

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE A DISTÂNCIA
TURMA Nº7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com HAS e/ou DM na UBS de
Laranjeiras, Vicente Dutra/RS**

Katia Martinez Osorio

Pelotas, 2015

Katia Martinez Osorio

**Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com HAS e/ou DM na UBS de
Laranjeiras, Vicente Dutra/RS**

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

Orientadora: Suame Cristine Melo Freitas

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

O83m Osorio, Katia Martínez

Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com HAS e/ou DM na UBS de Laranjeiras, Vicente Dutra/RS / Katia Martínez Osorio; Suame Cristine Melo Freitas, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

81 f. : il.

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

1. Saúde da Família 2. Atenção Primária à Saúde 3. Doença Crônica 4. Diabetes Mellitus 5. Hipertensão I. Freitas, Suame Cristine Melo, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico o meu trabalho a meu filho, força única e capaz de me ajudar a crescer como pessoa e médica a cada dia.

Agradecimentos

Agradeço a meu coletivo de trabalho da Unidade, equipe maravilhosa. A nossa querida enfermeira Francieli Sponchiado e a Secretária de Saúde do município Claudia Andre Bohrer.

A todas as Agentes Comunitárias de Saúde pela sua contribuição para a realização e sucesso da intervenção.

A todos os meus usuários que acreditaram em nosso trabalho e dedicação e finalmente a minha orientadora Suame Melo Freitas, orientadora muito forte, porém com vontade de nos ensinar com cada coisa mal feita durante todo o curso.

Resumo

OSORIO, Katia Martinez. **Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão e Diabetes na UBS de Laranjeiras - Vicente Dutra.** 2015. 79f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano 2015.

As doenças não transmissíveis (DANT) constituem um problema de saúde de alcance mundial, constituindo uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano. Delas são de grande prevalência e de crescente incidência: Diabetes Mellitus (DM) e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Neste contexto, o Brasil aparece como o oitavo país com maior prevalência de DM no mundo e para a HAS existe uma média de 32% da população brasileira que sofre da doença, podendo atingir 50% em pessoas com mais de 60 anos e até 75% em maiores de 70 anos. Esta realidade não é muito diferente na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) Laranjeiras, Município Vicente Dutra, RS. Com uma população estimada de 2100 habitantes, foi calculada uma prevalência de 319(22,7%) para hipertensão e de 79(5,6%) para diabetes. Em resposta a estes dados, decidimos realizar a intervenção sobre esta ação programática, com o objetivo de melhorar a atenção da saúde de usuários portadores destas duas doenças de 20 anos e mais no Distrito de Laranjeiras, do município Vicente Dutra, RS. A intervenção foi planejada para ser realizada durante 12 semanas, no período de abril a junho de 2015. As ações foram realizadas em quatro eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Participaram da intervenção 157 usuários com HAS e 27 com DM, adultos de ambos os sexos, com mais de 20 anos e moradores da microrregião. Os resultados mais relevantes foram: Incrementar o número de usuários cadastrados na unidade com exame clínico em dia, sendo que 100% dos usuários com HAS e DM cadastrados no programa foram examinados. Foram feitos exames complementares a 89 (79,5%) usuários com Hipertensão e 12 (82,4%) dos usuários com Diabetes de acordo com as possibilidades da secretaria com plena coordenação da gestora. Também do total de usuários com HAS que participaram na intervenção 143(91,1%) receberam medicamentos da farmácia popular e 23(85,2%) dos usuários com DM. De todos os usuários com HAS atendidos 98(86,0%) resultaram da busca ativa pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e das Visitas Domiciliares (VD) realizadas e 20(96,6%) no caso dos usuários com DM. Os registros das fichas de acompanhamento foram adequados para 93(59,2%) de usuários com HAS e para 14(51,9%) com DM. Todos os usuários participantes da intervenção receberam orientações sobre temas importantes como alimentação saudável, prática de atividade física regular, tabagismo e higiene bucal sendo que contamos com a participação da nutricionista e o odontólogo da nossa área. Qualitativamente a intervenção foi de grande vantagem para a equipe, permitindo a coesão e aperfeiçoamento das dinâmicas de trabalho da unidade. O impacto da aplicação da intervenção para a comunidade foi muito favorável, recebendo benefícios psicológicos e sociais, aumentando a valorização e autoestima de indivíduos e comunidades. Vamos dar continuidade à aplicação de estas e outras ações até alcançar todas as metas propostas trabalhando com os grupos de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) que foram muito importantes também para chegar a nossos usuários e realizar atividades de promoção e prevenção destas

doenças que ocasionam tanta morbimortalidade por falta de diagnóstico precoce nas populações.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; doenças crônicas, hipertensão e diabetes.

Lista de Figuras

Figura 1: Cronograma de trabalho durante a intervenção	44
Figura 2: Gráfico de Cobertura do programa de atenção aos usuários com HAS na UBS Laranjeiras. Vicente Dutra/RS, 2015.	51
Figura 3 – Gráfico de Cobertura do programa de atenção aos usuários com DM na UBS Laranjeiras. Vicente Dutra/RS, 2015	51
Figura 4 – Gráfico de Proporção de usuários com HAS com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo na UBS Laranjeiras.Vicente Dutra/RS, 2015	52
Figura 5 – Gráfico de Proporção de usuários com DM com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo na UBS Laranjeiras. Vicente Dutra/RS, 2015	53
Figura 6 – Gráfico de Proporção de usuários com HAS com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Laranjeiras. Vicente Dutra/RS, 2015	54
Figura 7 – Gráfico de Proporção de usuários com DM cos exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Laranjeiras. Vicente Dutra/RS, 2015	55
Figura 8 – Gráfico de Proporção de usuários com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na UBS Laranjeiras. Vicente Dutra/RS, 2015	56
Figura 9 – Gráfico de Proporção de usuários com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na UBS Laranjeiras. Vicente Dutra/RS, 2015	56
Figura 10 – Gráfico de Proporção de usuários com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Laranjeiras. Vicente Dutra/RS, 2015	57
Figura 11 – Gráfico de Proporção de usuários com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Laranjeiras. Vicente Dutra/RS, 2015	57
Figura 12 – Gráfico de Proporção de usuários com HAS faltosos á consultas com busca ativa na UBS Laranjeiras. Vicente Dutra/RS, 2015	58

Figura 13 - Gráfico de Proporção de usuários com DM faltosos às consultas com busca ativa na UBS Distrito Laranjeiras. 59

Figura 14 - Gráfico de proporção de usuários com HAS com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Laranjeiras. Vicente Dutra/RS, 2015 60

Figura 15 - Gráfico de proporção de usuários com DM com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Laranjeiras. Vicente Dutra/RS, 2015 60

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária da Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
E-SUS	Estratégia e-SUS
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	Hemoglicoteste
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
USF	Unidade de Saúde da Família
VD	Visita Domiciliar

Sumário

Apresentação	11
1 Análise Situacional	12
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	12
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	17
2 Análise Estratégica	18
2.1 Justificativa.....	18
2.2 Objetivos e metas.....	19
2.2.1 Objetivo geral	19
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	19
2.3 Metodologia.....	21
2.3.1 Detalhamento das ações.....	21
2.3.2 Indicadores.....	35
2.3.3 Logística.....	41
2.3.4 Cronograma	44
3 Relatório da Intervenção.....	45
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	45
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	48
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	48
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	48
4 Avaliação da intervenção	50
4.1 Resultados	50
4.2 Discussão.....	61
5 Relatório da intervenção para gestores	64
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	67
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	69
Referências	71
Apêndices.....	72
Anexos.....	Erro! Indicador não definido. 76

Apresentação

O presente trabalho teve como objetivo melhorar a Atenção à Saúde dos usuários com HAS e/ou DM, na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Laranjeiras, localizada no município de Vicente Dutra/Rio Grande do Sul.

Este volume engloba no primeiro capítulo a Análise Situacional, com a descrição da situação da Atenção Básica em Saúde (ABS) e UBS no município de Vicente Dutra e as principais facilidades e dificuldades que estão relacionadas ao processo de trabalho na UBS de Laranjeiras.

No segundo capítulo descrevemos a Análise Estratégica, que destaca o processo de organização da intervenção voltado para a qualificação da atenção à saúde dos usuários com HAS e DM, o qual contém informações sobre os objetivos, as metas, as ações, os indicadores, a logística e o cronograma das ações.

No terceiro capítulo consta o Relatório da Intervenção que descreve os principais aspectos da implantação das ações propostas, a partir do relato das mesmas que foram realizadas integralmente e/ou parcialmente durante a intervenção.

No quarto capítulo é apresentado Resultados da Intervenção com representação de informações na forma de gráficos e a discussão desses resultados para a equipe, o serviço de saúde e a comunidade.

No quinto capítulo consta o relatório da intervenção para os gestores e no sexto capítulo, o relatório da intervenção para a comunidade.

E último capítulo consta uma reflexão crítica sobre o meu processo de aprendizagem, a partir das minhas expectativas iniciais e vivenciadas ao longo do curso e ainda as seções de referências, apêndices e anexos.

1. Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

O município Vicente Dutra está situado no extremo norte de Rio Grande Do Sul, na microrregião de Iraí, a 384 km de Porto Alegre. Com uma superfície territorial de 192km² e uma população total de 5.285 habitantes, que grande parte reside na zona rural do município.

Dispõem de duas UBS, dois postos de saúde: um no centro da cidade e um no distrito de Laranjeiras, unidade em que eu atuo e que dispõe dos seguintes profissionais: uma médica, uma enfermeira, um dentista, uma recepcionista e sete ACS. Tem 623 famílias cadastradas e acompanhadas, podendo este número sofrer variações, no entanto, está sendo realizado um novo mapeamento e cadastro das famílias no E-SUS para ser atualizado o mesmo. Desenvolvemos atividades de Educação em Saúde com Grupos como: Hipertensão e diabetes, Gestantes, Puericultura, Saúde Mental e Tabagismo. Nelas participa uma equipe multidisciplinar incluindo a nutricionista com orientações sobre hábitos alimentares, qualidade de vida, controle de Pressão Arterial (PA) Glicemia e realizamos distribuição de medicamentos com frequência trimestral.

Eu como médico da unidade, realizo educação permanente com a equipe e com os ACS para procurar mudanças no estilo de vida da população. Nossa unidade é de difícil acesso e as pessoas frequentam as duas unidades do município, situação esta que dificulta a questão dos prontuários e atendimentos e sobre a que vamos trabalhar dia a dia junto a nossa equipe de trabalho.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Eu trabalho no município Vicente Dutra, do estado Rio Grande Do Sul, Localiza-se a uma latitude 27°09'43" sul e a uma longitude 53°24'19" oeste, estando

a uma altitudede 289 metros. Possui uma área de 195,12 km². É um município que conta com as águas do rio Uruguai e que faz divisa fluvial com o Estado de Santa Catarina. Faz parte da Microrregião de Frederico Westphalen, a 384 km de Porto Alegre, Capital do Estado. Os municípios limítrofes são: Irai Frederico Westphalen, Mondai e Caibi.

Nosso município tem uma população de 5285 habitantes, que são atendidos nas duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), tradicionais sem disponibilidade de Nucleio de Apoio a Saúde da Família (NASF), Centro de Especializada Odontológica (CEO), nem Atenção especializada. Tem um hospital pequeno porte com 30 leitos hospitalares, conveniado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com plantão médico nos horários em que as UBS estão fechadas. Contamos com um laboratório clínico municipal para realização de exames complementares simples, sendo que outros tipos são feitos em outros municípios agendados através da Secretaria de Saúde. O Pronto Atendimento esta desenhado apenas para oferecer atendimentos de urgência e internação de usuários com doenças facilmente tratáveis, já que não tem condições para doenças graves nem partos, entre outras. Esta situação dificulta bastante o bom atendimento de nossa população.

A UBS é rural, se encontra no Distrito de Laranjeiras é está vinculada á prefeitura do município. Não foi construída para ser uma UBS e não esta desenhada para atividades de ensino. Caracteriza-se por ser uma Unidade de Saúde da Família, com uma Equipe de Trabalho composto por um Médico Geral, um Cirurgião dentista, um Enfermeiro e sete Agentes Comunitários de Saúde. Também temos um Assistente Social e um Auxiliar de serviços gerais ou de limpeza. Nosso município tem um médico ginecologista-obstetra, uma pediatra, dois fisioterapeutas, uma nutricionista e uma psicóloga que trabalham com os usuários das duas equipes com sistema de agendamento de consultas para os atendimentos.

Nossa UBS foi desenhada de alguma maneira para funcionar como tal mais não tem condições suficientes para oferecer serviços de qualidade aos usuários quanto à ambiência. É constituída por uma instalação pequena, com uma recepção estreita, sem sala de espera para acolhimento dos usuários, pouca capacidade de cadeiras para que os usuários esperem sua consulta e a sala de vacinas e curativo e a mesma. Não tem deposito de lixo, sala de nebulização nem sala para processo de esterilização. Os consultórios médico, de enfermagem e dentista têm condições para os atendimentos mais não tem sanitários neles. Neste momento estamos em espera

de inaugurar uma nova UBS que conta com mais espaço para receber e oferecer melhores serviços de saúde para nossos usuários. Já visitamos a mesma e continuam as barreiras arquitetônicas, tema também discutido já nas reuniões da equipe, porém não pode ser alterado o projeto feito para a construção dela. Não temos Conselho Local de Saúde para cumprir com os princípios do engajamento público e para discutir nossas preocupações e sugestões ao Conselho Municipal.

