde (MS).

Frente à importância do controle adequado dessas patologias crônicas, e a fim de garantir melhor qualidade de vida, evitando complicações (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência renal crônica, etc.) que oneram ainda mais o sistema, decidimos atuar na melhora da qualidade da atenção ao usuário hipertenso e diabético da ESF Urlândia.

Inicialmente, utilizamos os dados fornecidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), entretanto, o cálculo dos seus indicadores de cobertura já não era mais condizente com a atual realidade da população adscrita à comunidade (última atualização em 2012). Com o intuito de atualizar esses dados, os Agentes Comunitários da Saúde realizaram um novo levantamento de todos os usuários hipertensos diabéticos adscritos à Unidade.

A partir do reconhecimento da realidade atual verificamos que a média mensal de cobertura dos programas atenção aos usuários hipertensos e diabéticos estava muito aquém do preconizado, ou seja, em torno de 15%.

Iniciamos, então, uma reestruturação do processo de trabalho com o objetivo de integrar a atuação dos diferentes profissionais da Unidade e melhorar a qualidade de atenção ao usuário hipertenso e diabético.

O número de consultas médicas por turno foi reduzido e o tempo de cada consulta foi ampliado (de 20 para 30 minutos) para a melhor avaliação do usuário: exame físico e exames complementares de acordo com os protocolos do MS, revisão da prescrição e uso correto das medicações, conforme a disponibilidade de medicamentos na Farmácia Popular, estratificação de risco cardiovascular, orientações quanto à prática de atividade física, alimentação saudável, higiene bucal e riscos do tabagismo.

Todo usuário hipertenso e diabético que vem à Unidade para a consulta é avaliado previamente pelos técnicos de enfermagem, os quais realizam a verificação de peso e medidas, pressão arterial e glicemia capilar.

A coordenação da avaliação do usuário no momento da consulta, além do registro no prontuário, está sendo realizada nas fichas-espelho (modelo disponibilizado pelo Programa de Especialização da Saúde da Família UNASUS-UFPEL), que possibilitam o acompanhamento de forma mais prática da evolução do tratamento do usuário.

Além dessas modificações, reestruturamos o grupo de cuidado coletivo com o fim de promover a qualidade de vida entre os usuários hipertensos e diabéticos. Este grupo ocorre de maneira mensal e conta com a participação de acadêmicos de Enfermagem e Medicina que auxiliam na elaboração das atividades executadas e na retirada das dúvidas dos usuários. Por intermédio de pequenas palestras e de conversa entre os participantes, realizamos trocas de experiências sobre a importância de cuidados com a saúde.

Estendemos as ações preventivas com a criação de um grupo de caminhadas mensais e com a implantação do Projeto de Saúde na Escola, realizado na Escola Municipal de Ensino Fundamental São Carlos. Essa escola pertence à área adscrita à ESF e atende crianças e adolescentes de cinco a 15 anos, usuários de nossa Unidade.

Por meio de todas essas ações foi possível ampliar a cobertura do programa de atenção ao usuário hipertenso de 10,4% para 36,4% ao final de três meses e do programa de atenção ao usuário diabético de 19,4% para 55,2% ao final do mesmo período. E, principalmente, melhorar a qualidade do atendimento a estes usuários graças à integração e empenho dos diferentes profissionais da ESF Urlândia.

Ao longo dessas 12 semanas orientamos de forma sistemática 100% dos usuários hipertensos e diabéticos que receberam atendimento ou que participaram

dos grupos de cuidado coletivo sobre a importância da higiene bucal, da alimentação saudável, dos riscos do tabagismo e da importância da prática física regular.

Também realizamos exames clínicos de acordo com os protocolos do MS em 99,1% dos usuários hipertensos e em 98% dos usuários diabéticos neste período. Devido à importância dessas patologias como fatores de risco para eventos de maior gravidade, estratificamos o risco cardiovascular de 99,7% dos usuários hipertensos e 99,1% dos usuários diabéticos.