Na área adstrita tem uma população de 2100 habitantes, mais não conhecemos o número de usuários por sexo e idade da população e os ACS estão trabalhando no novo cadastro da população: Segundo as estimativas dos Cadernos das Ações Programáticas (CAPS) nossa população tem que ter 247(53%) de usuários hipertensos e 54(40%) de usuários diabéticos. Nossa UBS trabalha para oferecer um bom acolhimento e não existe excesso de demanda. Não trabalhamos com sistema de agendamento de consulta e são atendidos todos os que procuram atendimento. Desenvolvemos atividades de Educação em Saúde com Grupos, sendo que destes, 13 são grupos de saúde (DANT) que tem a participação da equipe multidisciplinar incluindo a nutricionista que também participa sempre que possível, com orientações sobre hábitos alimentares, qualidade de vida, controle de PA e Glicemia e distribuição de medicamentos estes acontecem com periodicidade trimestral, grupo de Gestante, de puericultura, de saúde mental e tabagismo. Realizamos educação permanente com a equipe e com os ACS enfatizando um atendimento mais qualificado e resolutivo a população. Pelo fato de nossa unidade ser de difícil acesso as pessoas frequentam as duas unidades, ou seja, o atendimento não se restringe ao médico, o que dificulta a questão dos prontuários e atendimentos. Nossa população se caracteriza por uma resistência quanto ao funcionamento da UBS, pois ainda se tem uma visão de atendimento médico, curativo, ponto que e trabalhado com as visitas domiciliares, as atividades de grupos, educação em saúde, prevenção e conscientização da importância do autocuidado para melhorar a saúde.

Em relação à atenção da saúde da criança, agora contamos com uma pediatra em nosso município, que através do agendamento de consulta esta recuperando a puericultura especializada para este grupo. Com isto se melhorou o acompanhamento, seguimento e controle deste grupo etário. São revisadas e orientadas as vacinas, se realiza avaliação de desenvolvimento e crescimento e também recebem orientações sobre aleitamento materno e alimentação além de

agendamento da próxima consulta sendo que participam a enfermeira da UBS e nos casos de doenças agudas eu faço atendimentos também, pois acontece que tem só 20 horas de atendimento e precisaram melhorar a puericultura das crianças até cinco anos de idade. Foi fácil começar a trabalhar com estes usuários, pois existiam registros de usuários feitos pelos ACS além que os médicos e enfermeiras fazíamos consultas de puericultura e todos apresentaram esquema de vacinas em dia. Nossa área tinha 18 menores de um ano que foram visitadas e agendadas suas consultas para ter hoje um bom acompanhamento e controle com consultas agendadas segundo planejamento feito pela pediatra do município e com uso do protocolo do Ministério de Saúde.

Quanto à atenção ao pré-natal não apresentamos problemas, pois temos 12 gestantes e um ginecologista- obstetra para avaliação e acompanhamento delas segundo agendamento realizado na unidade. Realizamos atividades com os grupos e são feitas orientações para obter recém-nascidos de qualidade. Todas recebem educação em saúde e suas consultas são agendadas segundo o protocolo do Ministério de Saúde, recebem orientações sobre alimentação saudável, vacinas, exames e avaliação nutricional. Ainda enfrentamos um problema em nosso município que é a captação precoce da gestação que acontece com mais frequência nas adolescentes, porém não temos nenhum caso em nossa comunidade neste momento. Estamos realizando atividades de prevenção na escola em conjunto com professores e pais dos estudantes para dar a conhecer os diferentes tipos de anticoncepcionais existentes assim como as desvantagens da gestação precoce.

Na UBS se realiza prevenção do Câncer de Colo de Útero e controle do Câncer de Mamas, em todas as consultas e orientamos a realização deles com conversa sobre sua importância e as possibilidades de um diagnóstico precoce para tratamento efetivo. Ainda existem mulheres com crenças antigas que não fazem estes exames, outras que realizam eles nas clinicas particulares e outras que não acreditam na educação preventiva. A realização de exame preventivo de Câncer de Colo e feito prévio agendamento, registrado e avaliado o resultado em 40 dias. Dificuldade tem com as Mamografias, pois para sua realização tem que ir para outro município com coordenação da Secretaria de Saúde. Esta situação provoca que algumas mulheres não fazem a mesma, assim mesmo e orientado autoexame das mamas antes e depois da menstruação e durante a avaliação clínica na consulta.

Os usuários com HAS e DM tem atendimento todos os dias em nossa unidade e vão ser os usuários para a realização da intervenção em nossa comunidade por apresentar dificuldade com a realização de consultas e exames complementares e clínicos em dia não existindo demanda excessiva deles por problemas agudos. Quase sempre tem garantido os tratamentos na farmácia que recebem de graça, além disso, começamos a trabalhar com os grupos onde realizamos atividades de educação em saúde, orientações sobre alimentação saudável, importância da atividade física regular, revisão e solicitação de exames complementares, avaliação nutricional e troca de medicamentos se precisarem. Falta trabalhar mais com todas as pessoas de 20 anos e mais, pois temos usuários com sintomas de pressão alta que se automedicam e não sabem que são portadores desta doença. Usuários que tem acompanhamento com médicos particulares e tomam medicamentos que não sabem são para que e usuários que tomam medicamentos por tempo determinado e abandonam o mesmo. Para fornecer nosso trabalho na pesquisa de usuários com estas doenças realizamos atividades de educação em saúde, palestras, conversas, aferição da pressão, exame de glicemia de jejum se precisam e solicitação de exames assim como agendamento de consultas para avaliação de riscos.

Em relação à saúde dos idosos o trabalho é bom, pois todos são atendidos na unidade tendo prioridade para ser atendidos, são visitados pelos ACS e pela equipe de trabalho se precisam. O problema está no acompanhamento e realização de exames segundo os protocolos nos casos de HAS e DM ainda eles participam dos grupos, das palestras e outras atividades de educação em saúde. Não temos protocolo para atendimento e acompanhamento deles, porém é feito todo tipo de trabalho comunitário com eles. Eu acho necessário realizar a avaliação multidimensional rápida já que nesta idade se apresentam problemas de saúde que precisam ser de conhecimento médico e da família. Transtornos depressivos são frequentes e difíceis de tratar assim como realização de diversas tarefas que podem provocar acidentes fatais. Todos nossos idosos tem avaliação de risco para morbimortalidade e recebem orientações para hábitos alimentares saudáveis e para atividade física regular. O indicador de cobertura para idosos é de 286, 253 são acompanhados na UBS e nos indicadores de qualidade não tem problemas que não possam ser resolvidos durante a intervenção, pois serão feitas visitas domiciliares

frequentes e atividades de participação comunitária para que participem os familiares e conheçam sobre algumas doenças e complicações importantes nesta idade da vida.

Durante este tempo de trabalho na minha população tem tido muitas experiências de todo tipo, também muitas interrogantes que ainda não tem resposta. Por exemplo: eu acho muito bom o trabalho dos ACS, mas é importante também às visitas domiciliares semanais para todos os usuários da área e não só para idosos, doentes ou faltosos a consultas. Precisamos conhecer o jeito de vida de cada família de nossa área de abrangência já que muitas doenças são provocadas por problemas ambientais que podem ser modificados através das mesmas. Agora precisamos começar a trabalhar em nossa nova UBS, fazer as mudanças necessárias para melhorar o acolhimento e atendimentos dos usuários como o maior desafio em a atenção de saúde. Continuar o trabalho com os grupos, fazer mais visitas domiciliares, o planejamento de atividades de educação em saúde para toda nossa população. Criar um Conselho Local de Saúde (CLS) para envolver as lideranças comunitárias em nosso trabalho e avaliar continuamente o trabalho da equipe.

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

Muitas coisas mudaram depois de realizar o texto inicial, pois na medida em que fomos conhecendo o funcionamento da unidade, o trabalho dos ACS, as características da população e as metodologias para trabalhar com estes tipos de usuários começaram a ganhar experiências de grande utilidade para o sucesso da intervenção. O Análise Situacional proporcionou algumas informações importantes que fomos enriquecendo com nosso trabalho do dia a dia. Conhecemos os indicadores de qualidades com problemas de nossa população para trabalhar com eles, que precisamos melhorar e como chegar a cada usuário de nossa área através de atividades educativas em equipe: involucramos o dentista da área em nosso trabalho e estabelecemos um sistema de retroalimentação médico – enfermeira – dentista – nutricionista – psicóloga – ACS que hoje tem contribuído a melhorar nosso trabalho com todo tipo de usuário da comunidade.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Doenças como Hipertensão e Diabetes Mellitus são de grande importância no Brasil, elas constituem das primeiras causas de morte na população de 20 anos e, mas. Geralmente a melhoria dos pacientes não tem muitos conhecimentos sobre estas doenças e ocasionalmente são portadoras e não sabem, pois são condições clínicas que podem ser assintomáticas, e as totalidades dos casos podem ser subestimadas em uma população. Os usuários com HAS e DM morrem devido às complicações destas doenças que afetam órgãos alvos como cérebro, coração e rins.

No Brasil a Diabetes Mellitus associada a Hipertensão Arterial Sistêmica, são responsáveis pela principal causa de mortalidade e hospitalizações na população, estando associadas a 62,1% dos diagnósticos primários de insuficiência renal crônica submetido a diálises (BRASIL, 2006). Diante disso, a Atenção Primária a Saúde (APS) pode ser a primeira barreira no controle destas doenças, principalmente atuando sobre os fatores de risco que as originam. Nossa intervenção vai ser realizada na população do Distrito de Laranjeiras, município Vicente Dutra, Estado Rio Grande Do Sul. Com uma população total de 2100 habitantes, sendo que a estimativa é de 469 dos usuários com 20 anos ou, que sofrem de HAS e só 247 (53%) são acompanhados na UBS e também temos 134 com DM, 54 (40%) deles com acompanhamento na UBS. Acontece que muitas pessoas em algum momento da sua vida tem tido alguma manifestação clínica de pressão alta ou transtorno de glicose, ou tem antecedente familiar destas doenças, porém as características de ser uma população rural, com poucos ou nenhum estudo, crenças antigas, agricultores e moradores em áreas longes da UBS, não permitem que sejam feitos diagnósticos precoces para evitar evolução trepida dos casos.

Procedimentos poucos complicados permitem fazer diagnóstico destas doenças nas comunidades. A alta morbimortalidade associada ao diabetes e a

hipertensão demanda estratégias de promoção da saúde e a detecção de grupos de risco para intervenções preventivas. Nossa área trabalha com os grupos de DANT, muita deles tem acompanhamento fora do município, com especialistas e adquirem os medicamentos nas farmácias particulares. Com este trabalho pretendemos oferecer atenção aos 70% dos usuários que vão participar de nossa intervenção.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral:

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM na área de Laranjeiras do Município de Vicente Dutra\RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas:

1. Ampliar a cobertura a usuários de HAS e DM.

1.1 Cadastrar 70% dos usuários de HAS da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

1.2 Cadastrar 70% dos usuários de DM da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

2. Melhorar a qualidade de atenção a usuários de HA e DM.

2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com HAS.

2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com DM.

2.3 Garantir a 100% dos usuários HAS a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.4 Garantir a 100% dos usuários DM a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

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

3. Melhorar a adesão de usuários com HAS e/ou DM ao programa.

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

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

4. Melhorar os registros das informações.

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

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

5. Mapear usuários de HAS e DM de risco para doença cardiovascular.

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

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

6. Promover a saúde de usuários com HAS e DM.

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

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

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

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

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

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

6.7 Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

6.8 Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

Esta intervenção foi estruturada pelo curso para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família de Laranjeiras, no Município de Vicente Dutra. Participarão da intervenção todos os usuários de HAS e DM de 20 anos e mais cadastrados na unidade.

2.3.1 Detalhamento das ações:

Objetivo 1 – Ampliar a cobertura a usuários com HAS e DM.

Meta 1.1 Cadastrar 70% dos usuários da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS.

Meta 1.2 Cadastrar 70 % dos usuários com DM que participam da intervenção.

Monitoramento e avaliação.

O monitoramento será feito com uma avaliação semanal das fichas dos usuários que participam da intervenção pelo médico e a enfermeira da equipe, para isso toda sexta feira a equipe vai ter uma reunião vamos conferir os resultados da semana e elaborar um registro com todos os dados dos usuários que participam da intervenção para facilitar o controle.

Organização e gestão do serviço.

Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.

Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.

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

Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.

Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes.

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

Vamos trabalhar com as fichas espelhos que foi fornecida pelo curso para cada usuário que participa da intervenção, a ficha será preenchida pelo médico e a enfermeira da equipe desde a consulta inicial de adesão ao projeto.

Todos os usuários que vão participar da intervenção vai ter sua consulta agendada na ficha que vai portar. O dia de consulta vai ser todas as terças e quintas feiras no horário da manhã em nossa unidade e segundas e quartas na unidade central; às pessoas que vai participar do acolhimento vão ser preparadas tecnicamente no inicio da intervenção.

Vamos garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e glicômetro na unidade de saúde. Garantir a calibração dos equipamentos médicos a traves de um officia a Secretaria de Saúde feita pela enfermeira da equipe sobre as necessidades de equipamentos para garantir as mensurações nos programas e a calibração dos mesmos com uma periodicidade mensal. Além vamos solicitar equipamentos novos para garantir nos grupos de usuários com HAS e DM que tem, mais para ficar certo no caso de que algum estrague.

Engajamento público.

Informar a comunidade e usuários hipertensos e diabéticos sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde: Realizar palestras por parte dos ACS, médico e enfermeira da equipe com uma periodicidade semanal aproveitando os dias de atendimento, visitas domiciliares e conversas na população, escolas, clubes.

Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente: A traves de palestras dos ACS, médico e enfermeira da equipe com uma periodicidade semanal aproveitando os dias de atendimento e inclusive nos atendimentos de odontologia. Pensamos solicitar pelo officio a gestora material para a elaboração de folders e cartasses para a educação sanitária da população que serão distribuídos nas consultas e visitas domiciliares. Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mm Hg: Realizar palestras por parte dos ACS, médico e enfermeira da equipe com uma periodicidade semanal aproveitando os dias de atendimento em que se reúnem as pessoas para as consultas assim como cada jornada de trabalho de todos os integrantes da equipe.

Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes: Enviar officia a gestora pela enfermeira da equipe para a elaboração de folders e cartasses para a educação sanitária da população. Realizar

palestras por parte dos ACS, médico e enfermeira da equipe com uma periodicidade semanal aproveitando os dias de atendimento.

Qualificação da prática clínica.

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

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

Capacitar aos ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos que vai participar da intervenção de toda área de abrangência da unidade de saúde, assim como os principais fatores de risco e a clínica das duas doenças: Planejar por parte do médico e enfermeira da equipe duas sessões de capacitação sobre o tema escolhido ao início da intervenção.

Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e no uso adequado do glicômetro. Oferecer por parte da enfermeira da equipe duas sessões de capacitação sobre o tema escolhido ao início da intervenção. Será teórico prático para avaliar os conhecimentos dos aprendizados.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Monitoramento e avaliação.

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos que vão participar da intervenção: Imprimir e estabelecer o protocolo de boas práticas clínicas assim como avaliar as fichas dos usuários que participam da intervenção por parte do médico e a enfermeira da equipe com uma periodicidade semanal.

Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde: O monitoramento será feito com uma avaliação semanal das fichas dos usuários que participam da intervenção pelo médico e a enfermeira da equipe, para isso será confrontado os exames indicados e os resultados.

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA dos usuários com HAS e DM que participam da intervenção: Será avaliado semanalmente as fichas dos usuários que participam da intervenção pelos Agentes Comunitários de Saúde, o médico e a enfermeira da equipe, para conferir os usuários que receberam a medicação, também serão utilizados a base de dados da dispensação da farmácia.

Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico: será monitorado por meio dos atendimentos e pelos registros na ficha espelho.

Organização e gestão do serviço.

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos: Na primeira reunião da equipe cada membro vai ficar sabendo o que corresponde fazer no projeto e as obrigações. Tudo serão discutido e avaliado nesse momento para não ficar com duvidas.

Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde: Serão estabelecidas duas horas semanais para a capacitação dos profissionais da equipe no trabalho de acordo com os protocolos, a capacitação será feita pelo médico e a enfermeira da UBS.

Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais: A capacitação será mantida semanalmente durante os quatro meses da intervenção, realizada pelo médico e a enfermeira da equipe de acordo as necessidades de aprendizagem identificadas no curso do trabalho.

Disponer de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde: nossa unidade tem o protocolo atualizado e pode ser utilizado por todos os integrantes da equipe se precisar.

Engajamento público.

Garantir a solicitação dos exames complementares: Monitorar semanalmente mediante avaliação das fichas dos usuários envolvidos no projeto, pelos ACS, o médico e a enfermeira da equipe que os exames complementares sejam indicados. Conferir no registro dos dados.

Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA. Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes: Será realizada uma capacitação teórico-prática no início da intervenção com a atualização sobre tratamento dos usuários com HAS e DM, vão participar todos os integrantes da equipe.

Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA: Será capacitada a equipe pelo médico da UBS sobre as alternativas locais para o acesso aos medicamentos

Garantir com a gestora municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo: Será enviado ofício a gestora municipal pela enfermeira da equipe no início da intervenção solicitando agilidade na realização dos exames laboratoriais dos usuários que participam da intervenção.

Estabelecer sistemas de alerta dos exames complementares preconizados: Será estabelecido pela equipe de profissionais mediante uma análise semanal do registro de dados, um sistema de alerta que permita identificar os usuários que não tenham os resultados dos exames realizados e avaliados. O sinal de alerta será um círculo na data correspondente.

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos: Cada quinze dias serão conferidos o estoque pelos ACS e a enfermeira da equipe. Os medicamentos vão receber uma tarjeta com os dados de entrada, saída e data de validade para um melhor controle.

Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde: serão estabelecidas por parte da enfermeira da equipe as necessidades de medicamentos, para garantir quantidade suficiente em estoque para segurança de resposta mensal dos mesmos para todos os usuários

que participam da intervenção. Alimentar a base de dados com esta informação e avaliar a mesma mensalmente.

Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos: Desde o primeiro atendimento o médico e a enfermeira vai realizar avaliação bucal para identificar alguns problemas de saúde bucal que precisarão de acompanhamento com o dentista, estas informações serão registrada na ficha espelho e solicitada o atendimento para o dentista nesse momento mesmo.

Organizar a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico: o dentista da área fará o agendamento das consultas que vai ser avaliada semanalmente na reunião da equipe.

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. Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares: Será orientado por meio de rodas das visitas domiciliares realizadas pelos ACS, dentista, médico e enfermeira da equipe com uma periodicidade quinzenal aproveitando os dias de atendimentos, nas escolas e nas casas dos usuários. Será enviado ofício a gestora pela enfermeira da equipe para a elaboração de folders e cartazes para a educação sanitária da população em relação as necessidade de realização de exames complementares.

Orientar aos usuários e a comunidade quanto à periodicidade de realizar os exames complementares: Será realizado pelos ACS, dentista, auxiliar de enfermagem, médico e enfermeira da equipe com uma periodicidade quinzenal aproveitando os dias de atendimentos, visitas domiciliares, grupos de hipertensos e diabéticos e conversas na população.

Orientar aos usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso: Serão realizadas orientações pelos ACS, médico e enfermeira da equipe com uma periodicidade mensal aproveitando os dias de atendimento e visitas domiciliares.

Orientar aos usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso: será orientada a comunidade por meio de conversas

realizadas pelos ACS, médico e enfermeira da equipe com uma periodicidade quinzenal aproveitando os dias de atendimento, as visitas e outras atividades na comunidade.

Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares: será realizado no início da intervenção pelo médico da UBS. Para isto será utilizado o protocolo de HAS e DM que ficam a dispor na UBS.

Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos: Será orientada a comunidade por meio de conversas realizadas pelos ACS nas comunidades, na UBS, pelos profissionais da equipe na UBS nos atendimentos clínicos e odontológicos individuais, e durante as visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica.

Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA. Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes. Realizar uma atualização no início e na metade da intervenção por parte do médico e a enfermeira da equipe sobre o tratamento das duas doenças na unidade.

Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA: Realizar uma capacitação no início da intervenção pela enfermeira para capacitar os profissionais da equipe para que possam orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos: Será capacitada a equipe para identificar alguns problemas de saúde bucal. Isto será feito pelo dentista da UBS e acontecerá no início da intervenção. Será utilizado todo o material do qual ele dispor para facilitar o entendimento deste tema.

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

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

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

Monitoramento e avaliação.

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo em usuários que participam da intervenção. (consultas em dia): será feita a traves da avaliação semanal do cumprimento da consulta pelo medico, enfermeira e ACS da UBS por meio da revisão das fichas espelhos dos usuários que participam da intervenção.

Organização e gestão do serviço.

Organizar visitas domiciliares para buscar os usuários faltosos em conjunto com os ACS: Toda segunda feira os ACS receberão as informações pela enfermeira da equipe dos usuários faltosos as consultas na semana anterior e priorizarão visitas para garantir nova data para a consulta na semana seguinte.

Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares: o medico e a enfermeira agendará espaços em todos os turnos de trabalho para o acolhimento dos usuários procedentes da busca pelos ACS.

Engajamento público.

Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas: serão realizadas palestras pelo médico e enfermeira da equipe, ACS e equipe em geral com uma periodicidade mensal aproveitando os dias de atendimento o trabalho com os grupos e as visitas domiciliares.

Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos): será estabelecido um espaço de escuta para a população mencionar as estratégias de melhorias da intervenção durante os grupos de HAS- DM, os dias de atendimento na UBS e nas visitas domiciliares realizadas pelos ACS. Serão discutidas propostas de modificação do atendimento e de funcionamento dos grupos de HAS-DM de acordo as suas necessidades para diminuir os usuários faltosos aos atendimentos, participarão todos os profissionais da equipe e a população dos bairros de abrangência da UBS.

Esclarecer aos portadores de hipertensão, diabéticos e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas: serão realizadas palestras pelos ACS, médico e enfermeira da equipe com uma periodicidade mensal

aproveitando os dias de atendimentos e todos os momentos de contato na comunidade.

Qualificação da prática clínica.

Treinar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Capacitar os ACS em técnicas participativas: será realizado um treinamento teórico-prático no início da intervenção pelo médico da equipe, com a atualização sobre técnicas participativas e como sensibilizar os usuários com HAS e DM para a participação nas consultas com a periodicidade estabelecida, participarão todos os integrantes da equipe.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

Monitoramento e avaliação.

Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos que participam da intervenção, acompanhados na unidade de saúde: será monitorado semanalmente pelo médico e a enfermeira da equipe, mediante análise dos registros nas fichas espelhos.

Organização e gestão do serviço.

Implantar planilha/registro específico de acompanhamento: será implantada a planilha registro disponibilizada pelo curso desde o início mesmo da intervenção, onde o médico e a enfermeira transcreverá os dados das fichas espelhos semanalmente.

Pactuar com a equipe o registro das informações: será pactuado mediante reunião com a equipe no início da intervenção, mencionando as responsabilidades individuais de cada membro da equipe para com o registro das informações.

Definir responsável pelo monitoramento dos registros: será realizada reunião no início da intervenção para pactuar com toda a equipe e elencar o profissional que será responsável pelo monitoramento dos registros de cada uma das informações.

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

de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença: será elaborado pelo médico e a enfermeira da intervenção um registro de dados que permita alertar quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença, será anexado nas fichas espelhos destes usuários sinais de alerta circulando a situação preocupante do usuário nesse momento a fim de facilitar as buscas destes usuários e maior acompanhamento por parte da equipe.

Engajamento público.

Será realizada por parte do médico e enfermeira da equipe uma palestra com uma periodicidade mensal além que vamos aproveitar os dias de atendimento e as visitas domiciliares para que os usuários conheçam como funciona o registro de atendimentos, quem preenche os dados e como se manter organizado e atualizado.

Qualificação da prática clínica.

Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso: será realizado um treinamento teórico prático no início da intervenção pelo médico e a enfermeira da equipe, com relação ao preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e o diabético, participarão todos os integrantes da equipe.

Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas: será realizado um treinamento teórico prático no início da intervenção pelo médico e a enfermeira da equipe, a fim de instruir a equipe quanto o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

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

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

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

Monitoramento e avaliação.

Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano: será monitorado

mensalmente pelo médico e a enfermeira da equipe, mediante a avaliação e revisão da ficha espelho e qualidade dos registros com todos os dados solicitados.

Organização e gestão do serviço.

Organizar a agenda para o atendimento desta demanda- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco: será priorizado o atendimento dos usuários identificados com risco para garantir atendimento com mais frequência. Serão atendidos sempre que precisarem o tivessem algum sintoma além de mapeamento da pressão arterial, curva de peso, hemoglicoteste e consulta agendada.

Organizar a agenda para o atendimento desta demanda: serão disponibilizados espaços na agenda de maneira que podemos garantir o atendimento com a frequência que precisarem os usuários identificados com risco. .

Engajamento público.

Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular: Será orientado o usuário durante o atendimento individual pelo médico e enfermeira da UBS.

Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação saudável, realização de atividade física regular): será esclarecido aos usuários e a comunidade por meio de palestras que serão feitas pelo médico e enfermeira da equipe, nutricionista, ACS, com uma periodicidade mensal aproveitando os dias de atendimento, os grupos de hipertensos e diabéticos e as visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica.

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo: será realizado um treinamento da equipe no início da intervenção pelo médico e a enfermeira da equipe, quanto o jeito que será feita a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo para isso serão utilizados exemplos com casos clínicos subgerentes.

Capacitar equipe na importância do registro desta avaliação: será realizada uma palestra pela enfermeira da equipe no início da intervenção sobre a importância do registro desta avaliação para diagnóstico precoce e tratamento adequado assim como avaliação por outros especialistas se o usuário precisar.

Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis: será realizada uma palestra pela enfermeira da equipe e o médico no

início da intervenção sobre as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

Monitoramento e avaliação.

Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos que participam da intervenção: será monitorado pelo médico e a enfermeira da equipe por meio dos registros dos usuários com HAS e DM com uma periodicidade quinzenal em relação às orientações sobre nutrição adequada para estes usuários.

Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos que participam da intervenção: será monitorado quinzenalmente mediante a avaliação dos registros por parte do médico e da enfermeira.

Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos que participam da intervenção: será monitorado semanalmente pelo médico da UBS por meio dos registros dos usuários a orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos que participam da intervenção

Monitorar a realização de consultas periódicas dos hipertensos e diabéticos que participam da intervenção com o odontólogo: será monitorado quinzenalmente por meio dos registros dos usuários na ficha espelho.

Organização e gestão do serviço.

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável: será realizada pelo menos uma prática coletiva sobre alimentação saudável por mês com a participação da nutricionista do município e toda a equipe juntamente com os usuários e comunidade.

Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionista nesta atividade: será enviado pelo médico da equipe um ofício a gestora para solicitar a presença da nutricionista em tais atividades.

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física: será realizada uma atividade esportiva semanal desde o início da intervenção, coordenada pelo NASF onde participarão usuários e integrantes da equipe.

Demandar junto a gestora parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade: será enviado ofício no início da intervenção a gestora municipal pelo médico da equipe demandando parcerias institucionais para envolver educadores físicos na atividade física dos usuários hipertensos e diabéticos

Engajamento público.

Orientar diabéticos, hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável: serão orientados por meio de palestras realizadas pelos ACS, médico e enfermeira da equipe com uma periodicidade mensal além de aproveitar os dias de atendimento e visitas domiciliares, também os grupos de usuários com HAS e DM.

Demandar a gestora a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo": será enviado ofício no início da intervenção a gestora municipal pelo médico da equipe demandando a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo"

Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção aos hipertensos e diabéticos. Será estabelecida uma parceria com o odontólogo da equipe para oferecer atendimento segundo seu planejamento semanal.

Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico: será priorizado o atendimento dos usuários identificados com sinal de alerta para risco de saúde bucal. Estes usuários serão acompanhados com a frequência estabelecida pelo dentista da unidade.

Demandar junto a gestora oferta de consultas com dentista para estes usuários: será demandado mediante um ofício a gestora a parceria com outras especialidades odontológicas para o tratamento dos usuários hipertensos e diabéticos que precisarem.

Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção aos hipertensos e diabéticos. Será estabelecida uma parceria com o odontólogo da equipe para oferecer atendimento segundo seu planejamento semanal.

Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico: será priorizado o atendimento dos usuários identificados com sinal de alerta para risco de saúde bucal. Estes usuários serão acompanhados com a frequência estabelecida pelo dentista da unidade.

Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular: serão realizadas duas palestras pela enfermeira da equipe no início da intervenção sobre a importância da prática de atividade física regular, participarão os usuários e os profissionais.

Orientar os hipertensos tabagistas sobre o risco e a existência de tratamento para abandonar o tabagismo: serão realizadas duas palestras pela enfermeira da equipe no início da intervenção sobre o risco e a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Qualificação da prática clínica.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável. Será realizada pela nutricionista da equipe por meio de duas palestras no início da intervenção sobre práticas de alimentação saudável, participarão todos os profissionais.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde: será realizado um treinamento pelo médico e a enfermeira da equipe sobre metodologias de educação em saúde no início da intervenção, participarão todos os profissionais e será feita uma conversa para precisar se todo o pessoal fica certo sobre o trabalho a fazer.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular: será realizado treinamento teórico prática no início da intervenção pelo médico e a enfermeira da equipe, sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde: será realizado treinamento no início da intervenção pelo médico e a enfermeira da equipe sobre metodologias de educação em saúde, participarão todos os profissionais.

Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde. Serão realizadas duas palestras pelo odontólogo da equipe na comunidade para a procura de parcerias para o tratamento odontológico dos usuários e o apoio de outros setores.

Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantir a disponibilização do atendimento com dentista: isto será feito prévio agendamento das consultas pelo dentista da área.

Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas: será capacitada a equipe por meio de um treinamento teórico prático no início da intervenção pela psicóloga do município.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde: será realizado treinamento pela psicóloga do município em conjunto com o médico e enfermeira da equipe sobre metodologias de educação em saúde. Será feito no início da intervenção, participarão todos os profissionais.

Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso e diabético: será realizado um treinamento teórico prático no início da intervenção pelo odontólogo da equipe, sobre o tratamento bucal do usuário hipertenso e diabético.

2.3.2 Indicadores:

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. .

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

Indicador 2.2.1: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

Indicador 2.3.1 Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

Indicador 2.4.1 Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

Indicador 2.5.1 Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/DANT priorizada.

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

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

Indicador 2.6.1 Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/DANT.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

Indicador 2.7.1 Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

Indicador 2.8.1 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: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

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

Indicador 3.1.1 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.

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

Indicador 3.2.1 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 faltosos às consultas.

Objetivo 4: Melhorar os registros das informações.

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

Indicador 4.1.1 Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

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

Indicador 4.2.1 Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

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

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

Indicador 5.1.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.
Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

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

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

Indicador 5.2.1 Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Indicador 6.1.1 Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.2.1 Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.3.1 Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.4.1 Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.5. 1 Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.6.1 Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.7.1 Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.8.1 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para a intervenção seja com a qualidade que precisamos vamos adotar o protocolo do Ministério de Saúde 2013, Cadernos de Atenção Básica em Saúde N. 36 e 37 do Ministério de Saúde (MS) que ficam à disposição na unidade para ser utilizado por todos os profissionais. O primeiro que pensamos fazer é convocar à população para informar a intervenção e como será realizado instigar a população para formar o Conselho Local de Saúde além de envolver as instituições sociais da área em nosso trabalho. Além disso, vamos aproveitar cada contato com os usuários nas visitas domiciliares, atendimentos, nas ruas, escolas e outras instituições para divulgar a realização da intervenção. A gestora de saúde vai ser convidada a participar na apresentação da intervenção na reunião da equipe, onde serão realizadas as solicitações diversas dos recursos que vamos precisar para realizar a intervenção. Temos pensado falar na rádio comunitária para que todos os usuários fiquem conhecendo como vai acontecer a intervenção.

Já falamos que temos pensado elaborar folders, cartazes explicando algumas coisas de interesse sobre HAS e DM, manter calibradas balanças e esfigmomanômetros e inclusive garantir novos para repor no caso que seja necessário. Na nova unidade vamos precisar também de arquivos novos para manter organizadas as fichas dos usuários e outros recursos como cadeiras que ainda não são suficientes na sala de espera e que vai proporcionar o bom acolhimento e conforto dos usuários. Lamentavelmente não contamos com registro dos hipertensos e diabéticos em dia, as fichas existem só na unidade central do município e não tem a informação necessária que vamos necessitar além que não ficam atualizadas pois elas só são usadas nos grupos de DANT que começaram ser realizados faz pouco tempo e sem a qualidade requerida. Por este motivo vai ser feito o novo cadastramento da população e vamos utilizar as fichas espelhos fornecidas pelo curso que contém todos os dados que vamos precisar de cada usuário e que vão ser preenchidos em cada atendimento oferecido a cada usuário. A estimativa de fichas necessárias para começar a intervenção é de 400. Também será utilizada planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso para monitoramento e avaliação das ações através dos indicadores.

Os grupos serão realizados cada quinze dias em cada comunidade, quintas de tarde e as visitas domiciliares todas segundas de tarde. Os atendimentos na unidade

serão terças e quintas de manhã, segunda de manhã e quarta o dia todo, os atendimentos serão na unidade central com agendamento de consultas. Para realizar as visitas e grupos vamos precisar ter garantido transporte, pois em nossa unidade contamos com muitas comunidades longes e de difícil acesso, usuários que, com certeza, só receberam atendimentos nas atividades planejadas nas comunidades.

Também vamos providenciar com a gestora de saúde um computador com impressora, pacotes de folhas suficientes, canetas, lápis, borrachas, plumes e tinta suficiente pela impressora. Além colaborar com os agendamentos das consultas da psicóloga e nutricionista que vamos precisar para realizar as atividades de promoção de saúde e participar conosco das atividades na população. Todos os profissionais da equipe vão participar na intervenção. O acolhimento dos usuários vai ser responsabilidade de todos, também a divulgação da intervenção na comunidade e o esclarecimento de dúvidas com respeito ao bom desenvolvimento do mesmo. Serão realizadas orientações de qualidades e certas aos usuários também e responsabilidade de todos. Revisar os registros, confeccionar as fichas espelhos corresponde ao médico e enfermeira e supervisionar o trabalho feito durante a semana é responsabilidade de todos.

Vamos confeccionar um registro de atividades coletivas que vão ser feitas pela equipe de saúde na comunidade e que serão atualizados a cada semana para avaliar o desenvolvimento da intervenção. Na unidade tem uma balança para adultos que vai ser calibrada na próxima semana, pois ela foi transferida do posto velho e temos três fitas métricas em bom estado. Existe esfigmomanômetro e estetoscópio para o médico e outro para a enfermeira além contamos com outro para os grupos de hipertensos e/ou diabéticos. Todos os ACS têm uma balança digital e fita métrica mais vamos solicitar uma para levar no caso que precisemos.

Os ACS farão a busca ativa dos faltosos com visitas domiciliares que vão ser agendadas para cada semana. Serão coletadas e preenchidas todas as informações nas planilhas com controle dos medicamentos e revisão do cumprimento do mesmo. Contamos com os recursos materiais necessários para realizar exame físico completo como esfigmomanômetro, estetoscópio, glicômetro, balança e já a gestora de saúde vai garantir a realização de exames segundo agendamento. O material gastável (folhas, tinta, canetas, lápis, borrachas, cadernos) que vamos consumir já está garantido e para a divulgação da intervenção temos planejado um conjunto de

atividades como oferecer uma palestra na rádio comunitária, assim como na comunidade mesma além de contar com o trabalho dos ACS.

Temos que ser precisos e não adianta quer fazer e não ter condições. Acontece que neste momento os medicamentos para começar a intervenção não ficam todos na farmácia popular e outra coisa muito preocupante e a situação de transporte para os grupos e visitas domiciliares mais vamos priorizar e enfatizar com nossa gestora na reunião da equipe.

2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação da equipe para o atendimento de acordo com o protocolo	X	X														
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática	X															
Cadastramento de todos hipertensos e diabéticos da área de abrangência	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Contato com lideranças comunitárias para informar como vai ser o desenvolvimento das atividades	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atendimento clínico de hipertensos e diabéticos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Grupos de hipertensos e diabéticos	X		x		X		X		X		X		X		X	
Capacitação das ACS para realização da busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos	X															
Busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoramento de entrega de medicação periódica	X			X				X				X				
Monitoramento de realização de exames laboratoriais	X		X		X		X		X		X		X		X	
Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Manter atualizada a ficha de acompanhamento dos cadastra	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com realização de estratificação de risco	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Oferecer orientações de higiene de saúde bucal segundo roteiro elaborado	X				X			X				X				X
Monitorar cumprimento das orientações nutricionais	X		X		X		X		X		X		X		X	

Figura 1: Cronograma do trabalho.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A intervenção teve como objetivo central melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e DM de nossa área. Para alcançar os objetivos começamos por divulgar em nossa comunidade a realização, importância e desenvolvimento da intervenção. Conversamos com lideranças da população e cada dia de atendimento na unidade algum dos profissionais da equipe realizaram conversas para divulgar o projeto.

No início da intervenção realizamos uma reunião com toda a equipe de trabalho, com participação dos ACS, para capacitar a todos acerca da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes segundo os protocolos de atendimentos destas doenças do Ministério da Saúde do Brasil, 2013. Neste encontro falamos de fatores de riscos para estas doenças, a importância de verificar pressão arterial e glicose em usuários com mais de 20 anos ou antecedentes familiares de diabetes, como ia ser feito o cadastramento o registro com os dados a ser preenchidos e o trabalho com as fichas espelhos.

Também foi capacitada a equipe para verificação da pressão e realização de teste de glicose tanto teórico como prática entre nós, além de ensinar como avaliar os usuários de risco em: baixo, moderado e alto. Foi disponibilizado na unidade o protocolo para cada vez que alguém tivesse dúvida pudesse pesquisar. Assim toda a equipe foi capacitada para realizar acolhimento, oferecer palestras e divulgar na comunidade o início da intervenção. A periodicidade das consultas, prévio agendamento, a realização dos exames e avaliação dos resultados pelo médico e enfermeira também foram esclarecidos. A responsabilidade de cada membro da equipe também foi atribuída sendo que os ACS foram os responsáveis de fazer a busca ativa dos faltosos a consultas nas visitas domiciliares.

Na primeira semana comecei trabalhar com o cadastramento na demanda espontânea, pois segundo o cronograma, precisei atender a maior quantidade de

usuários tendo em conta que só eram 12 semanas para a intervenção. O planejado foi 16, mas por necessidade de ajuste no calendário do curso a coordenação do mesmo orientou redução de 04 semanas. Aproveitei cada usuário da minha área que chegou a consulta para trocar receitas ou para consulta de doença aguda, pois eu trabalho nas duas unidades do município e só assim eu poderia começar com minha intervenção. Assim, fui falando para eles acerca da intervenção e da necessidade de realizar o exame clínico geral, exame físico, solicitação e realização de exames e agendamento da próxima consulta, avaliar peso e altura de cada um deles para avaliação do risco cardiovascular e acompanhamento pelas outras especialidades dependendo dos resultados achados. Todos os usuários atendidos foram avaliados em quanto à necessidade de atendimento odontológico além de receber orientações sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular e tabagismo. Os ACS realizaram busca ativa na comunidade com boa aceitação e alguns dos usuários atendidos resultaram desta atividade.

No entanto, aconteceram muitos problemas que dificultaram o desenvolvimento da intervenção. Os grupos de DANT não começaram a funcionar por problemas de transporte e de concordar com os ACS. Alguns usuários, apesar da busca ativa, não assistiram a consulta. Então fizemos outra reunião da equipe para buscar alternativas de trabalho. Foram agendados finalmente os grupos em cada comunidade com uma periodicidade quinzenal, estabelecendo um roteiro para que participassem todos os integrantes da equipe com uma palestra sobre algum tema. Apesar de todos os esforços empreendidos para melhorar o trabalho demoramos em começar a realizar as visitas domiciliares que tinham que ser realizadas todas quartas de tarde e na última reunião da equipe decidimos nas segundas feiras de tarde fazer visitas médicas e grupos alternos. Problemas de transporte do município, diferentes enfermeiras para trabalhar na unidade nas terças e quintas, desinteresse pela equipe, horários distintos com o dentista na unidade, dificuldade na realização de eletrocardiograma e dos exames complementares foram mais alguns problemas que atrapalharam a intervenção no dia a dia.

Apesar de todas as dificuldades os usuários continuaram assistindo à unidade, muitos deles com exames em dia, continuamos trabalhando com os grupos ACS fizeram busca ativa dos e cada um deles tinham agendado um dia para participar junto com seus usuários da consulta. Os quais vieram novamente à consulta para mostrar os resultados dos exames e perguntaram quando tinham que

voltar, mas considero que falta interesse pelos integrantes da equipe e consagração para ter bom sucesso. Muito longe destas dificuldades, nestas semanas de trabalho cadastrei usuários que são hipertensos e não aderiram ao tratamento, resgatei o trabalho com os grupos e em equipe e o mais importante fiquei feliz porque eles gostaram de participar da intervenção e aceitaram as orientações. Na sexta feira da semana oito da intervenção foram analisados os resultados obtidos até essa semana e fizemos uma troca de ideias para continuar trabalhando.

Depois realizamos visitas domiciliares nas segundas de tarde cada quinze dias, todos fizeram eletrocardiogramas e aqueles que apresentaram alguma alteração foram atendidos pelo cardiologista no outro município segundo foi agendado na secretaria de saúde. Também recebem atendimentos agendados com nossa nutricionista os obesos, sobrepesos e diabéticos e hipertensos que precisam de alguma orientação dietética por causa de colesterol e triglicerídeos elevada. Não conseguimos ainda trabalhar com agendamentos das consultas, pois faltam usuários por fazer exames laboratoriais e daí a ficha espelho de acompanhamento fica incompleta neste indicador.