Apesar da estratificação do risco cardiovascular ser um bom preditor, é de suma importância que esses usuários façam exames complementares regularmente (exames laboratoriais, eletrocardiograma, etc.). Por vezes, a demora na realização desses exames ocasiona atraso no diagnóstico de complicações e posterga uma intervenção mais precoce. Tal constatação se confirma ao analisarmos os dados de proporção de usuários hipertensos e diabéticos com exames complementares em dia. Foi um indicador de qualidade de atenção que não conseguimos ampliar ao longo dos três meses de intervenção. Mantivemos uma média de 70% entre os dois grupos de usuários.

A ampliação de parcerias com a rede privada por meio de consórcio é uma estratégia que poderia suprimir essa demanda reprimida sem aumentar tanto os gastos.

Atualmente, a ESF Urlândia possui duas equipes que atendem aproximadamente 11.000 usuários. O excesso de atendimentos demandados dessa população sobrecarrega os profissionais atuantes de forma que se perde muita qualidade do serviço ao absorver grande volume de atendimentos. Apesar de realizarmos a avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários hipertensos e diabéticos de maneira sistemática durante as consultas médicas, não foi possível garantir o atendimento do profissional odontólogo para os mesmos. Visto que a unidade conta com apenas um odontólogo para suprir uma demanda de aproximadamente 15.000 usuários.

A reterritorialização da área de abrangência da Unidade é necessária para que novas estratégias possam ser estruturadas e, assim, manter a qualidade de atenção (redistribuição de microáreas, aumento do número de equipes, reforma da unidade).

Apesar desses impasses acreditamos que é possível prosseguir com a execução do Projeto de Intervenção na melhora da qualidade dos usuários

hipertensos e diabéticos, visto que o processo já está inserido na rotina de trabalho da Unidade e, dessa forma, ampliar a cobertura do programa.

Além dessa ação programática é possível realizar vários projetos de qualificação do atendimento às Políticas do Idoso, da Criança, do Homem, por exemplo, visto que há um grande número de usuários adscritos à Unidade de Saúde ESF Urlândia.

A viabilidade para a execução de novos projetos, e até para a manutenção das atividades já desenvolvidas, não depende apenas do processo de trabalho desenvolvido pelas equipes atuantes na ESF. É necessário que a gestão esteja mais engajada nas ações programáticas desenvolvidas a fim de fornecer maior suporte para o planejamento e a execução das mesmas.

Desta maneira, podemos encerrar as nossas atividades do Provac com a garantia de que as melhorias propostas na qualidade da atenção primária não fiquem estagnadas e tenham condições de permanecerem inseridas na rotina da Unidade.

4.4 Relatório da Intervenção para a Comunidade

Durante o ano de 2014, a equipe que atua na Unidade de Saúde contou com a participação de um médico participante de um programa do Governo Federal para a qualificação da Atenção Básica (Provac). Por Atenção Básica entende-se a unidade de saúde próxima da comunidade, apta para resolver a grande maioria das questões de saúde da população e, de acordo com a complexidade, encaminhá-las para atendimentos mais especializados.

Com a participação deste médico Provac foi realizado o levantamento de vários aspectos do funcionamento da Unidade de Saúde da comunidade Urlândia – ESF Urlândia – da mesma forma como os médicos que trabalharam na Unidade no ano de 2013 também fizeram.

A partir da análise realizada sobre o trabalho da Unidade percebeu-se que há um grande número de usuários que são hipertensos e diabéticos. Para um melhor controle dessas doenças crônicas (que não têm cura) – Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus – é preciso que o portador dessas doenças consulte regularmente um médico, seja submetido a exames complementares (de sangue, eletrocardiograma) e faça o controle da pressão arterial e açúcar do sangue (pelo

exame da picada no dedo – HGT). Além desses cuidados também é preciso que o usuário cuide da sua alimentação, perca peso, faça atividade física e tome seus remédios corretamente.