Quando realizamos uma análise dos indicadores de qualidade trabalhados podemos dizer que ainda necessitamos investir mais nas fichas de acompanhamento e na realização de exames complementares em dia destes usuários. O trabalho continuado vai permitir cadastrar um número maior cada semana com os grupos e a busca ativa de casos novos e de faltosos as consultas que, com certeza ajudou na intervenção a melhorar o trabalho. A realização de exames foi esclarecida e avaliada com a gestora de saúde porque é de grande importância na avaliação clinica geral dos usuários só que este problema escapa das nossas mãos devido a que precisamos da licitação do município para continuar agendando e realizando os exames pendentes também acontece com a garantia dos medicamentos nas farmácias tanto da UBS como na popular que não temos estabilidade para oferecer para a população. Além o trabalho preventivo com as orientações individuais e coletivas que precisam ser realizadas cada dia, pois é assim que vamos evitar casos novos de usuários com HAS e DM na área de abrangência da equipe e que pode ser realizada por todos os integrantes da equipe.

Outra coisa que ainda foi falado muitas vezes sem ter nenhum tipo de melhora foi o trabalho nas duas unidades com toda a população do município, já que começamos trabalhar com E- SUS, porém com demanda espontânea segundo

horário de chegada e sendo que o usuário decide com qual médico se vai consultar. O problema de ter uma enfermeira fixa na equipe de trabalho e outra situação que precisamos resolver para continuar o trabalho e melhorar a qualidade dos atendimentos. No final da intervenção não alcancei cadastrar a quantidade de usuários de HAS e DM previstos nos objetivos mais fico feliz, pois trabalhei dia a dia, realizamos atividades educativas para melhorar sua saúde e com as orientações e avaliações continuadas muitos deles hoje ficam controlados dos seus e com consultas e exames em dia. Continuar trabalhando com prevenção da saúde é nossa meta fundamental.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas foram desenvolvidas. A intervenção foi programada para ser realizada em 16 semanas, mas para a adequação do calendário curso a mesma foi realizada em 12 semanas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não foi difícil realizar a coleta de dados relativos à intervenção, pois os instrumentos fornecidos pelo curso foram claros e de muita utilidade. Contávamos com as ferramentas necessárias e o trabalho dos ACS foi fundamental. O cálculo dos indicadores foi feito automaticamente na planilha de coleta de dados o que favoreceu o trabalho consideravelmente.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

O projeto continua por que faz parte de nossa rotina de atendimento diário e foi bem aceito, tanto pelos profissionais da unidade quanto pela comunidade, pois temos melhorias no acolhimento dos usuários bem como uma atenção completa e adequada para um melhor seguimento e controle dos mesmos. Também houve mudança na vida diária dos usuários e transformação na rotina de saúde deles, e isso nos permitiu fazer uma avaliação dos meses de trabalho, considerando-o proveitoso para todos nós da equipe, e para a população em geral. Quanto aos profissionais, ganhamos uma equipe mais unida e satisfeita com nosso projeto.

Sabemos que nosso município tem muito a avançar em relação à saúde. A jornada é longa, os desafios são muitos, mas sabemos que aos poucos chegaremos lá, porque acreditamos e confiamos no SUS como um sistema mais qualificado e resolutivo para os usuários da saúde.

4. Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Com a conclusão das 12 semanas de trabalho na intervenção sobre a Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários Portadores de HAS e/ou DM na UBS de Laranjeiras, no município Vicente Dutra, RS, avaliamos os resultados obtidos segundo objetivos, metas e ações. O total da população adstrita é de aproximadamente 2100 usuários, deles com os diagnósticos antes mencionados são 247 portadores de HAS e 54 usuários com DM acompanhados na unidade. Nossos objetivos e metas com relação à cobertura foram: Ampliar a cobertura de atendimento para usuários com HAS e DM da área de abrangência cadastrando 70% deles. Meta que não foi alcançada pelos múltiplos problemas que fomos arrastando durante quase todas as semanas tendo que mudar o cronograma de trabalho e trocar ideias, programar novos esquemas de trabalho e usuários que por questões de trabalho nunca foram participar dos grupos nem procurar atendimento na unidade.

Durante todas estas semanas da intervenção, mantivemos um incremento gradual do número de usuários cadastrados. No primeiro mês foram cadastrados um total de 68 (27,5%) usuários de HAS e nove (16,7%) de DM. No segundo mês este indicador foi para 135 (54,7%) no caso dos usuários de HAS e 24 (44,4%) para os usuários de DM. No terceiro mês e final da intervenção as cifras definitivas foram de 157 (63,6%) de HAS e 27 (50,0%) de DM, sendo que a busca ativa dos ACS, os Grupos de DANT e as VD ajudaram para alcançar estes resultados e que continuamos realizando para melhorar a saúde da população.

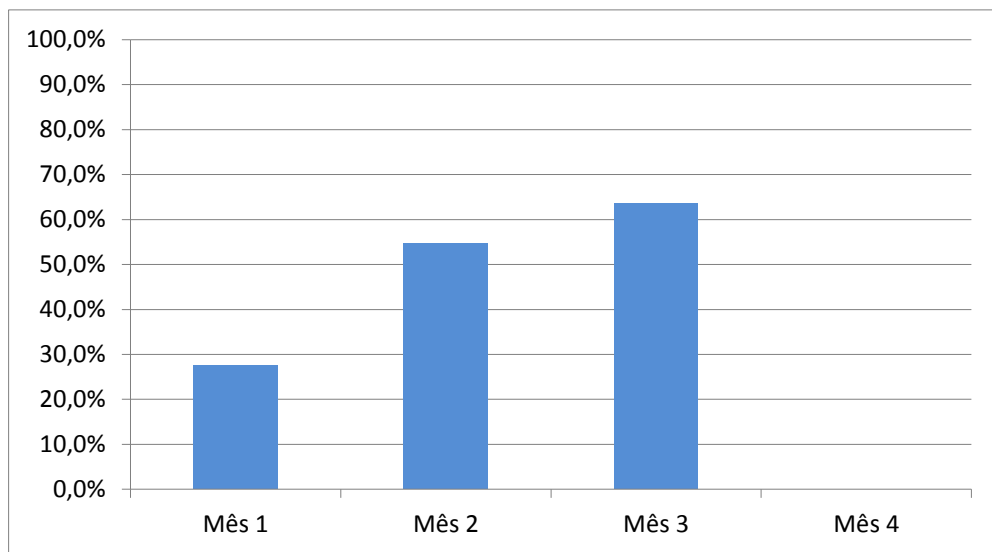


Figura 2:Gráfico da cobertura do programa de atenção aos usuários com HAS na UBS Distrito Laranjeiras.

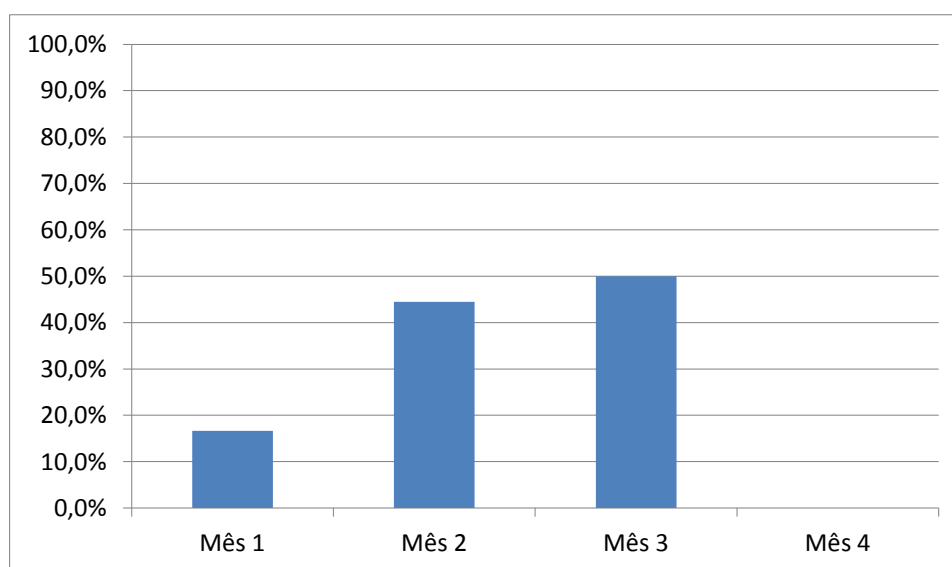


Figura 3:Gráfico da cobertura do programa de atenção aos usuários com DM na UBS Distrito Laranjeiras

Na minha consideração trabalhamos para conseguir cadastrar, oferecer atendimento de qualidade e avaliar todos os usuários com estes agravos em nossa área. Não foi alcançada a meta proposta porque no início da intervenção a equipe de saúde não tinha noção da magnitude do problema ainda foi falado pela enfermeira e eu. Foi preciso fazer uma nova reunião para explicar a importância da participação de todos, além disso não eram realizados os grupos nem agendadas visitas

domiciliares, mas o trabalho vai continuar porque fez sucesso na população a realização de palestras sobre diversos temas de interesse para mudar estilos de vida, atualizar as fichas e registros assim como ter exames clínicos e laboratoriais em dia. A avaliação odontológica, acompanhamento pela nutricionista, cardiologistas quando necessário também foi muito importante para nosso trabalho.

Nos indicadores de qualidade tivemos uma proporção ascendente no número de usuários que eram acompanhados na unidade no programa de hipertensão, no primeiro mês foram examinados um total de 65 (95,6%) usuários, já para o segundo mês incrementou o número de usuários examinados 135 (100%) e finalmente os 157 (100%) incluídos no programa receberam exame clínico geral segundo o protocolo. Posso afirmar que foi uma das ações mais complexas, devido fundamentalmente ao fator tempo de consulta, participação de todos os integrantes da equipe de saúde, praticar todo o aprendizado nas palestras e realização dos grupos de usuários de HAS e DM. Este indicador se comportou da mesma forma nos usuários portadores de Diabetes, que cada mês na sua totalidade foram feitos os exames clínicos em dia segundo o protocolo, sendo que a totalidade deles tinham recebido a última consulta médica com exame clínico há mais de um ano. A enfermeira da unidade ficou capacitada para realizar avaliação neurológica destes usuários e diagnóstico de lesões com perda de sensibilidade, úlceras e pés diabéticos há, mas de um ano sendo que neste momento não temos usuários com lesões nos pés nem úlceras necrosadas conseguindo completar todas as ações de monitoramento, engajamento público, atividades de capacitação e as relacionadas com o exame clínico destes usuários.

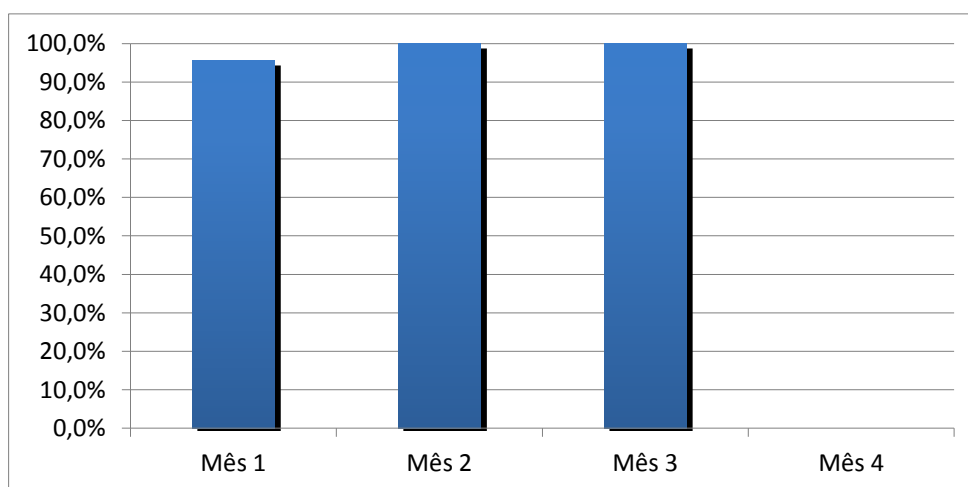


Figura 4: Gráfico da Proporção de usuários com HAS com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Distrito Laranjeiras.

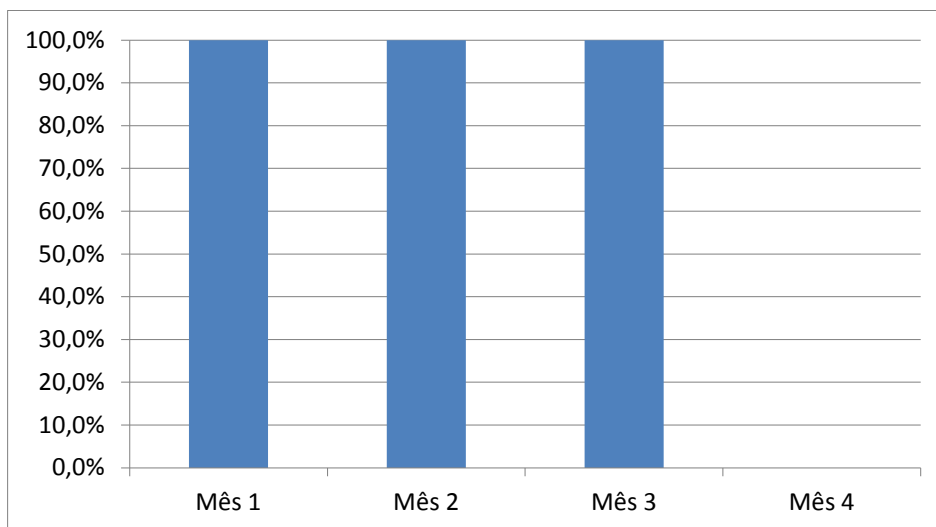


Figura 5: - Gráfico da Proporção de usuários com DM com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Distrito Laranjeiras.

Em relação aos exames complementares contidos nas fichas de atendimento destes agravos, começamos as atividades de atualização dos usuários que tinham em atraso os complementários indispensáveis para uma correta avaliação clínica-laboratorial, nossas metas para este indicador de qualidade foram de atingir 100% dos usuários da intervenção com exames em dia.

Quando começamos trabalhar com os usuários solicitamos foram apresentados os últimos exames laboratoriais que tinham feitos, aqueles que resultaram com exames de há mais de três meses decidimos ficar com os resultados e agendar para o tempo correspondente. No primeiro mês aconteceu que 22 (32,4%) ficaram com exames em dia, no segundo mês foram 36 usuários (26,7%) e terminamos a intervenção com só 89 usuários (56,7%) dos 157 usuários com os exames complementares em dia. A gestora de saúde recebeu todas as prescrições dos exames, porém a licitação do município para a realização apenas chegou após o fim da intervenção e já uma boa quantidade dos usuários estão em consulta para avaliar os resultados. Os eletrocardiogramas foram realizados em todos aqueles que precisaram avaliação pelo cardiologista já foram avaliados e tem acompanhamento e tratamento.

No caso dos usuários com DM as estratégias de trabalho foram às mesmas, sendo que no primeiro mês só um usuário (11,1%) tinha exames laboratoriais em dia, no segundo mês de 24 usuários5 tinham (20,8%) e no final dos 27

usuários cadastrados 12 (44,4%) terminaram com exames em dia. A causa foi a mesma e foram realizados teste de glicose para monitorar os resultados dos tratamentos e das orientações sobre alimentação saudável, mas consideramos importante a hemoglobina glicosada que a grande maioria tinha feito por ultima vez há mais de um ano, além disso a creatinina serve para avaliar se existe algum dano renal nestes usuários pelo que consideramos importante realizar todos os exames em todos os usuários.

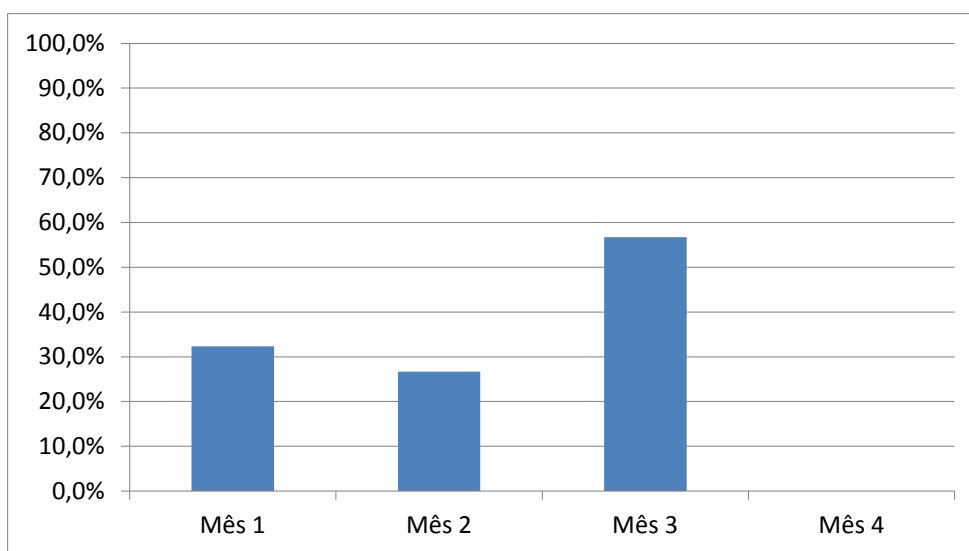


Figura 6: Gráfico de Proporção de usuários com HAS com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Distrito Laranjeiras.

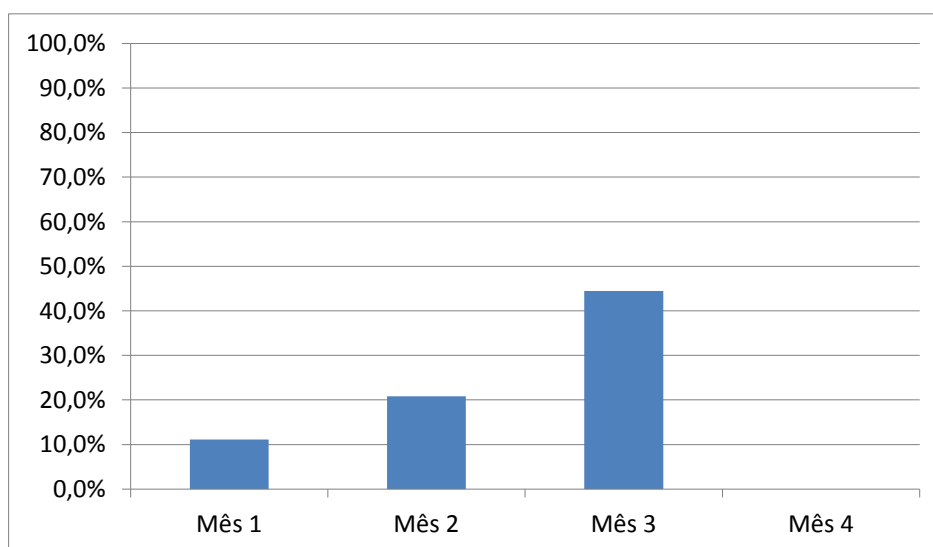


Figura 7: Gráfico da Proporção de usuários com DM com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Distrito Laranjeiras.

Continuando com os resultados das metas de qualidade apresentamos os resultados referentes à proporção de usuários com HAS e/ou DM que fazem uso de medicamentos procedentes da rede de farmácias populares. No primeiro mês do total dos usuários cadastrados com HAS 62 (95,4%) usam medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA, no segundo mês 125 (92,6%) e no final 143 usuários (91,1%). Neste indicador é bom destacar que muitos dos usuários são acompanhados pelos médicos cardiologistas de outro município e compram medicamentos em farmácias privadas.

Para os usuários com DM os resultados foram bons, pois no primeiro mês do total dos usuários cadastrados 8 (88,9%) tomam medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA, no segundo mês 21 (87,5%) e no final 23 usuários (85,2%). A grande maioria dos usuários tomam metformina, poucos utilizam insulina e glibenclamida, sendo que estes medicamentos ficam disponibilizados na farmácia popular. Em alguns usuários foi preciso mudar o tratamento para alcançar a compensação da doença e ajudou muito o acompanhamento da nutricionista do município nestes casos.

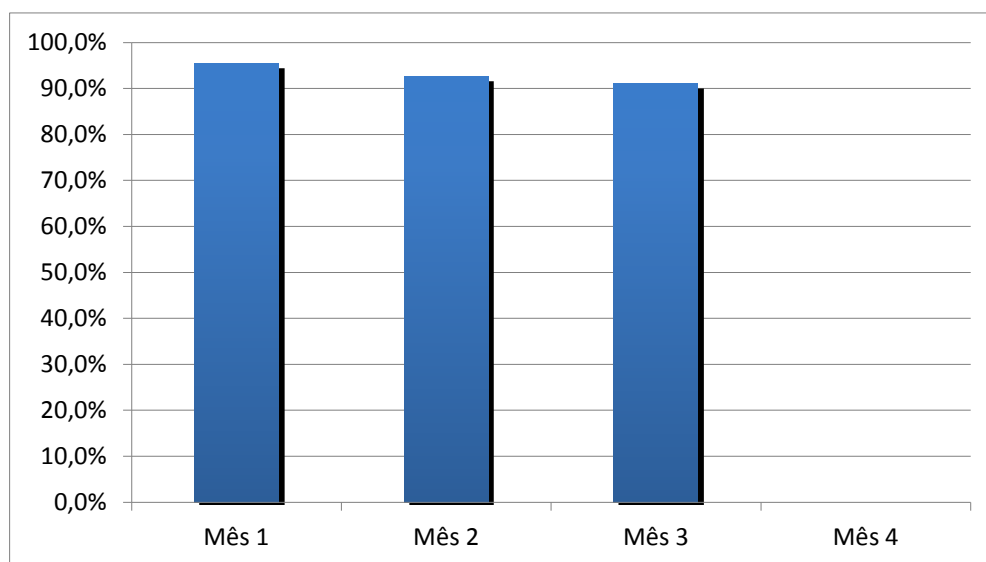


Figura 8: Gráfico da Proporção de usuários com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

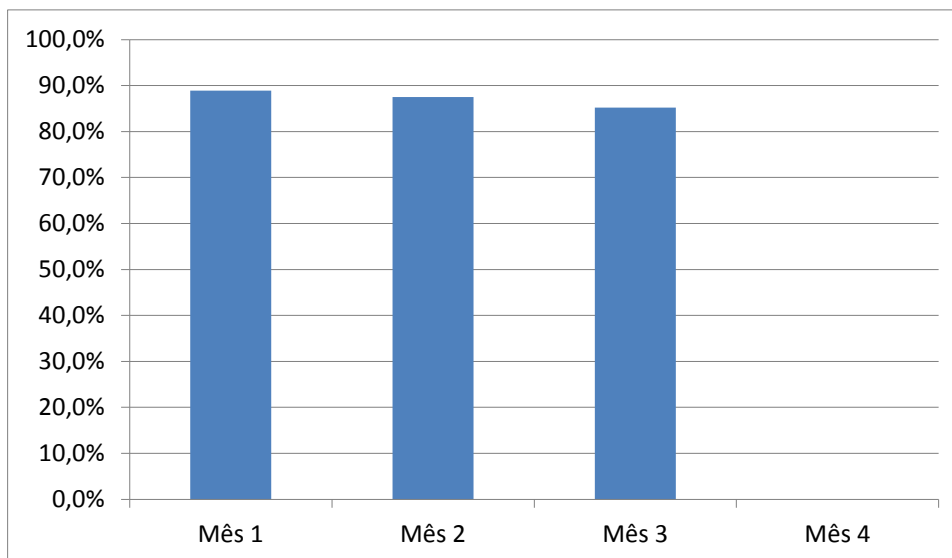


Figura 9: Gráfico da Proporção de usuários com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Os números de usuários que receberam avaliação de necessidade de atendimento odontológico foram no primeiro mês 65 (95,6%) para HAS, no segundo mês 134 (99,3%) e no terceiro mês 148 (94,3%). Dos usuários com DM no primeiro mês o total dos usuários cadastrados recebeu avaliação (100%), no segundo mês 23 (95,8%) e no terceiro mês 25 (92,6%). Para alcançar estes indicadores trabalhamos em conjunto com o dentista da unidade. Horários diferentes de trabalho nas duas unidades, crianças com atendimentos agendados, instrumental escasso foram problemas apresentados e pouco a pouco, com outras estratégias também resolvidas. Hoje muitos deles têm recebido tratamento odontológico, acompanhamento e outros têm consultas agendadas, pois sabemos que é difícil atender em pouco tempo esta quantidade de usuários pela demanda que existe deste serviço e o sistema de esterilização do material de trabalho.

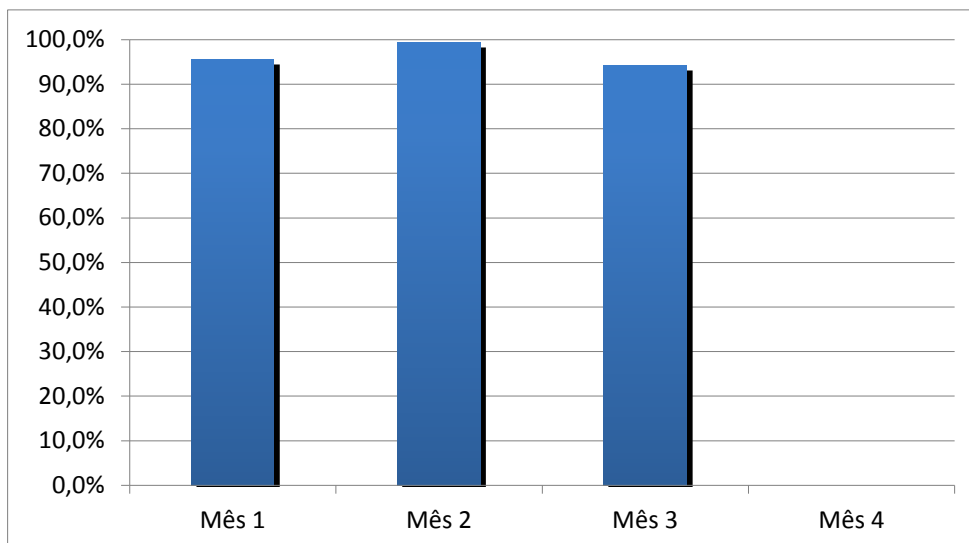


Figura 10: Gráfico da Proporção de usuários com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Distrito Laranjeiras.

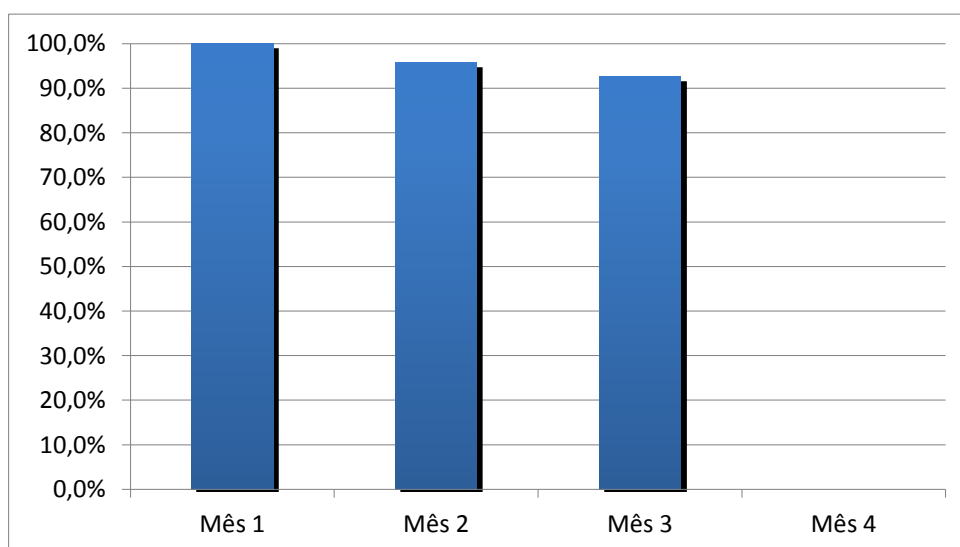


Figura 11: Gráfico da Proporção de usuários com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Distrito Laranjeiras.