Para ajudar a organizar todo esse cuidado ao usuário hipertenso e diabético, ao longo de 2014 realizamos várias modificações no modo de funcionamento da Unidade para melhor oferecer esse serviço à população. A partir das visitas dos Agentes Comunitários de Saúde foi realizado o levantamento de todos os usuários hipertensos e diabéticos, os quais foram cadastrados na Unidade. Dessa forma conseguimos organizar o atendimento na Unidade, com base nos modelos do Ministério da Saúde (MS).

Ao longo dos últimos meses diminuimos o número total de consultas por turno para aumentar o tempo de sua duração (de 20 para 30 minutos). Com esse tempo a mais conseguimos examinar o usuário mais detalhadamente, revisar o modo de tomada das medicações, revisar quando os últimos exames foram realizados e a necessidade de novos exames, orientar quanto a hábitos de vida saudáveis e responder a possíveis dúvidas. Todo esse processo de atendimento foi igualmente utilizado para todos os usuários e devidamente registrado em planilhas específicas de cada usuário.

Assim, além de melhorarmos a qualidade da consulta médica também ampliamos a participação dos diferentes profissionais que trabalham na Unidade no atendimento do usuário hipertenso e diabético. Por exemplo, os técnicos de enfermagem pesaram, mediram a altura, verificaram a pressão arterial e HGT dos usuários antes de cada consulta, orientaram sobre a tomada correta das medicações e aplicação da insulina, e ajudaram na divulgação dos grupos de cuidado no momento em que os usuários vinham à Unidade realizar o controle de pressão arterial e/ou HGT.

Como já foi citado anteriormente, a prática de hábitos de vida saudável é fundamental para a qualidade da saúde. Com o objetivo de informação e prevenção reformulamos os grupos de cuidado coletivo dos usuários hipertensos e diabéticos. Por intermédio de pequenas palestras e de conversa entre os participantes realizamos trocas de experiências sobre a importância dos cuidados com a saúde para evitar complicações como infarto, derrame, cegueira, etc. Esses grupos que ocorrem mensalmente na Unidade têm um número cada vez maior de participantes, pois os usuários que já foram e que gostaram estão convidando os vizinhos e

amigos. Inicialmente tivemos bastante resistência para a participação nesses grupos, pois se tinha a ideia de que essas atividades seriam apenas para renovação de receitas.

Com essa proposta de cuidado com a saúde, também foi iniciado um grupo de caminhadas da Unidade, que se reúne mensalmente, sempre na manhã da terceira quarta-feira. Além do grupo de cuidados, do grupo de caminhadas, ainda iniciamos uma atividade mensal na Escola Municipal de Ensino Fundamental São Carlos sobre a importância de cuidar da saúde desde a infância.

Diante de todas essas mudanças ocorridas na forma de funcionamento da Unidade, podemos afirmar que conseguimos ampliar o número de usuários hipertensos e diabéticos que estão consultando regularmente, mantendo seus exames em dia, com o tratamento adequado e com participação em atividades de promoção de saúde. Isso é muito positivo, pois indica que estamos desenvolvendo um trabalho em que o usuário também pode fazer parte de forma ativa de seu tratamento e processo de saúde.

Muitas atividades ainda podem ser desenvolvidas na Unidade, mas para isso é preciso ter um espaço físico adequado e também um número adequado de profissionais que possam atender a toda população da comunidade. Atualmente contamos com apenas dois médicos, dois enfermeiros, dois técnicos de enfermagem, um dentista, uma secretária e 11 agentes comunitários de saúde para atender aproximadamente 11 mil usuários na precária estrutura da Unidade.

Vários usuários já possuem a percepção da precariedade da estrutura de atendimento em saúde que a comunidade possui, entretanto críticas isoladas realizadas aos profissionais que trabalham na Unidade não possuem força de reivindicação frente à Secretaria de Saúde do Município. É preciso que a comunidade se reúna de forma organizada para que possa ser ouvida.

Um instrumento eficaz para esse propósito é o Conselho Local de Saúde, composto por usuários da comunidade e integrantes da equipe da Unidade. Esse conselho é instrumento de representação frente ao município e por meio dele que a comunidade pode lutar por melhorias na questão da saúde.

5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

A participação no Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica (Provab) proporcionou, além do trabalho como médica de Estratégia de Saúde da Família, a realização de uma especialização na área da saúde.

Durante a graduação em Medicina, e em função da grande quantidade de conteúdos a serem vencidos, tive apenas uma noção básica da estrutura da Atenção Primária. A especialização voltada à Saúde da Família veio ao encontro de vários anseios presenciados no cotidiano de trabalho em ESF, uma vez que foi capaz de me auxiliar a realizar uma análise crítica e fundamentada, bem como propor estratégias para a melhor resolução dessas situações.

O desenvolvimento do trabalho nesta especialização atendeu às minhas expectativas, pois ao longo de sua execução fui capaz de obter um bom embasamento teórico, cuja bibliografia foi disponibilizada pelo Ministério da Saúde (Cadernos de Atenção Básica) e, a partir dele pude realizar a análise crítica do meu local de atuação.

Considero a capacidade de análise crítica e de propor soluções para o melhor funcionamento da ESF, seja no espaço físico, na solicitação de materiais e insumos, ou no processo de trabalho em si, um dos aprendizados mais relevantes do curso. A capacidade de promover a melhora na qualidade de atendimento da atenção primária é fundamental para a resolutividade que dela se espera.

Nesse sentido, acredito que a especialização em Saúde da Família deveria ser estimulada pela gestão municipal a todos profissionais de ensino superior que atuam na rede de Atenção Básica. Esta seria uma boa forma de os profissionais realizarem a atualização dos seus conhecimentos e buscarem novas estratégias para otimizar o processo de trabalho.

Como exemplo cito o trabalho que consegui desenvolver na ESF Urlândia no ano de 2014. Apesar do foco de intervenção ser com usuários hipertensos e diabéticos, desenvolvi (juntamente com outra profissional médica Provab que atua na Unidade) o projeto de Saúde na Escola, o Grupo de Caminhada dos Idosos e o Grupo de Gestantes. Isso mostra que a especialização ampliou conhecimentos para melhorar a qualidade de atenção a diferentes grupos da clientela adscrita à Unidade.

Concomitante à aprendizagem e à capacitação sobre a estrutura da Atenção Básica, participei de um processo de educação continuada em temas de clínica e saúde coletiva que foi extremamente produtivo para a revisão de assuntos prevalentes em minha prática diária. Os casos clínicos interativos, os testes de qualificação cognitiva e os estudos de prática clínica foram direcionados de acordo com a especialidade de cada especializando, de forma a qualificá-lo também sob o aspecto técnico-científico.

Dessa forma, ao finalizar o curso de Especialização em Saúde da Família percebo o quanto este me surpreendeu positivamente por englobar a atualização de aspectos técnicos da profissão e, principalmente, pelo conhecimento crítico quanto à estrutura fundamental da Atenção Básica – Estratégia Saúde da Família.

Referências

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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, n. 36. 160 p.

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

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo regional**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

MALFATTI, C. R. M.; ASSUNÇÃO, A. N. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2011, v. 16 (Supl. 1). pp. 1383-1388.

Anexos

	A	B	C	Q	R	S
Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês						
1						
2	Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
4		1				
5		2				
6		3				
7		4				
8		5				
9		6				
10		7				
11		8				
12		9				

Anexo C – Documento do Comitê de Ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª

Profª Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Apêndices

Apêndice A – Grupos de Hipertensos e Diabéticos



Apêndice B – Grupo de Caminhadas



Apêndice C – Atividades Saúde na Escola