A adesão à intervenção foi um dos indicadores mais importantes e o resultado do trabalho continuado e coordenado com os agentes comunitários na realização dos grupos de usuários com HAS e/ou DM e da busca ativa de faltosos à consulta. A meta proposta foi atingir 100% para as buscas ativas destes usuários. Aproveitamos o novo cadastramento e em conjunto com todos os ACS fizemos a busca ativa dos faltosos nas visitas domiciliares que não foram muitas, porém os ACS trabalharam neste aspecto resultando que dos usuários de HAS, no primeiro mês de 57 usuários

que faltaram as consultas 28 (49,1%) resultaram da busca ativa, no segundo mês de 119 usuários, 80 também resultaram de busca ativa (67,2%) e no terceiro mês de 114, 98 (86,0%) foram busca ativa na comunidade.

Para usuários com DM as cifras obtidas foram as seguintes: no primeiro mês quatro (50,0%), no segundo mês 17 (77,3%), no terceiro mês 20 (100%). Merece dá o mérito para os Agentes Comunitários de Saúde que tinham cadastrados todos os usuários, além de que fizeram visitas domiciliares na busca ativa, pois como sabemos pelo relatório trabalhamos nos grupos e visitas domiciliares da equipe de saúde foram poucas.

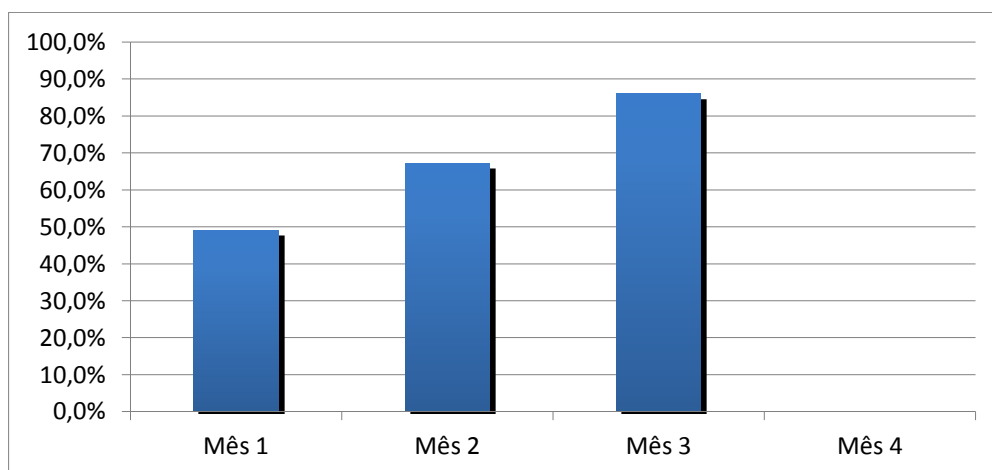


Figura 12: Gráfico da Proporção de usuários com HAS faltosos às consultas com busca ativa na UBS Distrito Laranjeiras

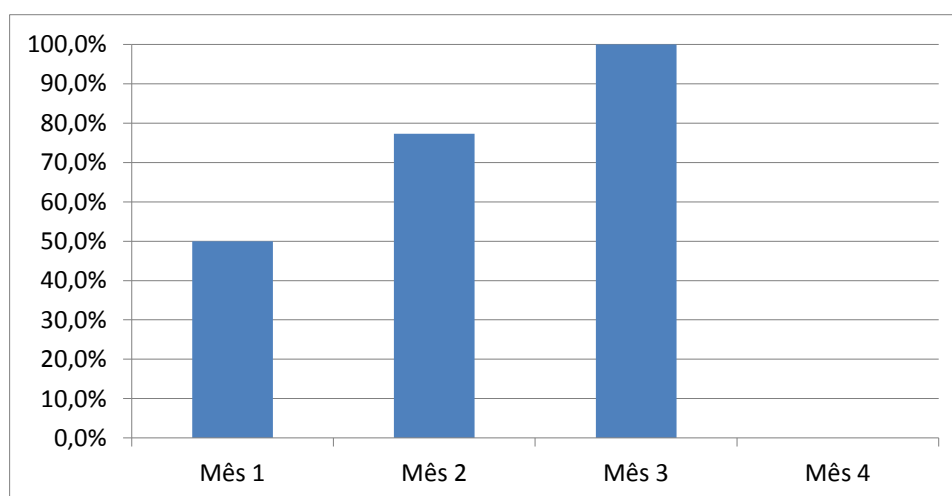


Figura 13 - Gráficos da Proporção de usuários com DM faltosos às consultas com busca ativa na UBS Distrito Laranjeiras.

O próximo indicador referente ao registro das informações nos prontuários e fichas de acompanhamento, nós nos propusemos atingir 100% dos usuários destes grupos com registro adequado. Estas cifras não foram atingidas pelos exames complementares que não foram feitos e usuários com consultas agendadas na primeira consulta que não foram ou foram atendidos pelos outros médicos levando em consideração que ainda trabalhamos com demanda espontânea e que eu viajei para Cuba e ninguém realizou nenhum trabalho durante os 15 dias. Nos aspectos quantitativos temos para usuários com HAS: no primeiro mês 17(25,0%), no segundo mês 26 (19,3%), finalmente 93 (59,2%). No caso dos usuários de DM: no primeiro mês 2(22,2),no segundo mês só 2(8,3%) e finalmente 14(51,9%). Mas considero que vamos continuar trabalhando com os grupos, agendamento de visitas domiciliares e no dia a dia vamos conseguir melhorar este indicador.

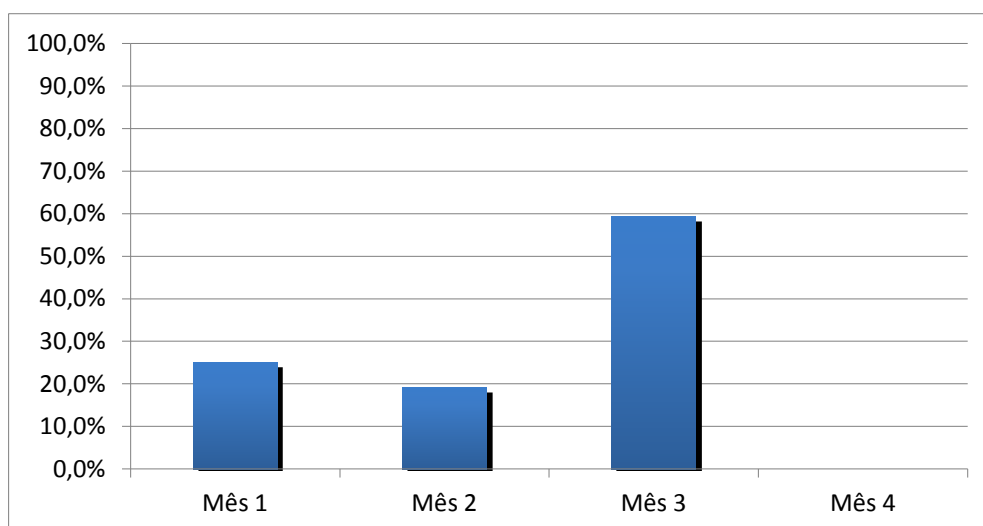


Figura 14:Gráfico da Proporção de usuários com HAS com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Distrito Laranjeiras.

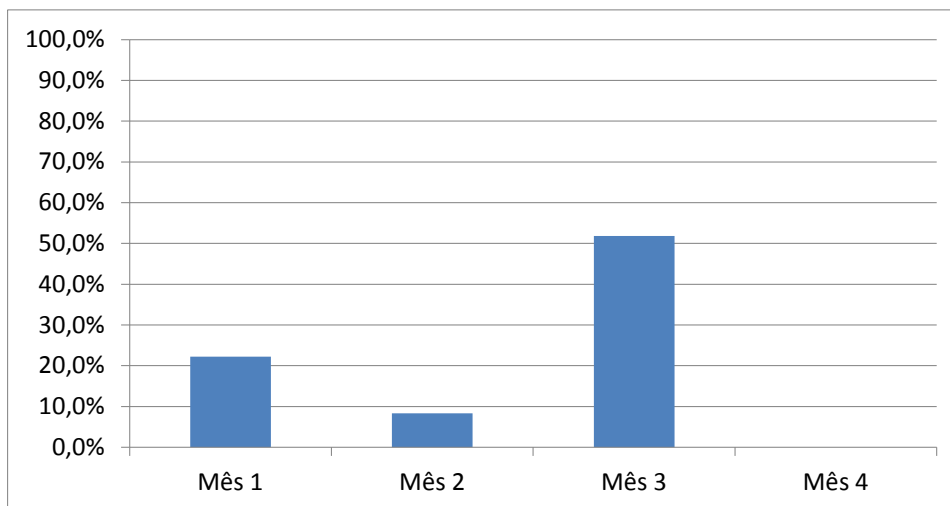


Figura 15: Gráfico da Proporção de usuários com DM com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Distrito Laranjeiras.

Quanto à avaliação do risco cardiovascular foi realizada para todos os usuários participantes na intervenção, sendo que a meta foi fazer a avaliação aos 100% dos usuários cadastrados. Todas as ações foram realizadas com qualidade alcançando 100% das estratificações de riscos cardiovasculares por exame clínico em dia para todos os usuários com HAS e/ou DM cadastrados a cada mês sendo que alguns deles não tinham exames complementares em dia, porém todos os outros fatores ficavam controlados.

Nas metas de promoção e prevenção de saúde nos propusemos atingir 100% nos indicadores de qualidade para cada uma das ações. A partir do ponto de vista qualitativo não foram ações que pela sua complexidade requereram demasiadas mudanças na dinâmica da unidade. As maiorias destas ações foram realizadas na unidade quando o usuário teve a consulta clínica, ou nos grupos de HAS e DM em cada comunidade.

Todos os usuários com HAS e/ou DM receberam orientações sobre alimentação saudável. Contamos com a participação da nutricionista do município nos Grupos que foi realmente um sucesso na população e hoje contamos com muitos usuários acompanhados por hiperlipidêmicas, obesidade, sobrepeso e mudanças de estilos de vida.

Nas orientações dos usuários sobre atividade física regular, temos resultados semelhantes porque geralmente são ações que se fazem de forma simultânea. Os resultados para usuários com HAS, pretendíamos que 100% dos usuários

receberam as orientações sobre prática de atividade física regular e alcançamos esta meta, pois é nosso principal trabalho na população e fazemos individual e coletivo durante a realização de grupos.

Nas orientações sobre os riscos do tabagismo, nos propusemos oferecer as orientações para 100% dos usuários, esta meta foi atingida. Quantitativamente obtemos 100% dos usuários que receberam todas as orientações sobre riscos do tabagismo com bons resultados e conseguindo incorporar alguns deles aos grupos de tabagismo do município em conjunto com a psicóloga e assistente social além de falar com eles sobre tratamentos para abandonar o tabagismo.

Finalmente apresentando os resultados para as ações de promoção para saúde bucal, para este indicador foi proposto atingir 100% dos usuários da intervenção que receberam orientações sobre saúde bucal. Este indicador foi atingido com as metas propostas e ainda continuamos trabalhando neste indicador. O dentista realizou palestras nas comunidades sobre importância da saúde bucal, fez avaliação odontológica e agendamento das consultas sendo que grande parte dos usuários continuam recebendo atendimento odontológico e acompanhamento.

4.2 Discussão

A intervenção realizada com os usuários com HAS e/ou DM em nossa comunidade foi boa, pois trabalhamos com uma quantidade grande de usuários ainda não foram cumpridas nossas metas para ampliar a cobertura até 70%. A grande maioria dos usuários atendidos tem a ficha espelho com todos os dados preenchidos incluindo avaliação nutricional, classificação do risco cardiovascular, resultados de exames complementares, medicamentos em uso e agendamento do próximo atendimento.

Esta intervenção ajudou na preparação integral da equipe para trabalhar com estes grupos de usuários. Segundo fomos trabalhando, capacitando o pessoal e realizando as atividades nos grupos de usuários com HAS e/ou DM e na UBS, todos foram aprendendo sobre a importância de realizar busca ativa pelos ACS, de realizar atividades de promoção e prevenção de saúde através de palestras, conversas, aulas práticas para aprender a medir pressão, fazer teste de glicose pela enfermeira e auxiliar de enfermagem e inclusive conhecer da avaliação do risco cardiovascular

para cada usuário sendo que agora tem um registro dos mesmos com mais problemas de saúde e que precisam visitas domiciliares com maior frequência assim como saber se tem exames em dia e tomam o tratamento bem certo. Realmente a comunidade fica se sentindo, mas valorizada.

Os usuários sentiram a integração do trabalho em equipe com a realização das visitas domiciliares e os grupos que sabemos foram resgatados e ainda continuamos trabalhando com eles. O trabalho da nutricionista do município e do dentista da unidade impactou muito na população, pois estes serviços não eram expandidos a estes usuários sendo que para eles nutrição significava obesidade e dentista só para crianças da creche e escolas.

Com certeza para todos os nossos usuários só era importante o atendimento médico e tratamento, às vezes solicitavam algum tipo de exame por sentir sintomas, mas nem sabiam os exames tinham que ser feitos três vezes por ano. O trabalho com a demanda espontânea foi uma das coisas que atrapalhou o trabalho e até hoje não conseguimos resolver. Os usuários com risco cardiovascular importante sempre tem prioridade na unidade e nos agendamentos das visitas domiciliares para acompanhamento e controle da medicação.

O impacto da intervenção foi bom na comunidade, pois alguns usuários incluídos na intervenção tinham muito tempo sem receber consulta fazer exames nem avaliação integral. Sempre na sala de espera a recepcionista e enfermeira estabeleciam uma conversa com eles e explicavam a importância de não faltar às consultas. Além a busca ativa dos faltosos foi uma estratégia boa e nova. Não cumprimos com a cobertura pelos diferentes problemas que enfrentamos e que foram resolvidos nas últimas semanas como transporte para realizar visitas e grupos, clima e problemas pessoais de saúde que não permitiram realizar todas as atividades planejadas.

Se a intervenção fosse ser realizada neste momento eu começaria por reunir a equipe todas as semanas para conformar o conselho local de saúde que não foi conformado e começar a trabalhar com a comunidade neste tema. Agora finalmente já têm uma enfermeira fixa para a equipe e isto vai ajudar para conhecer melhor ainda nossa população, trabalhar com agendamento dos atendimentos e trabalhar na demanda espontânea com aqueles usuários que precisam ir á unidade cada dia, às vezes sem apresentar problemas de saúde e só para procurar medicamentos. Continuar com os grupos emanter a rotina dos atendimentos segundo estabelecidos

no cronograma de trabalho. Neste momento continuamos trabalhando do mesmo jeito na unidade. Vamos manter as visitas domiciliares segundas feiras de tarde alternadas com os grupos de usuários com HAS e/ou DM e às palestras da nutricionista e do dentista. Continua a busca ativa dos faltosos e a avaliação integral dos usuários. Assim vamos poder ampliar a cobertura destes usuários e avaliar o risco cardiovascular. Vamos precisar fazer um trabalho continuado com aqueles que não gostam de ir à unidade de saúde e continuar com a reunião da equipe todas sextas feiras para planejar o trabalho da semana seguinte.

5 Relatório da intervenção para gestores

Para Secretaria de saúde:

A partir do mês de Abril do passado ano comecei a realizar a Especialização em Saúde da Família, oferecido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Esta especialização proporcionou um aprimoramento das questões relacionadas à saúde pública, em especial a Atenção Básica no Brasil.

Como intervenção final, vou enfatizar as questões relacionadas com a melhoria da atenção dos usuários portadores de Hipertensão e Diabetes que necessitava de maior enfoque, pois era uma ação programática em nossa unidade de saúde que não tinha bons indicadores. Foi realizado um projeto de intervenção contemplando várias ações, metas e objetivos para melhorar a qualidade dos atendimentos dos usuários com HAS e/ou DM da nossa área de abrangência.

Iniciamos a intervenção em abril 2015, realizando uma capacitação para todos os integrantes da equipe sobre HAS e DM segundo o protocolo do Ministério de Saúde do Brasil 2013, sendo que todos precisavam trabalhar juntos para obter resultados de trabalho. Assim começamos com a coleta de dados dos usuários com HAS e/ou DM de nossa área, enfatizando as questões de avaliação geral, cadastramento com ficha espelho de cada usuário, exame clínico em dia, solicitação de exames complementares, prescrição de medicamentos da farmácia popular, estratificação de risco cardiovascular, avaliação do atendimento odontológico, trabalho com os grupos de hipertensos e diabéticos para realizar atividades de promoção e prevenção de saúde e busca ativa dos usuários faltosos às consultas com planejamento das visitas domiciliares todo com a qualidade que precisava.

Também foram desenvolvidas ações quanto ao cumprimento das metas propostas para o registro da ficha espelho em dia. Além disso, desenvolvemos atividades de promoção e prevenção quanto à orientação nutricional para hábitos saudáveis, sobre prática de atividade física regular, tabagismo e cuidados de saúde

bucal. Muitas medidas foram tomadas para adequar o serviço conforme preconiza o Ministério da Saúde. Isso tudo ocorreu graças ao engajamento de toda a equipe que trabalha na unidade de saúde, juntamente com os Agentes Comunitários de Saúde com um trabalho muito importante em toda nossa intervenção.

No mês final da intervenção os resultados foram os seguintes: cadastramos 157 hipertensos (63,6%) da população de 20 anos ou mais atendidos na unidade. Deles todos (100%) com exame clínico em dia de acordo com o protocolo; 89 usuários (56,7%) com exames complementares em dia, 143(91,1%) usam medicamentos da farmácia popular\HIPERDIA, 148(94,3%) receberam avaliação para necessidade de atendimento odontológico. Também 98 hipertensos (86,0%) resultaram da busca ativa dos faltosos a consulta e 93 (59,2%) tinham fichas de acompanhamento com registro adequado. Os 157 usuários (100%) foram avaliados para estratificação de risco cardiovascular e receberam orientações sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, higiene bucal e riscos do tabagismo ainda muitos deles não realizaram os exames complementares durante a intervenção, os outros fatores que determinam a magnitude do risco ficavam bons.

Com os diabéticos alcançamos cadastrar 27 usuários (50,0%) de 20 anos ou mais na comunidade. Todos (100%) com exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Só 12 (44,4%) com exames complementares periódico em dia; 23 (85,2%) tomam medicamentos da farmácia popular\HIPERDIA e 25 (92,6%) foram avaliados para necessidade de atendimento odontológico. Todos (100%) resultaram da busca ativa de faltosos a consulta e 14 (51,9%) resultaram com registro adequado na ficha de acompanhamento. Os 27 usuários (100%) foram avaliados segundo o risco cardiovascular e receberam orientações sobre alimentação saudável, pratica regular de atividade física, higiene bucal e risco de tabagismo.

Quando analisamos os resultados podemos observar que faltam usuários para serem atendidos. Os grupos realizados resultaram de grande ajuda para nosso trabalho, pois foi onde foram realizadas as atividades de promoção e prevenção de saúde além que conseguimos a participação dos faltosos buscados pelos ACS pelo que vamos precisar manter o agendamento dos grupos e as visitas domiciliares para continuar trabalhando com estes grupos de usuários.

Como resultado imediato pudemos perceber que mudou o enfoque assistencialista que tinham os profissionais da UBS por uma medicina mais preventiva, ampliou a preparação dos mesmos quanto à atenção integral aos

hipertensos e diabéticos, melhorou o acolhimento da unidade, percebendo-se na satisfação dos usuários diante os atendimentos. Pensamos manter todas as ações previstas na intervenção como rotina diária de trabalho para assim ampliar a cobertura da atenção, melhorar a qualidade da atenção e intensificar as atividades de promoção de saúde, garantindo com isso um cuidado humanizado de todos nossos usuários.

Um resultado muito positivo é a participação da nutricionista e do dentista em nossa intervenção, que ajudou a mudar ideias erradas sobre estes atendimentos na população sendo que hoje grande parte dos usuários está sendo acompanhados por estes profissionais para melhorar estilos de vida e existe uma retroalimentação entre eles e nós para manter atualizada a ficha espelho e registro de cada usuário. Com os resultados obtidos vamos precisar continuar contando com seu apoio em todas as atividades a ser realizadas e sua participação nas reuniões da equipe às sextas feiras já que qualquer nova ideia, estratégia, problema para enfrentar o trabalho vai ser aceita pela equipe para melhorar nosso trabalho.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Desde que comecei a trabalhar neste município e para melhorar as ações a desenvolver em nossa Unidade de Saúde, iniciei a especialização em Saúde da Família, oferecido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), que abrange questões relacionadas à Atenção Básica e Saúde da Família.

Na medida em que foi trabalhando em nossa comunidade observei que tinha uma alta incidência de usuários com HAS e/ou DM que precisavam atendimentos continuados, exames de rotina para avaliação do risco cardiovascular e orientações para realizar mudanças de estilos de vida, então decidi trabalhar com estes usuários na minha intervenção de final do curso de especialização, sendo que achei era o grupo de usuário que precisava um cuidado a ser melhorado com participação da equipe de trabalho da unidade.

No início começamos criar todas as condições necessárias para a realização do trabalho que iria a incluir a capacitação de todos os integrantes da equipe em conjunto com os Agentes Comunitários de Saúde para conhecer como seria realizado o cadastramento dos usuários, avaliando uma série de aspectos incluídos em uma planilha previamente confeccionada pelo curso e a busca ativa de usuários faltosos assim como alcançar que a maioria deles participaram dos grupos de HAS e DM e de todas as atividades planejadas para cada dia previsto.

Durante este tempo melhoramos a relação dos usuários com os profissionais da UBS, também observamos uma satisfação dos usuários pela qualidade do acolhimento, acompanhamento e atendimento. Além, disso, houve preocupação e interesse dos usuários com HAS e/ou DMe familiares pelas ações de prevenção e promoção desenvolvidas.

Pretendemos manter todas as ações realizadas como rotina diária de trabalho para assim acrescentar a cobertura de atenção, melhorar a qualidade da atenção e

intensificar as atividades de promoção, prevenção de saúde, garantindo com isso um cuidado humanizado de todos nossos usuários.

Todas nossas atividades geraram resultados positivos: às palestras desenvolvidas sobre (exercício físico, alimentação saudável, saúde bucal, tabagismo) voltadas às atividades de promoção de saúde, nas quais contamos com o apoio de profissionais que possuímos na UBS, como o dentista e a nutricionista, a busca ativa pelos agentes comunitários de saúde, os atendimentos de qualidade com avaliação dos exames, encaminhamentos quando precisaram, acompanhamento pela nutricionista e dentista assim como as visitas domiciliares que nós permitimos cadastrar cada usuário com HAS e/ou DM faltoso a consulta por alguma deficiência ou incapacidade permitindo também avaliar seu entorno familiar, como vivem, o que significa uma maior qualidade no acompanhamento destes usuários.

Pretendemos continuar com nosso trabalho no dia a dia e pensamos resulta de grande importância a participação da comunidade, com novas ideias, sugestões e críticas, pois este é um projeto novo e interessante no município e necessita de muitos ajustes e adequações, para um melhor funcionamento.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Quando comecei com os estudos da especialização e a realização de todas as tarefas cada semana também comecei a conhecer a realidade do trabalho de nosso município em saúde da família em cada unidade de saúde.

No princípio achei que tinha as condições necessárias para oferecer atendimentos de qualidade para todos os usuários da nossa área de abrangência. Logo segundo fomos avançando em conhecimentos sobre acolhimento, engajamento público, atendimento de qualidade, condições estruturais e funcionamento da equipe de saúde junto com os indicadores de qualidade da área apreenderam que faltava muito caminho para ser recorrido. Dai comecei por trabalhar em equipe para conformar os grupos de usuários com HAS e DM e realizar prevenção e promoção de saúde. Nosso município tem pediatra e ginecologista pelo que estes grupos não precisavam de estratégias para melhorar os seus atendimentos.

Então decidi realizar minha intervenção com os usuários hipertensos e diabéticos da área que tinham indicadores de qualidade muito ruins como exames clínicos e complementares em dia, avaliação do risco cardiovascular e acompanhamento irregular em consulta segundo o protocolo destes agravos no Brasil, sendo que as complicações destas duas doenças são das principais causas de morte no país. Pouco a pouco consegui involucrar todos os integrantes da equipe no trabalho e inclusive a população da área que contribuiu com nosso trabalho recebendo todas as palestras oferecidas e divulgando nas comunidades como estava sendo realizado o trabalho.

Para mim foi importante realizar estudos da prática clínica sobre temas interessantes para diagnosticar e tratar algumas doenças e poder compartilhar nos fóruns com os colegas assim como apreender e trocar experiências de trabalho. Também as realizações dos testes de qualificação cognitiva foram muito importantes

para ampliar nossos conhecimentos sobre princípios do trabalho em saúde e sobre muitas doenças frequentes em nossas comunidades. Gostei do trabalho em equipe, de involucrar a gestora de saúde na intervenção e de trabalhar com este grupo de usuários que com certeza hoje tem conhecimentos amplos dos agravos e complicações, dos fatores de risco, da importância da avaliação continuada, tratamento direito, exames em dia e cumprimento das orientações recebidas para mudar estilos de vida.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE E ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Disponível em <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=394:diabetes-mellitus&Itemid=539> Acesso em 3 out.2014.

SCHMIDT, Maria Inês [et al.]. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**. London, p.61-74, maio. 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>> Acesso em 3 out. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Hipertensão** V.13, N.1 Jan/Mar, 2010.

Apêndices



Reunião da Equipe para o início da Intervenção.



Visita Domiciliar a usuário acamada por fratura da bacia com Hipertensão Arterial Sistêmica.



Agentes Comunitárias de Saúde prontas para começar a busca ativa de faltosos.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo C - Ficha espelho

Medicações de uso contínuo		FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS			
Data	Apresentação	Data			
Hydrochlorothiazida 25mg		Glicemia de Jejum			
Clopidogrel 75mg		HGT			
Propranolol 40 mg		Hemoglobina glicosilada			
Enalapril 10 mg		Colesterol total			
Atenolol 25 mg		HDL			
Metformina 500 mg		LDL			
Metformina 850 mg		Triglicérides			
Glibenclâmida 5mg		Creatinina Sérica			
Insulina NPH		Potássio sérico			
		Triglicérides			
		ECG			
		Infecção urinária			
		Proteinúria			
		Corpos cetônicos			
		Sedimento			
		Microalbuminúria			
		Proteinúria de 24h			
		TSH			
		ECG			
		Hemograma			
		Hematócrito			
		Hemoglobina			
		UCM			

Data do ingresso no programa: ___/___/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS: _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ___/___/____
 Endereço: _____ Necessita de cuidador? () Sim () Não
 Nome do cuidador: _____ Telefones de contato: _____/_____/_____
 Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Está cadastrado no HIPERDIA? () Sim () Não
 Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,

Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante