

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma7**



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da Atenção à Saúde de Hipertensos e Diabéticos na UBS Rio dos Índios em Rio dos Índios, RS.

Jorge Osmany Rodriguez Zaldívar

Pelotas, 2015

Jorge Osmany Rodriguez Zaldívar

Melhoria da Atenção à Saúde de Hipertensos e Diabéticos na UBS Rio dos Índios em Rio dos Índios, 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.

Orientador: Mariana Gonzalez Cademartori

Pelotas, 2015

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

Z22m Zaldivar, Jorge Osmany Rodriguez

Melhoria da Atenção à Saúde de Hipertensos e Diabéticos na UBS Rio dos Índios Em Rio dos Índios, Rs. / Jorge Osmany Rodriguez Zaldivar; Mariana Gonzalez Cademartori, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

87 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. Cademartori, Mariana Gonzalez, orient. II. Título

CDD : 362.14

Dedico este trabalho aos povos cubano e brasileiro, em especial aos Rioindienses que me acolheram como um filho.

A meus Pais e filhos que, ainda longe de mim, me apoiam sempre.

A todos meus colegas da Equipe que trabalharam ao meu lado dia a dia.

Agradecimentos

Agradeço à todas as pessoas que fizeram sua, a nossa intervenção,
À equipe, pelo esforço realizado, em especial aos Agentes Comunitários de Saúde.

Aos líderes comunitários e às pessoas da comunidade, por estarem presentes em cada atividade.

Ao prefeito Salmo Dias de Oliveira e ao Secretário de Saúde Sr Vanderlei Antunes Pinto, pelo apoio brindado durante toda a intervenção.

A minha orientadora Dra. Mariana Gonzalez Cademartori pela paciência, os conselhos e a ajuda na realização da intervenção

Aos governos de Cuba e do Brasil, por fazerem possível nossa vinda a este belo país a fim de ajudar os mais necessitados.

Resumo

ZALDÍVAR, Jorge Osmany Rodriguez. **Melhoria da Atenção à Saúde de Hipertensos e Diabéticos na UBS Rio dos Índios em Rio dos Índios, RS.** 2015. 87 fs. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

As doenças cardiovasculares e o diabetes mellitus estão entre as primeiras causas de morte no mundo, incluindo no Brasil. Torna-se, portanto, imperativo a implementação de modelos de atenção à saúde que incorporem estratégias diversas individuais e coletivas a fim de melhorar a qualidade da atenção e alcançar o controle adequado destas doenças crônicas. O objetivo deste trabalho foi melhorar a atenção à saúde hipertensos e diabéticos na Unidade de Saúde Rio dos Índios, localizada no município Rio dos Índios, Rio Grande do Sul. Para tal, uma intervenção foi realizada na unidade de saúde durante 12 semanas (abril a junho) em 2015. Os protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde foram adotados para guiarem as ações desenvolvidas em quatro eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação, gestão e organização do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Ao final dos três meses de intervenção, 246 hipertensos e 63 diabéticos foram assistidos, o que permitiu o alcance de um percentual de cobertura de 42,6% para usuários hipertensos e de 70,8% para usuários diabéticos. As principais ações desenvolvidas durante a intervenção foram: capacitação e treinamento da equipe, reuniões periódicas com a equipe, mapeamento e cadastramento dos usuários, monitoramento e avaliação das ações semanalmente, atendimento clínico, busca ativa dos faltosos, visitas domiciliares e atividades coletivas de prevenção e promoção de saúde. Os Agentes Comunitários de Saúde tiveram participação fundamental nas buscas ativas, e ajudaram a determinar os casos mais vulneráveis. Os líderes comunitários tiveram um papel fundamental nas atividades de educação em saúde realizadas nos bairros para o engajamento público. Para o serviço, houve estreitamento e fortalecimento das relações interpessoais entre a equipe e entre equipe e comunidade. A intervenção qualificou a assistência aos diabéticos e hipertensos da Unidade de Saúde Rio dos Índios no município Rio dos Índios/Rio Grande do Sul.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; hipertensão; diabetes; melhoria da qualidade de vida.

Lista de Figuras

Figura 1	Atividade na comunidade da Batinga Alta, junto ao secretário de saúde.....	56
Figura 2	Atividade na comunidade de Encrucilhada Bela Vista.....	57
Figura 3	Atividade na comunidade de Saltinho 2.....	57
Figura 4	Reunião com a equipe.....	58
Figura 5	Gráfico de cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. Rio dos Índios/RS. 2015.....	61
Figura 6	Gráfico de cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. Rio dos Índios/RS. 2015.....	62

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
CAP	Caderno de Ação Programática
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
EaD	Ensino à distância
ECG	Eletrocardiograma
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
ESF/APS	Estratégia da Saúde da Família/Atenção Primária de Saúde
HIPERDIA	Hipertensão e Diabetes
PIM	Primeira Infância Melhor
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SisPreNatal	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	24
2 Análise Estratégica	26
2.1 Justificativa	26
2.2 Objetivos e metas	27
2.2.1 Objetivo geral	27
2.2.2 Objetivos específicos e metas	27
2.3 Metodologia.....	29
2.3.1 Detalhamento das ações	30
2.3.2 Indicadores.....	45
2.3.3 Logística	51
2.3.4 Cronograma	55
3 Relatório da Intervenção	56
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	56
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	59
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	59
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	60
4 Avaliação da intervenção	61
4.1 Resultados	61
4.2 Discussão.....	71
4.3 Relatório da intervenção para gestores	74

4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade	76
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	78
Referências.....	80
Anexos.....	81

Apresentação

O volume apresentado é o trabalho de conclusão de curso no curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, promovido pela Universidade Federal de Pelotas.

Este trabalho descreve uma intervenção realizada na Unidade de Saúde da Estratégia de Saúde da Família Rio dos Índios, no município Rio dos Índios /RS, que teve o objetivo de qualificar a atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos da comunidade durante três meses (abril a junho de 2015).

O volume está organizado em seis unidades de trabalho: 1) Análise Situacional; 2) Análise Estratégica; 3) Relatório da Intervenção; 4) Avaliação da Intervenção; 5) Reflexão Crítica sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem; e 6) referências e anexos.

O Relatório da Análise Situacional apresenta uma descrição sucinta do sistema de saúde do município e detalhada da unidade de saúde na qual foi desenvolvida a intervenção, os principais problemas encontrados na Unidade de Saúde, e as atividades realizadas pela equipe na assistência à comunidade.

Na Análise Estratégica, o projeto de intervenção é apresentado nos seguintes tópicos: justificativa, objetivos e metas, detalhamento das ações, logística, indicadores e cronograma.

O Relatório da Intervenção descreve as ações previstas no projeto que foram e as que não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados, bem como no fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores, e análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, mesmo com a finalização do curso.

A Avaliação da Intervenção apresenta os resultados e discussão da intervenção, e os relatórios para gestores e comunidade.

A Reflexão Crítica do Processo Pessoal de Aprendizagem aborda questões referentes à percepção do especializando quanto a intervenção e seus reflexos na equipe, comunidade e serviço.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade Básica de Saúde (UBS) que trabalho se chama Rio dos Índios e está localizada na cidade de Rio dos Índios, Rio Grande do Sul, com uma população estimada de 3.316 habitantes. O município é uma área rural de 235.318 quilômetros quadrados, com uma mistura de polacos, italianos e brasileiros e as principais bases econômicas são a agricultura familiar e a pecuária. como dado geográfico ao norte colidamos com as águas do Rio Uruguai que é a divisa fluvial com o estado de Santa Catarina.

Atendemos 1.105 famílias distribuídas em 11 pequenas comunidades rurais que são acessadas por meio de estradas não asfaltadas, com baixa cobertura telefônica. Todas elas possuem acesso a eletricidade e 64% possuem saneamento básico. As principais fontes de renda são a agricultura familiar e a pecuária.

Estruturalmente temos recepção com sala de espera, farmácia, sala de imunização, sala de triagem, sala de procedimentos, sala de reuniões, cozinha, sala de agendamentos, sala administrativa, sala de vigilância epidemiológica e do programa Primeira Infância Melhor, um consultório para o psicólogo, quatro para atendimento médico, tem um banheiro para usuários e dois para a equipe. Além disso, temos a disponibilidade de quatro veículos: sendo uma ambulância, e três carros. A unidade está passando por reforma para ampliação da estrutura física que inclui uma sala de fisioterapia e uma sala para observação de usuários com urgências e emergências.

A equipe é composta por um funcionário, uma secretária, duas enfermeiras, uma técnica de higiene dental, dois técnicos em vigilância de saúde, um técnico do Programa Infância Melhor, 12 agentes comunitários, duas enfermeiras, um psicólogo,

um clínico geral, uma obstetra, uma pediatra, um cirurgião-dentista e um médico da família. A programação semanal é distribuída da seguinte forma: psicólogo 12 horas, clínico 20 horas, obstetra 4 horas, cirurgião-dentista 8 horas, pediatra 16 horas, médico de família 32 horas, distribuídas de tal forma que sempre temos dois médicos no posto de saúde. Todas as consultas agendadas são realizadas no turno da tarde, exceto com o cirurgião-dentista.

Uma vez por semana a equipe realiza visitas às comunidades do interior e aos usuários que assim o solicitarem. Com a coordenação, uma vez por mês, visitamos o grupo de terceira idade da cidade. A reunião da equipe é semanal, onde as atividades da próxima semana são coordenadas e são discutidos casos importantes. A reunião é mensal com os agentes comunitários, grupos de gestantes e crianças.

O processo de atendimento ao usuário começa com o acolhimento na recepção pelas técnicas de enfermagem, onde o usuário é escutado e, encaminhado para o médico. Imediatamente vai para a sala de triagem onde são avaliados os sinais vitais e realizadas as mensurações. Depois de realizada a consulta, o usuário vai para a sala de agendamentos onde são feitos os agendamentos com os hospitais, consultas especializadas e laboratórios para testes especializados, conforme necessário. Os exames de rotina são coletados na unidade toda segunda e quarta-feira. Também nesta sala são definidas as consultas entre os especialistas que trabalham na unidade, são realizados pedidos de cirurgias e outros procedimentos. Em seguida o usuário é direcionado para a farmácia onde receberá os medicamentos necessários. A consulta pode ser solicitada por qualquer membro da equipe que está no local, de forma imediata, sem prévia autorização, principalmente no caso das emergências.

Em nossa UBS existem as melhores relações interprofissionais, baseadas no respeito e na compreensão mútua.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Rio dos Índios está localizada na Rua Angelo Santinelli, bairro Centro, zona urbana do município de Rio dos Índios, com uma população de 3316 habitantes (IBGE, 2010). Temos na cidade apenas uma UBS com Estratégia de Saúde da Família (ESF) e uma UBS tradicional. A ESF possui

Equipe de Saúde Bucal (ESB). Não dispomos de NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) nem CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). Não temos hospital na cidade, estamos vinculados ao hospital do município vizinho. Quanto ao atendimento especializado, temos dificuldade com relação à referência para atenção especializada. Embora tenhamos uma central de agendamento, as vagas são insuficientes para a demanda. Não temos dificuldade de acesso a exames complementares, mas os resultados demoram a chegar, acarretando na demora do diagnóstico e tratamento. Não contamos no município com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), mas temos uma ambulância que auxilia na remoção de usuários com risco de morte ou lesão grave. Na UBS são realizadas pequenas cirurgias e atendimentos de emergência, mas a maioria desses procedimentos são encaminhados ao hospital devido à falta de material e insumos.

A UBS foi construída no ano de 2000 para ser uma Unidade Básica de Saúde, e em 2003 passou a ser uma Unidade de Saúde da Família (USF). Passou por reforma pequena no ano de 2009 e neste ano. Observamos que apesar disso a mesma não atingiu os princípios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, necessitando de algumas adequações. Portanto a unidade foi inscrita na “Estratégia Requalifica UBS” para fazer a última reforma no início do próximo ano. Está vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), e no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) da Atenção Básica. Não possui vínculo com instituições de ensino, e é formada por uma equipe com a seguinte composição: um coordenador, cinco médicos, duas enfermeiras, um odontólogo, um auxiliar de saúde bucal, um psicóloga, duas técnicas de enfermagem, 12 agentes comunitários de saúde (ACS), dois auxiliares de serviços gerais, uma secretária, um agente de vigilância epidemiológica, uma monitora do Programa Infância Melhor. Há o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), com o qual há o trabalho em conjunto nos projetos Bem-me-quer (grupo de gestantes), Terceira Idade em Ação (Idosos), além de realizar atividades educativas para adolescentes e mães dos mesmos. Contamos também com nove comunidades católicas que nos sedem o espaço para realização de atividades, temos oito Associações de Bairro com representação na unidade através das agentes comunitárias de saúde. Também trabalhamos em parceria com a secretaria de educação para a realização de atividades educativas nos colégios uma vez por semana.

A equipe tem reuniões, onde todos os membros da equipe participam contribuindo para resolver assuntos pertinentes à unidade e à comunidade. Realizamos o agendamento para médico, enfermeiro e odontólogo de forma organizada e que facilite o acesso dos usuários, principalmente daqueles que residem mais afastados, com incapacidades, idosos ou para atendimentos de urgência. Sempre é disponibilizado as escalas de trabalho no mural da unidade para o melhor conhecimento da população.

São realizados os programas de Pré-natal, Puericultura, Saúde do Idoso, Hipertensão e Diabetes e Planejamento Familiar. No início de cada mês nos reunimos para definir o cronograma de atividades educativas e as visitas domiciliares, que são programadas principalmente junto aos ACS em realizadas por todos os profissionais. Todas as semanas planejamos como cada um poderia contribuir para auxiliar nas atividades com o objetivo de melhorar o envolvimento de todos os membros da equipe.

A estrutura física da UBS contém: recepção; sala de espera; cinco consultórios climatizados; uma sala de triagem, uma sala de procedimentos e curativos; uma sala de observação para usuários durante o horário diurno; uma sala de vacina climatizada; uma sala de reuniões; uma sala de almoxarifado; uma sala de administração; uma sala de agendamentos, uma sala para os funcionários dos programas PIM e vigilância epidemiológica, uma sala de coleta de exames, três banheiros, um deles com acessibilidade para portadores de deficiências e dois lavatórios. Não temos uma sala própria para esterilização de material, o mesmo é feito no consultório odontológico onde fica uma autoclave: o material é lavado na sala de curativo, empacotado e depois levado para esterilização. Temos uma cozinha pequena, sem copa; a farmácia é pequena, é climatizada e são dispensados os medicamentos básicos e os medicamentos dos programas (Hipertensão e Diabetes, Planejamento Familiar). Temos dificuldades no que se refere a materiais e insumos. Na UBS não é feito o teste rápido para gravidez, desfavorecendo a descoberta precoce de gestação. Mas realizamos teste rápido para HIV, sífilis, hepatites B e C, permitindo o diagnóstico e o tratamento precoce. Também contamos com aparelho para realizar eletrocardiografias, o que melhora a atenção dos usuários com problemas cardiovasculares. Na UBS contamos com telefone fixo e conexão com internet, permitindo a comunicação rápida com outros setores, a resolução de alguns problemas e os agendamentos e encaminhamentos de forma mais imediata.

A equipe tem dificuldade em alguns aspectos no que diz respeito às atribuições de cada profissional e às atribuições comuns a todos os membros da equipe. Isto acaba gerando uma sobrecarga de trabalho para alguns profissionais. Portanto, a realização de ações nas comunidades, as visitas domiciliares e as notificações compulsórias, que são atribuições comuns a todos os profissionais, só são feitas por alguns membros da equipe. Foi discutida a portaria nº 648/gm de março de 2006, sobre a função de cada membro da equipe, bem como sobre as funções comuns a todos, para desenvolver o trabalho com mais qualidade e eficácia, compartilhando melhor a carga de trabalho. Temos uma equipe comprometida com o processo de trabalho, e isso é um ponto positivo em busca de melhorias para o serviço.

Nossa ESF atende uma população de 3316 pessoas. A distribuição da população por sexo e faixa etária estimada não está de acordo com as expectativas nacionais. De acordo com os dados demográficos do município, a população masculina representa 51,5%, contrário aos dados do país onde a maioria é feminina. Verificamos também que a população da área é predominantemente adulta, pois o número pessoas acima dos 50 anos representa 37,5%. O envelhecimento populacional é uma realidade do país e do mundo, muito relacionado com o incremento de probabilidade de vida e o melhoramento dos programas e acessos aos sistemas de saúde. Isso está também associado às migrações das pessoas jovens em busca de melhor trabalho e condições de vida.

No que se refere ao processo de acolhimento à demanda espontânea, a equipe encontra-se bem engajada, pois o acolhimento é realizado por todos os profissionais, obedecendo a classificação de risco biológico e vulnerabilidade social para definir o encaminhamento da demanda do usuário. Não existe excesso de demanda para consultas de problemas de saúde agudo. Acredito que é devido à realização de educação em saúde, com enfoque na prevenção de doenças e agravos à saúde, além da organização da agenda com espaços reservados e priorizados para estes atendimentos.

Em relação à saúde da criança, são estimadas 39 crianças menores de um ano de idade e, 78 crianças menores de cinco anos de idade na área adstrita da unidade de saúde. Segundo os dados que a unidade de saúde tem, assistimos atualmente 37 crianças menores de um ano, perfazendo um percentual de cobertura de 95% para o serviço, segundo as estimativas do Caderno de Ações Programáticas (CAP). Nesta atenção, oferecemos o atendimento de puericultura para crianças de 0 a 6 anos de

idade, durante quatro dias da semana, nos dois turnos de atendimento. Participam o enfermeiro, médico, odontólogo e técnico de enfermagem. As ações englobam problemas clínicos gerais e de saúde bucal, promoção de aleitamento materno, imunizações, promoção de hábitos alimentares saudáveis, prevenção de anemia, teste do pezinho, e prevenção de acidentes. Há registros específicos dos atendimentos no prontuário clínico e odontológico que são arquivados junto com o prontuário da família. Na UBS todas as crianças acompanhadas estão em dia com suas consultas, apresentando uma cobertura de 100%. A Puericultura até o primeiro ano encontra-se ótima, mas até os 6 anos é deficitária. Isto ocorre porque, em geral, a maioria das mães ainda tem uma visão curativista, levando as crianças na unidade somente quando elas estão doentes. A cobertura para o teste de pezinho nos sete primeiros dias de vida é de 100%, o mesmo é priorizado já que o teste é uma triagem importante para doenças neonatais como hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria e hemoglobinopatias. A primeira consulta de puericultura encontra-se também com a cobertura de 100%. A triagem auditiva tem cobertura de 100%, apesar do teste não ser realizado no município, o mesmo é feito antes de sair do hospital ou é agendado nos primeiros 7 dias no hospital vizinho. A UBS provê transporte para a execução de todos os programas. A avaliação da saúde bucal até o primeiro ano é ótima, mais isso não acontece depois, pois as mães não compreendem a real importância da consulta odontológica. Elas acham que os dentes por serem decíduos não precisam de cuidados, só buscam atendimento quando ficam doentes. Quanto ao aleitamento materno, a adesão à amamentação exclusiva é grande, devido a constante orientação durante o pré-natal.

O serviço oferecido atualmente na unidade de saúde encontra-se estruturado de forma programática, porém não utiliza um protocolo específico para organizar e orientar suas ações. Os pontos positivos no atendimento à saúde da criança na UBS podem ser evidenciados pela adesão dos profissionais ao atendimento da puericultura, realização de registro do atendimento em prontuário específico de saúde da criança, grande adesão ao aleitamento materno, e preenchimento da caderneta da criança. Mas são evidenciadas falhas como ausência de agendamento da consulta subsequente, não realização de atividades com grupos de mães e problemas nas visitas às comunidades. O trabalho conjunto com as monitoras do programa PIM e os ACS permite a identificação de eventuais problemas de forma rápida.

Atualmente, 10 gestantes e 21 puérperas são acompanhadas na UBS Rio dos Índios. Segundo os dados estimados do CAP, o percentual de cobertura do pré-natal e do puerpério estão, respectivamente, em torno de 21% e 54%. O Pré-natal está de acordo com o protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde. A equipe busca a identificação precoce da gestante, os ACS oferecem as orientações necessárias para uma gestação e puerpério saudáveis, diminuindo riscos para a mãe e para o bebê. Além do incentivo para o aleitamento materno, os indicadores que avaliam a realização do exame citopatológico do colo uterino e a avaliação de saúde bucal das gestantes estão em 100%.

O atendimento às gestantes é oferecido em dois dias da semana, em um dos turnos. As consultas são agendadas todos os dias e a consulta de retorno é agendada no momento da consulta, caso seja preciso a usuário é transladada até a UBS para evitar falhas de seguimento. O atendimento é realizado pelos médicos e o odontólogo. Nas consultas são desenvolvidas ações para diagnóstico e tratamento de problemas clínicos gerais, saúde bucal, controle do câncer de colo do útero e mama, imunizações, hábitos alimentares saudáveis e atividades físicas. A principal dificuldade está na falta de nutricionista no município o que diminui a qualidade de orientação nutricional.

Os profissionais solicitam o cartão de acompanhamento sempre, preenchendo-os corretamente a cada consulta, oferecem orientações sobre alimentação saudável, vacinação, preparação da mama, aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido, atividade física e anticoncepção no pós-parto. O risco gestacional é avaliado desde a primeira consulta pré-natal, já que existem doenças que se apresentam apenas no transcorrer da gestação. Os exames laboratoriais são sempre solicitados na primeira consulta atingindo, portanto, uma cobertura de 100%. As imunizações são avaliadas logo após a descoberta da gestação, programando as vacinas necessárias. O sulfato ferroso sempre é prescrito a partir da 20ª semana. São realizadas 3 ecografias, média por gestante, o que melhora a qualidade da avaliação e seguimento das mulheres grávidas.

Nenhum protocolo de atendimento é utilizado na unidade de saúde, mas as consultas são realizadas seguindo o caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde número 32, que é utilizado apenas pelos médicos da equipe. Acho que a implementação do protocolo em sua completude é uma das coisas que devemos priorizar. Os atendimentos do pré-natal são registrados em prontuário clínico,

formulário especial do pré-natal, ficha de atendimento odontológico, e são arquivados juntamente com o prontuário da família. Os problemas de saúde agudos apresentados pelas gestantes são atendidos com prioridade e não há excesso de demanda. As gestantes são cadastradas no programa SISPRENATAL pelo médico e enfermeira e o envio das informações à Secretaria de Saúde é realizado por ambos, mensalmente. Quanto ao pré-natal iniciado no primeiro trimestre, o índice de cobertura apresenta-se em 100%. Isso é devido ao envolvimento das comunidades e dos agentes comunitários de saúde na pesquisa e agendamento de consultas.

A importância da consulta puerperal é evidenciada durante todo o pré-natal, associando essa consulta ao teste do pezinho nos primeiros sete dias de vida, facilitando a captação de puérpera e neonato. Não são realizadas atividades educativas com as puérperas. A gestão e coordenação do programa de pré-natal é realizado nas reuniões da equipe todos os meses, e os médicos e enfermeiros monitoram e avaliam o programa, traçando planos de ação.

Em relação à saúde da mulher, 628 mulheres entre 25 e 64 anos de idade são acompanhadas pela UBS para o câncer de colo de útero e, 254 mulheres entre 50 e 69 anos de idade para o programa de prevenção do câncer de mama. Segundo o CAP, isto significa um percentual de cobertura do serviço de 71% e 77%, respectivamente. A incidência de câncer de colo de útero e mama é evidenciada ao longo dos anos mostrando-se um importante aspecto que necessita de prevenção e acompanhamento. Nossa equipe realiza ações de promoção e prevenção em atividades coletivas e também individuais durante as consultas, fazendo ênfase na necessidade dos exames e da sua periodicidade, também nos sinais de alerta que podem evoluir para o câncer.

Na UBS, 95% das mulheres são acompanhadas para prevenção do câncer de colo de útero. O exame citopatológico é realizado pelo médico e o enfermeiro, que também avaliam os fatores de risco para câncer de colo uterino em todas as mulheres, o que representa uma cobertura de 100%. Na UBS não é utilizado o protocolo de prevenção de câncer de colo uterino do Ministério da Saúde. O enfermeiro tem um livro de registro específico para o resultado do exame citopatológico, além do registro em prontuário clínico, que são revisados mensalmente, com objetivo de realizar o acompanhamento das mulheres com alteração ao exame, avaliar a qualidade do programa e dos registros.

Os exames de coleta são realizados de forma organizada, sem falhas até o momento, e apresentam 97% de amostras satisfatórias, após discussão e padronização da coleta. A porcentagem de usuários com o exame de citopatológico para câncer de colo uterino em dia alcança o 95%, este índice apresenta-se ótimo, pois a unidade de saúde realiza o agendamento através dos agentes comunitários. O índice de exames citopatológicos em atraso com mais de 6 meses é de 5%, pois ainda algumas mulheres apresentam resistência quando nenhuma alteração é observada e não querem se submeter ao exame novamente. Nos últimos três anos, apenas 10 mulheres foram identificadas com exame citopatológico alterado, mas nenhuma teve perda de seguimento.

As ações educativas para prevenção de câncer de colo uterino são realizadas mensalmente na unidade de saúde e nas visitas às comunidades. A orientação sobre a doença e sobre o exame de prevenção é realizada constantemente durante consultas e ações em saúde, com o objetivo de conscientização e melhora da adesão. Durante as consultas e palestras também são fornecidas orientações sobre doenças sexualmente transmissíveis. As atividades de planejamento, gestão e coordenação do programa de prevenção de colo uterino na unidade são realizadas só pelo enfermeiro e o médico de família, devendo-se ampliar o número de profissionais na sua realização, o que poderia ajudar a melhorar e ampliar a cobertura da unidade para esse exame. Descentralizando esta atenção.

Durante as ações de controle do câncer de colo do útero foram identificadas algumas dificuldades, tais como: centralização de atendimento em médico e enfermeiro, poucos profissionais dedicados à gestão, avaliação do programa de controle e dificuldade com a realização da coleta do exame por falta de local específico. Os aspectos positivos evidenciados são a alta adesão da equipe de saúde na realização de ações educativas referentes ao tema; avaliação dos fatores de risco para câncer de colo uterino durante consultas e coleta; a boa técnica de coleta que favorece resultados de exames, mas fidedignos. É importante enfatizar o trabalho dos ACS no rastreamento, controle e agendamento dos usuários.

O câncer de mama tem levado ao óbito muitas mulheres no Brasil e no mundo. Na nossa UBS o rastreamento é realizado durante as consultas do médico e enfermeiro, diante a realização do exame clínico das mamas e a solicitação de mamografia. Os atendimentos são realizados e agendados todos os dias da semana, em todos os turnos. Não é utilizado o protocolo preconizado pelo Ministério de Saúde.

Mas 100% das mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos estão com a mamografia em dia, sem atraso, o que representa um 100% de cobertura. A avaliação dos fatores de risco para câncer de mama também é de 100%, pois é realizada em todas as usuárias que realizam as ações de rastreamento, o que deve ser mantido. Todas as mulheres em acompanhamento pela unidade de saúde recebem orientações e esclarecimentos sobre câncer de mama, seus fatores de risco e a importância da realização da mamografia. Existe arquivo específico para o registro de resultados de mamografia, mas esse registro não é revisado com periodicidade. Nos últimos anos, apenas 10 mulheres acompanhadas foram identificadas com mamografia alterada e nenhuma delas teve perda de seguimento. Tem sido de muita ajuda a realização de atividades de promoção por intermédio dos meios de comunicação.

Observando a cobertura para prevenção do câncer de mama é importante esclarecer que a alta adesão das usuárias se deve à facilidade do acesso ao exame de mamografia, pois o município agenda a realização todos os meses com transporte incluído, o que incrementa o acompanhamento da usuária e aumenta a vontade da realização do exame. Além disso, dois meses no ano são realizadas pesquisas ativas diretas em todas as comunidades. Na unidade de saúde apenas os médicos e enfermeiros se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações de controle do câncer de mama. E são realizadas ações para controle do peso, além de ações para estímulo da prática de atividade física e orientações sobre consumo de álcool e controle do câncer de mama. Como dificuldade temos a ausência de uma equipe de avaliação e monitoramento das ações de prevenção do câncer de mama e o número limitado de profissionais que realizam o rastreamento, o que pode levar à diminuição da cobertura de câncer de mama e, portanto, são pontos que necessitam ser melhorados. Como aspectos positivos temos a realização de ações preventivas e educativas sistemáticas relacionadas ao câncer de mama, o acompanhamento realizado pela equipe de saúde aos exames com alteração, a flexibilidade de horários em abordar e rastrear usuários para ações preventivas de câncer de mama e as atividades de pesquisa nas comunidades.

Em relação aos hipertensos e diabéticos, temos uma estimativa municipal de 599 hipertensos com 20 anos ou mais de idade acompanhados pela unidade de saúde e, 76 diabéticos. Segundo o CAP, temos uma cobertura de serviço estimada em 83% e 37%, respectivamente. O atendimento na UBS a esses usuários ocorre em todos os dias e todos os turnos durante a semana, possibilitando maior flexibilidade de horários,

e nas comunidades cada 3 meses. Programa de Hipertensão e Diabetes do Ministério da Saúde, HIPERDIA, é realizado na unidade. O cadastramento é feito pelo médico, enfermeiro, técnico de enfermagem. O registro do atendimento ocorre no prontuário clínico, na ficha de cadastramento e na ficha de atendimento odontológico. Os mesmos são arquivados junto com o prontuário da família. O planejamento, gestão, coordenação e avaliação das ações relacionadas aos hipertensos e diabéticos é realizada nas reuniões da equipe. Os exames complementares periódicos encontram-se em dia em 100% dos usuários, dada a facilidade do acesso aos mesmos o que permite uma boa continuidade do atendimento.

Durante as consultas é realizada a classificação de risco cardiovascular e o cálculo da estratificação do risco cardiovascular por critério clínico, com um índice de 100%, justificado pela regularidade dos usuários hipertensos e diabéticos nas consultas com médico e enfermeiro, assim como a realização dos exames clínicos e laboratoriais que possibilitam calcular o risco cardiovascular. É necessária a utilização regular dessa avaliação na abordagem dos usuários acompanhados pela equipe de saúde, pois ele ajuda no planejamento do controle e tratamento, assim como prevenção das possíveis complicações. Importante ressaltar que todos os diabéticos tiveram seus pés examinados nos últimos três meses

Durante o atendimento na UBS são realizadas ações de diagnóstico e tratamento de problemas clínicos gerais, problemas de saúde bucal, obesidade, sedentarismo e imunizações. São realizadas ações educativas e atividades em grupo com hipertensos e diabéticos, na unidade de saúde e em espaços extramuros, uma vez por semana, e todos os membros da equipe participam. São fornecidas orientações sobre prática de atividade física regular e alimentação saudável para todos, portanto o índice de cobertura é de 100%. A avaliação de saúde bucal dos hipertensos apresenta uma cobertura de apenas 53%, mas nos diabéticos é de 100%, creio que isto tem acontecido devido ao fato de que os usuários hipertensos não compreendem a real importância da consulta odontológica, além dos problemas enfrentados pela falta de materiais odontológicos e a falta de odontólogo por um período prolongado. Os usuários diabéticos são atendidos de forma prioritária, dado o alto risco de complicações da condição bucal nos diabéticos.

As principais dificuldades apresentadas são a ausência de registros específicos para hipertensos e diabéticos, a ausência de agendamento de consultas de retorno, da ausência de protocolo de atendimento que oriente as ações relativas ao Programa

de Hipertensão e Diabetes e pela baixa adesão dos hipertensos à avaliação de saúde bucal. Mas como aspectos positivos temos a flexibilidade de horários de agendamento de consultas, realização de ações educativas regularmente.

Em relação ao idoso, há a estimativa de 439 idosos acompanhados, tendo um percentual de cobertura do serviço de 100%, segundo estimativas do CAP. O atendimento ocorre todos os dias da semana, em todos os turnos, sem excesso de demanda nem idosos de fora da área de abrangência. A flexibilidade do horário de atendimento e a prioridade do atendimento facilita a marcação de consultas e a cobertura dessa faixa etária. Todos os profissionais da equipe participam do atendimento, mas após a consulta não existe agendamento da consulta subsequente. O médico de família e o enfermeiro se dedicam ao planejamento, gestão, coordenação e avaliação das ações dispensadas aos idosos. Neste caso, os agentes comunitários de saúde apoiam o programa com a busca de usuários com problemas agudos de saúde e aqueles que precisam de atendimento domiciliar. Não é utilizado protocolo para o atendimento de idosos, pois não está disponível na unidade. O registro de atendimento aos idosos ocorre apenas em prontuário clínico e ficha de atendimento odontológico e são arquivados junto com o prontuário da família. A avaliação da capacidade funcional global do idoso ocorre esporadicamente nas consultas.

As atividades realizadas em grupos de idosos incluem imunizações, promoção de atividade física, hábitos alimentares saudáveis e de saúde bucal, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, obesidade, sedentarismo e prevenção de acidentes. As atividades com o grupo de idosos são realizadas uma vez ao mês e são feitas apenas pelo médico e enfermeira e, correspondem a 8% dos usuários da área. Isso é devido pela maioria dos usuários morarem muito longe e apresentarem dificuldades com o transporte, por isso atividades coletivas são realizadas durante as visitas às comunidades e aos grupos de Hiperdia.

A caderneta de saúde da pessoa idosa não é distribuída no município pelo baixo número de exemplares disponíveis para utilização. Não existe estatuto do idoso disponível na unidade de saúde. A Avaliação Multidimensional Rápida, a avaliação do risco de morbimortalidade e a investigação de indicadores de fragilização durante as consultas não é realizada pela equipe de saúde, evidenciando uma grande falha no acompanhamento e cobertura dessa parte da população. Os idosos da área de abrangência apresentam índice de cobertura de 89% para acompanhamento em dia. Tal índice é justificado pela grande associação com hipertensão arterial sistêmica e

diabetes mellitus, o que facilita manter o acompanhamento em dia. Dos idosos residentes na área de abrangência, 61% possuem hipertensão arterial sistêmica e 15% possuem diabetes mellitus. Apenas 11% do total de idosos residentes na área possuem consultas com mais de 03 meses de atraso. A flexibilidade nos horários de atendimento e a prioridade ao atendimento aos idosos facilitam o agendamento da avaliação clínica, assim como as visitas ao domicílio daqueles com dificuldades de acesso.

Os idosos que recebem orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e orientação de atividade física regular correspondem a 54% do total. A avaliação de saúde bucal ocorre em 46% dos idosos. Ambos os índices precisam ser foco de atenção do grupo. As maiores dificuldades apresentadas durante a avaliação do processo de trabalho da unidade em relação à atenção ao idoso são falta de caderneta de saúde do idoso, deficiência na avaliação de saúde bucal, dificuldade para realizar a avaliação multidimensional rápida, a não avaliação do risco de morbimortalidade nem fragilidade, a não realização de visitas domiciliares por alguns profissionais. O aspecto positivo é a flexibilidade de horário para agendamento de consultas, horário para agendamento de visitas domiciliares aos idosos com dificuldade de acesso ao sistema de saúde e a adesão dos ACS no controle dos idosos.

Em relação à saúde bucal, apenas 10 usuários são atendidos por dia. No último mês, apenas uma palestra no colégio foi realizada e, foi observada uma baixa adesão da comunidade. A média de procedimentos clínicos por habitante encontra-se em 0,5%. A atenção à primeira consulta de grupos prioritários encontra-se em níveis baixos, pois a maioria dos usuários são atendidos por livre demanda, chegando a ser de 200% em caso das gestantes. Embora haja agendamento das consultas, a demanda espontânea supera a procura pelo atendimento. A equipe tem tido problemas com a estabilidade do dentista e o material de trabalho. Uma das coisas que deveríamos fazer é incorporar o dentista nas atividades desenvolvidas nas comunidades, especialmente no grupo HIPERDIA, gestantes e idosos, assim como aumentar a presença nos colégios, para incentivar boas práticas de saúde bucal desde idades pequenas. Outra coisa a realizar seria envolver a odontóloga na tomada de decisões para controle, agendamento e supervisão das ações de saúde bucal.

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

Analisando o texto inicial e meu crescimento até o momento no curso, pude perceber que os maiores desafios encontrados estão relacionados à falta de materiais de consumo, falta de controle e registros de usuários por doenças, a falta de recepcionista para agendamento das consultas de retorno e estrutura física da unidade necessitando de adequações. Entretanto, em discussão com a equipe, pode ser percebido que o processo de trabalho tem se mostrado eficaz, demonstrando preocupação em melhorar e ampliar a oferta de serviços, assim como aumentar a acessibilidade e resolutividade, incrementando as ações com a comunidade e os grupos prioritários, além de focar o trabalho na promoção e na prevenção no contexto da atenção básica. Entretanto, a qualificação da gestão e planejamento das ações da Estratégia de Saúde da Família precisa ser objetivada, pois é uma das grandes falhas.

O preenchimento dos questionários foi importante, pois ofereceu uma visão geral dos principais problemas no atendimento e permitiu traçar estratégias para melhorar o trabalho com grupos específicos e o desenvolvimento da equipe. Com os dados oferecidos nos Cadernos das Ações Programáticas foi possível avaliar os indicadores tanto de cobertura quanto de qualidade. Dessa forma, ao avaliar os pontos fortes e as debilidades de nosso trabalho diário, pudemos ter uma visão geral de quais são as principais áreas a serem trabalhadas futuramente.

Com as análises do trabalho realizadas até o presente momento, acredita-se que o processo de mudança é muito lento, mas foi planejado para ser feito sem pressa, uma coisa cada vez, com o objetivo de poder visualizar e eliminar as debilidades e os erros, para que o trabalho perdure no tempo, e permita aos integrantes da equipe se adaptarem positivamente às mudanças. É muito importante que toda a equipe se sinta responsável pelo trabalho coletivo, pois ajuda a manter a equipe unida e estimulada.

2Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O conhecimento das variáveis das diferentes taxas de incidência e prevalências de doenças crônicas é de vital importância na atenção primária de saúde em qualquer país. No Brasil, igual ao resto do mundo, as doenças cardiovasculares e o diabetes mellitus estão entre as primeiras causas de morte. É imprescindível para uma boa qualidade nos serviços de saúde, controlar os principais indicadores destas doenças, pois permite conhecer os níveis de saúde da população e ao mesmo tempo criar objetivos de trabalho e metas específicas para o melhoramento das mesmas. É bom ressaltar que com o controle da Hipertensão Arterial e da Diabetes Mellitus estamos prevenindo complicações que na maioria dos casos leva à incapacidade temporal ou definitiva ou até a morte (BRASIL, 2013).

A ESF Rio dos Índios, localizada no município de Rio dos Índios (Rio Grande do Sul) conta com as condições necessárias para o correto atendimento dos usuários, pois tem uma estrutura ampla com locais específicos para cada tipo de atendimento. Ademais, contamos com uma equipe praticamente completa: cirurgião, pediatra, ginecologista, clínico geral, médico de família, psicólogo, equipe de enfermagem e odontólogo. Na farmácia da UBS é fornecida a maioria dos medicamentos, alguns são fornecidos na farmácia popular vizinha à unidade. Além disso, são realizados exames de sangue, urina, fezes, e testes rápidos para diversas doenças. A triagem para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus é feita para todos os usuários.

O município conta com um total estimado de 3.454 habitantes, sendo que 3316 estão cadastrados e são acompanhados pela ESF. Atualmente, os dados apresentam 573 hipertensos e 89 diabéticos cadastrados, perfazendo

uma cobertura aproximada de 88% e 39%, respectivamente. São observados atrasos na periodicidade de acompanhamento clínico e na realização dos exames por falta de planejamento de consultas de seguimento e controle, uma vez que o atendimento é realizado para suprir a demanda espontânea. A maioria dos usuários é assistido pelo médico, entretanto, avaliação do risco não é feita.

As principais dificuldades encontradas no trabalho do dia-a-dia são: inexistência de registro de usuários cadastrados por grupos de doenças, de um controle da periodicidade das consultas, da avaliação do risco cardiovascular, e de atividades de promoção e prevenção de riscos, bem como outros fatores. Diante das limitações descritas e da importância do correto manejo destes usuários portadores de condições crônicas, justifica-se a realização desta intervenção.

2.2Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

- Melhorar a Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos da ESF Rio dos Índios em Rio dos Índios, Rio Grande do Sul.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1. Cobertura. Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1. Cadastrar 40% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2. Cadastrar 40% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Registro. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promoção de saúde. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de **16**semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) **Rio dos Índios**, no Município de **Rio dos Índios, RS**. Participarão da intervenção todos os usuários hipertensos e diabéticos residentes na área adstrita da comunidade.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1. Cadastrar 40% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 40% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento da ação: Será feito por meio da ficha espelho disponibilizada pelo curso e pelo registro dos usuários cadastrados, assim como prontuário clínico e registro do Programa de Hipertensão e Diabetes. Manter atualizado e fazer revisão do registro de cadastrados e da ficha espelho de forma semanal pelo médico e a enfermeira responsável. A planilha eletrônica de coleta de dados, disponibilizada pelo curso, será um instrumento de avaliação e monitoramento também.

Organização e gestão do serviço:

- Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.
- Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento da ação: Manter ativo o registro de usuários hipertensos e diabéticos na recepção e registrar, durante as atividades nas comunidades, pelas assistentes de enfermagem, com revisão mensal pela enfermeira responsável.

- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de Hipertensão Arterial.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes.

Detalhamento da ação: Realizar o acolhimento por, ao mínimo, dois membros da equipe na área destinada para isso, onde será realizada a escuta inicial, a avaliação da prioridade e as primeiras recomendações caso seja preciso.

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

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

Detalhamento da ação: Solicitar, ao gestor e ao secretário municipal, a compra de todo o material necessário para o desenvolvimento do programa, antes do começo da intervenção.

Engajamento público:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Detalhamento da ação: Realização de atividades com os líderes comunitários, na rádio e no jornal, antes do começo do programa, e nas comunidades durante as atividades nas mesmas.

- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento da ação: Realização de visitas a uma comunidade diferente durante todas as semanas e serão realizadas nos centros comunitários das comunidades e nas mesmas são realizadas aferição de pressão arterial e hemoglicoteste a todos os participantes, a enfermeira ou o médico realizam as palestras e conversas, e toda equipe, incluindo o secretário de saúde, participa do contato com o grupo e a comunidade, ao mesmo tempo se realiza consulta seletiva daqueles que apresentam descontrole da doença. Ao total serão doze comunidades.

Qualificação de prática clínica:

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- 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 verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento da ação: A capacitação da equipe será realizada na primeira semana da intervenção. Abordará cadastramento de diabéticos e hipertensos, discussão do protocolo do Ministério da Saúde adotado para orientar as ações. A equipe também será treinada para a verificação da pressão arterial e realização do hemoglicoteste. Será ministrada pelo médico, especializando do curso, com apoio da enfermeira da unidade.

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.

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento da ação: O monitoramento desta ação será feito por meio da avaliação da ficha espelho e da planilha de coleta de dados.

Organização e gestão do serviço:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos.
- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento da ação: Na semana anterior ao início da intervenção e/ou durante a primeira semana, conforme a necessidade, será realizada uma reunião com a equipe a fim de apresentar o projeto de intervenção, atribuir as funções de cada profissional, e apresentar e discutir o protocolo do Ministério da Saúde. Também será impressa uma versão atualizada do protocolo que ficará para consulta na unidade.

Engajamento público:

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a

importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

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

Detalhamento da ação: estas orientações serão repassadas durante as atividades do grupo do Programa de Hipertensão e Diabetes e também nas palestras a serem realizadas nas comunidades.

Qualificação de prática clínica:

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

Detalhamento da ação: O médico realizará a capacitação da equipe na primeira semana da intervenção.

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.

Monitoramento e avaliação:

- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento da ação: O monitoramento desta ação será feito por meio da avaliação da ficha espelho e da planilha de coleta de dados, avaliados semanalmente durante a intervenção.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento da ação: Antes de começar o programa, garantir com o gestor e o secretário municipal o agendamento mínimo de exames para até 30 usuários semanais.

- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento da ação: Notas coloridas autoadesivas como sistema de alerta nas fichas espelho.

Engajamento público:

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

Detalhamento da ação: Estas orientações serão repassadas durante as atividades do grupo do Programa de Hipertensão e Diabetes e também nas palestras a serem realizadas nas comunidades.

Qualificação de prática clínica:

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

Detalhamento da ação: O médico realizará a capacitação da equipe na primeira semana da intervenção.

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.

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento da ação: O monitoramento desta ação será feito por meio da avaliação da ficha espelho e da planilha de coleta de dados, avaliados semanalmente durante a intervenção.

Organização e gestão do serviço:

- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento da ação: Revisão mensal, com a farmacêutica e o gestor, do estoque de medicamentos do programa do Programa de Hipertensão e Diabetes e o fluxo de saída. Este estoque e necessidades mensais das medicações serão anotados em livro de registro específico da farmácia.

Engajamento público:

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

Detalhamento da ação: os usuários serão orientados de forma individual, a cada atendimento na unidade, bem como durante as visitas domiciliares e durante a atividade coletiva. Também serão alertados para tal durante as atividades do grupo do Programa de Hipertensão e Diabetes.

Qualificação de prática clínica:

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.
- Realizar atualização do profissional no tratamento da diabetes mellitus.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento da ação: Durante a capacitação, o médico, especializando do curso, abordará os tópicos para a atualização dos profissionais no tratamento da hipertensão e diabetes. Esta atualização será feita na semana anterior ao início da intervenção, e ou na primeira semana de intervenção, conforme a necessidade e, participarão dela todos os profissionais da equipe. A equipe também será capacitada para orientar corretamente os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

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

Monitoramento e avaliação:

- Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.
- Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento da ação: Revisão das fichas espelho e monitoramento pela planilha de coleta de dados, semanalmente.

Organização e gestão do serviço:

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.
- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Detalhamento da ação: A cada consulta de atendimento clínico, o médico ou a enfermeira, irão realizar a avaliação de necessidade de atendimento odontológico do usuário. Caso seja identificada a necessidade, o usuário será encaminhado para o agendamento de uma consulta odontológica.

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

Detalhamento da ação: os diabéticos e hipertensos terão prioridade na marcação de consultas, assim serão encaixados conforme a disponibilidade da odontóloga para o atendimento mais breve possível.

Engajamento público:

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

Detalhamento da ação: Durante a palestra na comunidade com a participação da odontóloga abordando tema em saúde bucal. Além disso, outras atividades educativas em saúde bucal serão realizadas nas atividades do grupo do Programa de Hipertensão e Diabetes.

Qualificação de prática clínica:

- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.
- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Detalhamento da ação: Na primeira semana da intervenção, o odontólogo realizará a capacitação da equipe para a avaliação correta da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento da ação: Revisão semanal das fichas espelho dos usuários atendidos na semana e, registro daqueles faltosos, bem como da agenda para verificar a periodicidade das consultas. Será realizado pelo médico e enfermeira.

Organização e gestão do serviço:

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento da ação: Serão organizadas durante a reunião da equipe, a ser realizados mensalmente, com toda a equipe, depois de identificados os faltosos do mês anterior.

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

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

Detalhamento da ação: Verificar os horários vagos e direcioná-los para os faltosos da semana, conforme a necessidade. Serão remarcados pelas agentes comunitárias conforme a disponibilidade dos usuários.

Engajamento público:

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

Detalhamento da ação: Na palestra com a comunidade, bem como nas atividades do grupo do Programa de Hipertensão e Diabetes, a serem realizadas todas as semanas numa comunidade diferente, o que permitiria voltar à mesma comunidade cada 14 ou 16 semanas, e as atividades são realizadas nos centros comunitários das comunidades.

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

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

Detalhamento da ação: Na reunião com os líderes comunitários antes do começo do programa, ouvir as suas propostas e estratégias para engajamento da comunidade na intervenção e programar àquelas que sejam viáveis.

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

Detalhamento das ações: Na palestra com a comunidade, bem como nas atividades do grupo do Programa de Hipertensão e Diabetes, a serem realizadas todas as semanas numa comunidade diferente, o que permitiria voltar à mesma comunidade cada 14 ou 16 semanas, e as atividades são realizadas nos centros comunitários das comunidades.

Qualificação de prática clínica:

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

Detalhamento das ações: As agentes comunitárias serão capacitadas, na primeira semana da intervenção pelo médico (especializando do curso) junto à equipe, para a correta orientação, principalmente nas visitas domiciliares, dos usuários hipertensos e diabéticos, bem como seus familiares quanto a realizar as consultas de acompanhamento e sua periodicidade.

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

Detalhamento das ações: Por meio da ficha espelho e planilha de coleta de dados revisados semanalmente pelo médico.

Organização e gestão do serviço:

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento das ações: A enfermeira atualizará as informações do SIAB mensalmente, como já tem sido realizado na Unidade. O registro das informações será realizado de forma escalonada por todos os integrantes da equipe, da forma pactuada na reunião da equipe, assim como todos serão capacitados para tal. Os responsáveis pelo monitoramento dos registros serão o médico e a enfermeira, de forma mensal.

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

Detalhamento das ações: Será adotado um sistema de alerta para identificar estas situações: uma nota colorida autoadesiva com a especificação descrita e atualização no próximo atendimento.

Engajamento público:

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

Detalhamento das ações: Esta orientação será repassada durante as atividades do grupo do Programa de Hipertensão e Diabetes e na palestra a ser realizada na comunidade. As agentes comunitárias também disseminarão este conhecimento durante as visitas domiciliares.

Qualificação de prática clínica:

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso.
- Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético.

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

Detalhamento das ações: Será capacitada na primeira semana da intervenção, com a participação de todos os profissionais da equipe, sendo ministrada pelo médico (especializando do curso).

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

Detalhamento das ações: Por meio das fichas espelho e planilha de coleta de dados, semanalmente durante a intervenção, anualmente após.

Organização e gestão do serviço:

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento das ações: Usuários de alto risco terão prioridade na marcação da consulta, sendo a agenda organizada para o encaixe dos usuários portadores de alto risco.

Engajamento público:

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

Estas orientações serão realizadas durante as consultas individuais, pelo médico e enfermeira, quando ocorrer a avaliação e estratificação de risco. Sendo assim, estas orientações serão individuais e conforme a necessidade de cada usuário e, descritas no prontuário clínico.

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

Detalhamento das ações: Realização, pelo médico e a enfermeira, de atividades educacionais quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis, nas atividades do grupo do Programa de Hipertensão e Diabetes e durante a palestra com a comunidade.

Qualificação de prática clínica:

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento das ações: O médico, com apoio da enfermeira, realizará capacitação da equipe na primeira semana do programa e abordará a estratificação de risco, a importância do registro desta avaliação e estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Entretanto, esta ação será realizada pelo médico e enfermeira, segundo o escore de Framingham.

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.

Monitoramento e avaliação:

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

Detalhamento da ação: Por meio das fichas espelho e planilha eletrônica de coleta de dados.

Organização e gestão do serviço:

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento das ações: Durante as atividades coletivas nas comunidades e do grupo do Programa de Hipertensão e Diabetes, serão organizadas práticas coletivas sobre alimentação saudável pelo médico e a enfermeira.

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

Detalhamento das ações: Realizar reunião com o gestor e com o secretário de saúde a fim de garantir a presença de nutricionistas nas atividades com o grupo do Programa de Hipertensão e Diabetes.

Engajamento público:

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

Detalhamento das ações: Durante as atividades coletivas nas comunidades e do grupo do Programa de Hipertensão e Diabetes, serão organizadas práticas coletivas sobre alimentação saudável pelo médico e a enfermeira.

Qualificação de prática clínica:

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento das ações: Será solicitada, ao gestor, a presença de uma nutricionista para abordar o tema sobre alimentação saudável e assim, capacitar a equipe para tal. O médico também abordará as metodologias de educação em saúde.

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.

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento das ações: Por meio da ficha espelho e planilha da coleta de dados, revisados semanalmente.

Organização e gestão do serviço:

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento das ações: Realização, pelo médico e a enfermeira, em parceria com o educador físico, de atividades coletivas para orientação de atividade física, nas atividades coletivas nas comunidades e do grupo do Programa de Hipertensão e Diabetes.

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

Detalhamento das ações: Realizar reunião com o gestor e com o secretário de saúde e garantir a presença de educadores físicos nas atividades nas comunidades ou que capacitem a equipe.

Engajamento público:

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

Detalhamento das ações: Realização, pelo médico e a enfermeira, em parceria com o educador físico, de atividades educacionais sobre a importância da prática de atividade física regular, nas atividades coletivas nas comunidades e do grupo do Programa de Hipertensão e Diabetes.

Qualificação de prática clínica:

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento das ações: Será solicitada, ao gestor, a presença de um educador físico para abordar o tema sobre prática de atividade física regular e assim, capacitar a equipe para tal. O médico também abordará as metodologias de educação em saúde.

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.

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento das ações: Por meio da ficha espelho e planilha de coleta de dados revisados semanalmente.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento das ações: Solicitar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Engajamento público:

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

Detalhamento das ações: Realização, pelo médico e a enfermeira, de atividades de orientação sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, nas atividades coletivas nas comunidades e do grupo do Programa de Hipertensão e Diabetes.

Qualificação de prática clínica:

- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento das ações: O médico, durante a capacitação, abordará o tema tabagismo e assim, capacitar a equipe para tal. O médico também abordará as metodologias de educação em saúde.

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 sobre higiene bucal aos hipertensos.
- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos.

Detalhamento das ações: Por meio da ficha espelho e planilha de coleta de dados revisados semanalmente.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento das ações: Organizar as consultas para ter um tempo mínimo de 15 minutos e máximo de 20 minutos para garantir orientações em nível individual

Engajamento público:

- Orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.
- Orientar os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento das ações: Orientações dadas durante as atividades do grupo do Programa de Hipertensão e Diabetes e na atividade coletiva na comunidade. As visitas domiciliares também serão o meio de orientar os usuários.

Qualificação de prática clínica:

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento das ações: O dentista realizará capacitação da equipe na primeira semana da intervenção com aproximadamente meia hora de duração.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1. Cobertura. Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1. Cadastrar 40% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1. 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 40% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2. 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. Qualidade. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos 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. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

Indicador 2.8. Proporção de 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. Adesão. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

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

Indicador 3.1. Proporção de hipertensos faltosos às consultas 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. 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. Registro. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promoção de saúde. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para a intervenção serão adotados: o Caderno de Atenção Básica nº 36 (Diabetes Mellitus) e o Caderno de Atenção Básica nº 37 (Hipertensão Arterial Sistêmica), ambos protocolos do Ministério da Saúde.

Como instrumentos para o registro específico serão adotados: a Planilha de eletrônica de Coleta de dados e a Ficha espelho Individual; ambos disponibilizados pelo curso. Além disso, serão utilizados o livro de registro, prontuário clínico e o cadastro do Programa de Hipertensão e Diabetes. Será

solicitado ao gestor a impressão das fichas espelho. Semanalmente, durante a intervenção, as ações serão avaliadas por meio da planilha de coleta de dados e seus indicadores, a partir dos dados retirados das fichas espelho. Esta digitação será realizada pelo médico, especializando do curso.

A equipe será capacitada para a intervenção. Na semana que antecede o início da intervenção, a equipe conhecerá o projeto de intervenção, será treinada para o uso dos instrumentos de registro específicos e revisará o protocolo do Ministério de Saúde para a assistência a estes usuários. A partir da primeira semana de intervenção, a capacitação será realizada pelo médico e a enfermeira, durante uma hora, todos os dias um tema diferente, no salão de reuniões do posto de saúde, em forma de palestras e usando dispositivos de apoio visual. O odontólogo também participará, capacitando a equipe em relação às condições de saúde bucal e treinamento para rastreamento das doenças bucais. Capacitação dos profissionais da equipe nas atividades relativas ao projeto de intervenção o que inclui: conhecimento dos protocolos de atenção, adequada técnica de realização de toma de pressão arterial e hemoglicoteste, uso das fichas individuais, grupais, espelho e acompanhamento, avaliação clínica de risco, exame físico específico das lesões de órgãos alvo, educação sanitária e atividades de promoção de saúde. Isto vai ser realizado no transcurso da primeira semana em três sessões diferentes de 1 hora de duração depois das 4 horas da tarde, pois isso vai permitir a incorporação progressiva de atividades e evitar sobrecargas aos profissionais

O cadastramento dos usuários será realizado pelas técnicas de enfermagem na sala de acolhimento ou nas atividades a serem realizadas nas comunidades, mediante o preenchimento da ficha de cadastro individual e coletivo. Além disso, será de fluxo contínuo e, realizada por qualquer profissional de saúde da unidade.

O acolhimento dos usuários será realizado diariamente, em todos os turnos de atendimento, por ao menos dois membros da equipe na área destinada para isso na unidade de saúde ou nas comunidades, onde será realizada a escuta inicial, a avaliação da prioridade e as primeiras recomendações e caso seja preciso, encaminhando para a consulta de enfermagem ou médica.

O atendimento clínico será realizado pelo médico nas consultas individuais no posto de saúde ou nas áreas destinadas nas comunidades,

mediante o exame físico, avaliação do risco cardiovascular, e revisão dos exames complementares. Realização de exames complementar, avaliação de saúde bucal, tratamento medicamentoso e atividades educativas individuais. A consulta de retorno será agendada e a consulta com o dentista, num total de quatro usuários por dia, e realizará atividades de promoção de saúde individualizadas. A enfermeira só fará atendimento clínico nas visitas e nas atividades grupais nas comunidades onde o atendimento será dividido, nas consultas no posto serão feitas pelo médico.

Realização de exames complementares, avaliação de saúde bucal, tratamento medicamentoso e atividades educativas individuais: neste caso o médico, na consulta, realizará os ECG e solicitará os exames necessários, os que serão realizados as segundas e a quartas férias, num total de 30 exames semanais. Agendará a consulta subsequente e a consulta com o dentista que realizará atividades de promoção de saúde individualizadas.

As visitas domiciliares serão realizadas pelo médico e/ou enfermeira juntamente a uma técnica de enfermagem, uma vez a semana, previa coordenação do ACS com a equipe e avaliando as possibilidades reais de visitas tais como disponibilidade de transporte, distancia a recorrer, etc. Foi implementado um sistema de visitas às comunidades em conjunto com as igrejas e as associações comunitárias, semanalmente, onde a equipe vai realizar atividades grupais e atendimentos individualizados e os agentes comunitários levam os casos faltosos ou que precisam avaliação, temos uma expectativa de aproximadamente 15 casos semanas.

A busca dos faltosos será realizado pelos ACSs nas visitas domiciliares consequentes e serão agendadas as visitas ou consultas na reunião mensal, onde se analisaria de forma conveniente se vai ser visita ou consulta

As atividades coletivas serão realizadas nos centros comunitários das comunidades uma vez a semana onde a enfermeira ou o médico fazem as palestras e nas salas de espera dos usuários, onde as técnicas de enfermagem dão orientações gerais sobre as doenças. Atualmente são combinadas ambas as atividades, pois são feitas atividades nas comunidades e ao mesmo tempo atendimento nos grupos específicos, pois são feitas atividades do programa Infância melhor, Idosos, Gestantes.

Semanalmente, o monitoramento e avaliação dos dados será realizado pelo médico e enfermeira. Os dados serão consolidados na ficha eletrônica fornecida pelo curso e de forma mensal se analisará os resultados com a equipe na reunião mensal.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A Capacitação e treinamento da equipe foram realizados integralmente em dois momentos, pois o treinamento dos ACS foi preciso fazer na segunda semana, devidos aos atrasos no começo da intervenção. As outras capacitações foram realizadas conforme o cronograma, com ajuda da odontóloga e da enfermeira da equipe.

O Cadastramento dos usuários foi realizado integralmente. Não tivemos dificuldades, pois a equipe trabalhou muito para atingir as metas planejadas, foi fundamental o apoio e dedicação dos ACS.

O Acolhimento dos usuários foi realizado integralmente por todos os membros da equipe. Contamos ainda com o apoio do gestor e o secretário de saúde que engajaram a equipe a fazer realidade o lema do município: "as pessoas em primeiro lugar", e integramos pela primeira vez no município o acolhimento do usuário com mais de um profissional.

O Atendimento clínico foi realizado integralmente. Foi a ação mais difícil da intervenção, pois para a realização da avaliação do risco pelo score de Framingham é preciso o exame de laboratório específico do HDL-colesterol, que no convênio da prefeitura não era realizado de forma gratuita para o usuário, o que gerou inicialmente certa dificuldade. Com a ajuda do secretário de saúde conseguimos a autorização pela prefeitura e foi realizado um novo convênio, o que nos mostrou o esmero das autoridades e a vontade de nos ajudar. O resto foi realizado sem nenhum problema. Foi disponibilizado um transporte para o traslado dos usuários para a coleta de amostra de exames e avaliação odontológica.

A busca dos usuários faltosos foi realizada integralmente. No início da intervenção, achávamos que seria o nosso grande problema, mas com a revisão dos

registros individuais, foi fácil definir que a maioria dos usuários era avaliado por algum médico com uma frequência inferior a 3 meses e só um estava fora do preconizado pelo protocolo.

As visitas domiciliares também foi uma ação realizada integralmente. Foram realizadas um total de 36 visitas domiciliares a usuários que não podiam se movimentar até a unidade de saúde, o que foi reduzido paulatinamente após incorporar o transporte para os usuários do programa.

As atividades coletivas foram realizadas parcialmente. A maior dificuldade consistiu pelo fato de que a intervenção foi realizada em uma época de muitas chuvas e, aqui no interior, as estradas ficam praticamente intransitáveis sendo difícil para os usuários se deslocarem até os locais das atividades. Entretanto, cabe ressaltar que as comunidades já possuem o cronograma de visitas previstas até o final do ano. Nas comunidades realizadas, fomos recebidos com muito carinho e contamos sempre com o apoio dos líderes das comunidades e municipais em algumas ocasiões.



Figura 1.Atividade na comunidade da Batinga Alta, junto ao secretário de saúde.



Figura 2. Atividade na comunidade de Encrucilhada Bela Vista.



Figura 3. Atividade na comunidade de Saltinho 2.

As reuniões de equipe foram realizadas integralmente. Não houveram dificuldades nesta ação, visto ser uma ação já realizada anteriormente à intervenção. Foi implementada de forma permanente a reunião às terças-feiras das 16 às 17 horas, semanalmente.



Figura 4. Reunião com a equipe.

Avaliação e monitoramento das ações foi uma ação também realizada integralmente. Sem dificuldades, foi realizada pelo médico e pela enfermeira, que quer se superar e aprender o máximo possível qualificando a assistência prestada à comunidade.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas foram desenvolvidas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Em relação à coleta de dados, registros e planilhas não tivemos problemas, pois as dúvidas foram sempre sanadas. Na primeira semana todos conheciam como trabalhar nas planilhas e na ficha espelho. A maior dificuldade foi na planilha eletrônica, pois a enfermeira não tinha conhecimentos do uso do Excel. Dado curioso: numa semana da intervenção perdi o pendrive com todas as informações e aos 5 dias uma usuária veio me devolver pois o neto tinha achado!!! Fiquei surpreso, isso nunca tinha acontecido antes!!! Agradei a boa vontade da família, que hoje são grandes

amigos. No cálculo dos indicadores foram utilizados os dados reais da unidade de saúde confirmados pelos ACS no transcurso da intervenção.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Até agora todo o trabalho desenvolvido pela equipe foi desenhado para que fosse incluso na rotina do serviço, e o será, pois, todo o sistema já está desenhado e funcionando perfeitamente. Ainda devem ser melhorados fundamentalmente o enfoque de alguns médicos que trabalham na UBS, pois brindam atenção assistencial pura e isso vai em detrimento da qualidade do atendimento e do interesse dos mesmos a continuar. Uma preocupação é que com a mudança do secretário de saúde e da coordenadora da UBS também mudem as ideias e valores e, portanto, que nosso novo sistema de assistência integral ao usuário seja “jogado no lixo”.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção buscou melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus da área de abrangência da UBS Rio dos Índios. A equipe tem cadastrada e acompanha uma população total de 3316 pessoas. Dos quais, 2291 são maiores de 20 anos, sendo que 573 têm hipertensão e 89 diabetes, segundo os dados resultado do cadastramento realizado pelos ACS os que foram utilizados como base para os cálculos dos indicadores.

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

Meta 1.1. Cadastrar 40% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Os agentes comunitários da saúde mapearam 573 hipertensos na área da UBS. Com um total de 246 hipertensos com 20 anos ou mais acompanhados no programa de atenção à HAS atingimos 42,9%, superando a meta inicial. A distribuição por cada mês da intervenção foi, respectivamente, 75 (13,1%), 147 (25,7%) e 246 (42,9%) usuários hipertensos.

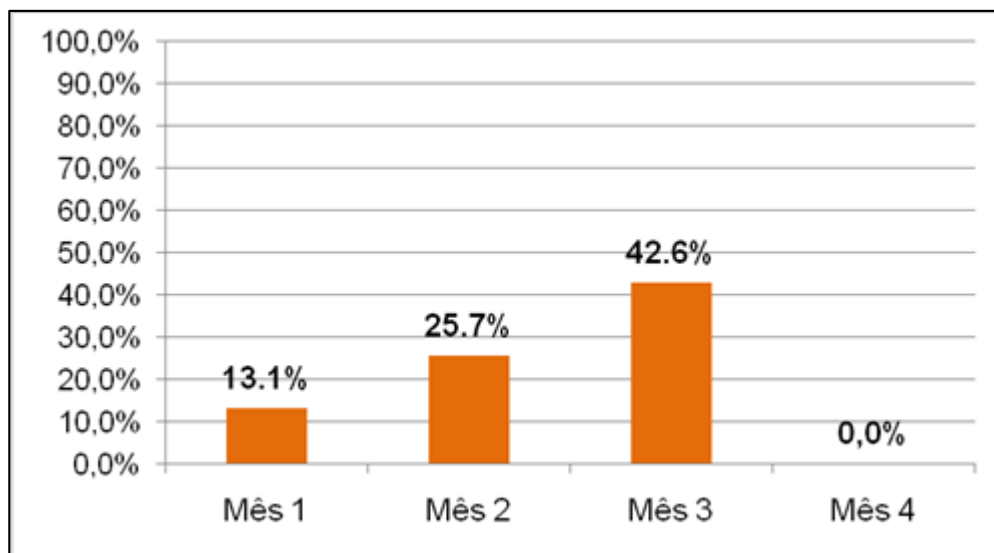


Figura 5. Gráfico de cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. Rio dos Índios/RS. 2015.

Meta 1.2. Cadastrar 40% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Foram mapeados 89 diabéticos na área de abrangência da UBS. O número total de acompanhados foi de 63 usuários, o que representa 70,8% dos usuários, o que supera significativamente a meta inicial de 40%. A distribuição por meses foi de 12 (13,5%), 32 (36,0%) e 63 (70,8%) usuários respectivamente.

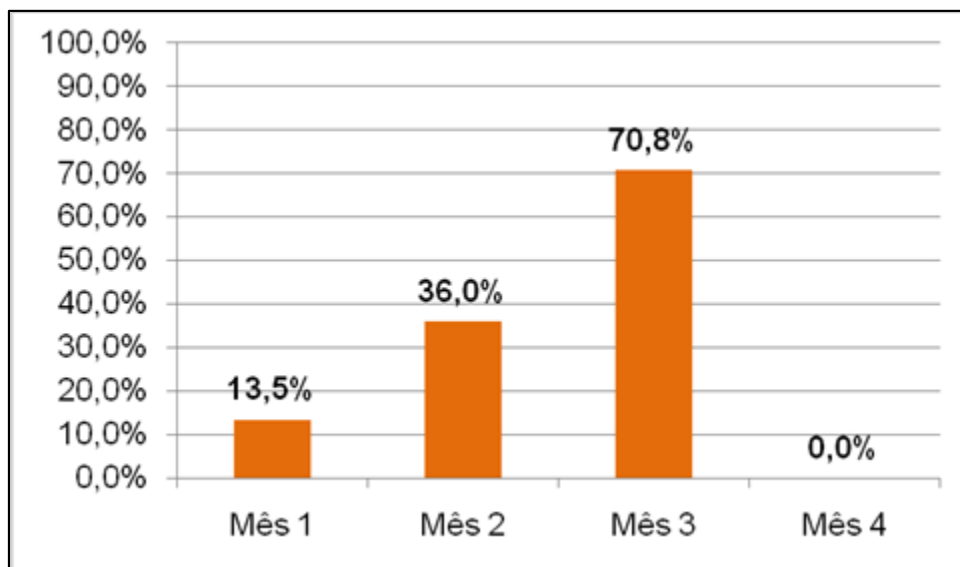


Figura 6. Gráfico de cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. Rio dos Índios/RS. 2015.

Avaliação Qualitativa dos Indicadores de Cobertura:

Antes do início da intervenção, as metas de cobertura estimadas para o Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus foram definidas em 40% durante reunião entre os profissionais da equipe, sendo uma estimativa do fluxo diário e semanal destes usuários. Conforme é possível observar nas figuras 1 e 2, as metas foram alcançadas e ainda superadas pelo intenso trabalho da equipe de saúde e dos ACSs da UBS, que mapearam toda a área durante a intervenção.

A partir dos indicadores avaliados, é possível observar que melhoramos progressivamente ao longo das semanas. Isso demonstra o comprometimento da equipe em melhorar a cobertura do programa e o atendimento ao usuário ao longo de cada mês com uma melhor qualidade de atenção.

Os indicadores de cobertura do programa de atenção aos usuários com hipertensão e diabetes nos permitem conhecer o comportamento das doenças na área de abrangência, e com a intervenção pudemos fazer o atendimento de cada pessoa de forma integral, o que proporcionou uma melhor avaliação da sua saúde. A ajuda do gestor, de líderes comunitários, da própria população e o trabalho bem organizado da equipe contribuiu para alcançar este resultado. É importante ressaltar o trabalho realizado pelos ACSs, que num esforço extraordinário mapearam 100% da população com o objetivo de que os dados fossem reais e pudéssemos atingir as metas previstas.

Graças ao ritmo admirável de trabalho foi possível superar a meta planejada no início da intervenção.

É conhecido que a maioria das pessoas com diabetes também são hipertensas, logo, foram atendidas por apresentar as duas doenças. E foi no terceiro mês onde esses usuários foram majormente atendidos, graças à divulgação e ao impacto da intervenção e ao trabalho da equipe em especial dos ACSs. A intervenção foi incorporada à rotina da unidade, e as ações planejadas continuam acontecendo na unidade de saúde.

Indicadores que se mantiveram em 100% durante os três meses de Intervenção:

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

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

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

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

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

Para os indicadores de qualidade em relação ao exame clínico destes usuários, foram estabelecidas metas de 100%. No programa de atenção à HAS o número de usuários que realizaram exame clínico apropriado ao longo da intervenção, no primeiro, segundo e terceiro mês foi, respectivamente, 75 (100%), 147 (100%) e 246 (100%). No programa de atenção à diabetes, os resultados obtidos foram 12 (100%), 32 (100%) e 63 (100%), no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente.

Durante toda a intervenção foi priorizada a qualidade das consultas, sendo realizado um exame físico completo e fornecendo um atendimento integral, contínuo e organizado nas consultas, segundo o protocolo adotado. Esta ação não apresentou inconveniente e foi possível graças ao trabalho dos médicos da UBS, que estavam sempre levando o protocolo nas consultas realizadas.

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

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

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

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

Os 100% dos Hipertensos realizaram os exames complementares, e a distribuição por mês foi, respectivamente, 75 (100%), 147 (100%) e 246 (100%). Em relação aos diabéticos, os resultados obtidos foram 12 (100%), 32 (100%) e 63 (100%), respectivamente.

A meta de garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia, de acordo com o protocolo, foi alcançada. Pois na reunião com o gestor e secretário de saúde prévia ao começo da intervenção foram definidos os exames padrão a serem realizados, incluídos o HDL - colesterol, que não era conveniado e é muito importante para poder realizar a avaliação do risco pelo score de Framingham. Além disso, foi conveniado com o bioquímico o total de 50 exames padrão duas vezes na semana, e que os resultados estivessem prontos em até 72 horas, o que permitiu que não tivéssemos atrasos.

A estratégia de indicar os exames padronizados aos usuários atendidos pela enfermeira, nas visitas domiciliares e em visitas dos usuários a UBS por outras causas antes do atendimento influiu positivamente no cumprimento das metas. Além disso, o apoio da Secretaria Municipal de Saúde e da Prefeitura na contratação de bioquímicos para a realização dos exames clínicos apropriados e solicitados no protocolo foram fundamentais para o sucesso dos indicadores, pois alguns exames indispensáveis não eram realizados de forma padronizada.

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

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

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

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

O maior impacto na população provocado pela intervenção, foi a prescrição de medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA, pois ao ser uma população rural de baixo nível aquisitivo, a troca da medicação para básicos e com o mesmo efeito, e ocasionalmente melhor, melhorou a qualidade de vida da maioria deles, e evitou o deslocamento a outros municípios para a aquisição da medicação, pois contamos com uma pequena farmácia privada e a da unidade de saúde. Ainda tem pessoas que acreditam que só os medicamentos caros são bons, mas com o tempo e com o trabalho diário vamos conseguir que a maioria faça uso de medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA. No transcurso da intervenção, o número de hipertensos atendidos e com prescrição de medicamentos da farmácia popular foi, respectivamente, 75 (100%), 147 (100%) e 246 (100%) usuários. Em relação aos diabéticos, foram 12 (100%), 32 (100%) e 63 (100%), respectivamente.

O principal problema a ser resolvido é em conjunto com os médicos mais antigos que trabalham no município e indicam medicamentos que não são genéricos e que os usuários não podem conseguir na farmácia popular, o que leva ao usuário a comprá-los quando puder e muitas vezes a não tomar os remédios por não ter a possibilidade de comprá-los, o que pode vir a provocar complicações. Para alcançar isto, é indispensável manter o trabalho de conscientização com os usuários e a comunidade, mudando a forma de pensar, e mostrando os benefícios de uma terapêutica adequada.

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

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

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

Indicador 2.8. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

A avaliação da necessidade de atendimento odontológico aos usuários hipertensos foi de 100% nos três meses da intervenção: 75 (100%), 147 (100%) e 246 (100%), respectivamente. Para os usuários diabéticos, tivemos 12 (100%), 32

(100%) e 63 (100%) mensalmente. O apoio oferecido pela secretária de saúde e pela prefeitura para o cumprimento da intervenção tem sido de muita importância, com a contratação de mais dois dentistas a tempo hábil para o atendimento final dos usuários avaliados na intervenção é que precisaram tratamento pois com uma única dentista não teria sido possível. Isso vai associado ao profissionalismo e entrega dos dentistas na qualificação da atenção a estes usuários.

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

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

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

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

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

A meta de buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada foi alcançada. Apenas um usuário hipertenso faltou à consulta e recebeu, portanto, a busca ativa no primeiro mês. Inicialmente achávamos que teríamos sérias dificuldades neste aspecto, mas o controle dos usuários e as visitas domiciliares implementadas pela equipe permitiram o sucesso alcançado. Os resultados têm a resposta de uma equipe de saúde que trabalha muito unida e onde os ACSs constituem a ponte de acesso entre o usuário e a equipe. Em relação aos diabéticos, nenhum usuário faltou à consulta nos três meses de intervenção. Sendo assim, o gráfico permaneceu em 0% nos três meses de intervenção.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

Quanto à proporção de usuários hipertensos e diabéticos que tiveram seu registro adequado na ficha de acompanhamento alcançamos o percentual de 100% durante os três meses de intervenção. Isto foi devido ao desempenho de todos os integrantes da equipe que preencheram junto com as técnicas de enfermagem todas as fichas sem atraso nos registros, bem como dos médicos que adotaram a ficha espelho como registro específico destes acompanhamentos. O trabalho feito pela enfermeira e pelo médico fazendo todas as anotações e supervisionando o trabalho uma vez por semana, permitiu analisar os dados todas as semanas antes de serem levados na Planilha Eletrônica, de forma que não surgiram atrasos nem faltaram dados dos usuários, que sem dúvida levou a estes resultados.

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

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

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

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

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

Foi necessário fazer o mapeamento da estratificação do risco cardiovascular tendo como meta 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. O que foi um grande desafio, pois não era realizada na consulta por nenhum médico, e para realizar o escore de Framingham não contávamos com o HDL colesterol. Com a ajuda do gestor e dos outros médicos conseguimos realizar a estratificação do risco cardiovascular a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos. Foi conveniado que em todas as consultas iniciais, os médicos indicariam os exames para o controle de risco cardiovascular provendo assim um atendimento integral,

contínuo e organizado nas consultas. A maioria dos usuários têm como costume solicitar sempre exames para controle uma vez ao ano.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

Foram realizadas ações educativas com a intenção de garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos. Estas atividades foram cumpridas para 100% destes usuários dos dois grupos, mesmo nos grupos de HIPERDIA, quanto nas consultas individuais e nas atividades com a comunidade. Durante a intervenção, contamos com pouca ajuda de nutricionistas, mas a equipe ficou responsável de garantir essa tarefa. Sendo assim, realizamos palestras sobre alimentação saudável, orientamos nos acolhimentos, nas consultas individuais e até fizemos uma entrevista na rádio local sobre nutrição e saúde. O esforço conjunto permitiu cumprir estas duas metas.

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

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

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

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

Durante a intervenção, 100% dos usuários hipertensos e diabéticos receberam orientações em relação à prática regular de atividade física. No transcurso da intervenção, contamos em algumas ocasiões com educadores físicos que

brindaram o apoio em atividades nas comunidades e com os grupos de HIPERDIA. Além disso, diariamente, cada membro da equipe fez sua parte orientando em cada espaço sobre a importância da atividade física. Fizemos palestras nas salas de espera, oferecíamos orientações nos acolhimentos e nas consultas individuais. O cumprimento da meta, sem apresentar inconvenientes, é mais um indicador da união e o engajamento da equipe.

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

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

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

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

Quanto às orientações sobre os riscos do tabagismo, tivemos como metas garantir a orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos, as quais foram integralmente cumpridas. Conhecendo que o hábito de fumar é um dos mais difíceis de abandonar definitivamente pelo alto grau de recaídas em pouco tempo, podemos dizer que a maioria dos usuários sente vontade de abandonar o vício, mas contam com pouco apoio institucional. Este fato associado a tradições e fatores de índole social, fazem com que seja difícil alcançar um resultado muito favorável quanto ao abandono. Durante a intervenção, criamos um grupo de tabagismo para estes usuários e foram realizadas atividades de orientação em grupo na UBS, palestras nas comunidades, nos grupos do Programa de Hipertensão e Diabetes e também orientamos durante todas as consultas individuais.

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

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

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

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

Em relação a meta de garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos e hipertensos cadastrados na unidade de saúde é importante ressaltar que com o apoio da dentista, que foi a profissional mais empolgada na intervenção, e a contratação de mais dois profissionais, foram realizadas atividades coletivas de orientação nas comunidades, nos grupos do Programa de Hipertensão e Diabetes, na sala de espera, nos atendimentos individuais e pela entrevista na rádio local e capacitação da equipe para estas orientações. No transcurso da intervenção, foram cumpridas as metas de 100% dos usuários diabéticos e hipertensos.

4.2 Discussão

Durante a intervenção realizada nossa UBS focada nos indivíduos hipertensos e diabéticos, e com uma redução de 4 semanas do planejado, acredito que conseguimos alcançar os objetivos em relação à cobertura e melhoria do atendimento destes usuários. Atingimos a meta de 42.9% dos hipertensos cobertos e 70.8% dos diabéticos. Graças aos esforços dos integrantes da equipe alcançamos excelentes valores em relação aos exames clínicos em dia, assim como também orientação nutricional sobre alimentação saudável, à prática regular de atividade física, os riscos do tabagismo e higiene bucal, as que foram realizadas no 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados. Foram muitos os fatores positivos obtidos com a intervenção, incrementando a dinâmica da UBS, desde a porta de entrada, triagem e orientações, ampliando da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, melhorando os registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação dos exames laboratoriais, a realização do teste de glicemia, o eletrocardiograma, e na hora da consulta a avaliação dos pés dos diabéticos e a avaliação de risco de ambos os grupos. Os níveis de aceitação do projeto da população e da equipe foram muito bons.

O planejamento da intervenção foi realizado com a intenção de que fosse incluso na rotina do posto e que toda a equipe estivesse envolvida no processo de trabalho durante toda a intervenção, o que exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes, promovendo o uso do protocolo de atendimento por todos os integrantes da equipe. Esta atividade

propicia o trabalho em equipe dos médicos, da enfermeira, os odontologistas, das técnicas de enfermagem, os ACSs, e o resto do pessoal da UBS.

Prévio ao início da intervenção as enfermeiras e as técnicas de enfermagem passaram por um treinamento e conhecimento do manejo das doenças do programa para poder fazer o correto uso dos registros e da ficha espelho e o manejo dos usuários de alto risco que tem prioridade de atendimento. Os ACSs foram de vital importância na divulgação do projeto, na busca de usuários e na coordenação de consultas e visitas a aqueles mais necessitados. Os médicos fomos os que tivemos maior contato com os usuários participantes da intervenção, éramos nós os que durante o atendimento clínico descrevíamos a evolução do tratamento que os usuários estavam fazendo, registrando tudo no sistema. A maioria das atividades coletivas foram feitas nas comunidades, mas como nem toda a população da área participavam das ações, também foram feitas na sala de espera, nas visitas domiciliares e nas atividades com o grupo do Programa de Hipertensão e Diabetes. Isto acabou tendo impacto também em outras atividades do serviço, pois depois de cada atividade os usuários que precisavam de atenção odontológica, psicológica e de nutrição eram encaminhados para agendar consulta com os profissionais nos horários destinados para os usuários do programa, especialmente os odontologistas que trabalharam em conjunto durante toda a intervenção, pois estavam sempre dispostos a priorizar o atendimento aqueles usuários que estavam sendo acompanhados no Programa. A recepcionista foi responsável por organizar os usuários que estavam chegando e que precisavam passar pelo acolhimento antes da consulta médica, o que era realizado por uma técnica de enfermagem e outro Profissional. Muitas vezes a equipe toda participou desses acolhimentos e fez atividades educativas enquanto os usuários esperavam consulta. Para aqueles usuários que não podiam chegar até a UBS por causa da idade ou dificuldade de locomoção, as ACSs coordenavam as visitas domiciliares e a equipe fazia a avaliação no próprio domicílio, tomando as devidas providências no momento.

Antes do começo da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram na maior parte concentradas nos médicos; somente focadas na consulta clínica, e aqueles usuários que tivessem pressão arterial ou glicose muito alta, deviam esperar igual a qualquer outro para ser atendido pelo médico e ser medicado. Os médicos não faziam visita domiciliar, os que precisarem deviam ser encaminhados ao hospital, não existiam controles ou registros e não tinha ninguém

responsável em fazer a busca ativa aos faltosos, ficava a vontade do usuário a procura do atendimento. Dessa forma, a intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção à um maior número de pessoas, de forma que todos da equipe participam e não deixam ninguém sobrecarregado com muitas atribuições. A melhoria do registro e o agendamento dos Hipertensos e Diabéticos viabilizaram a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos. Os conhecimentos adquiridos pela equipe já mostram resultados positivos e está sendo colocado em prática e é usado para uma melhor organização na UBS. Os usuários que chegam com exames laboratoriais com alguma alteração, a equipe do acolhimento já identifica e comunica ao médico responsável pelo atendimento. O desenvolvimento da intervenção facilitou que a equipe ficasse mais perto dessas famílias e usuários cadastrados no programa e que fosse melhor valorizado o trabalho dos ACS.

O impacto da intervenção nas comunidades já foi bem reconhecido tanto pelas autoridades, pelos líderes comunitários e pelos usuários. O maior exemplo é nas visitas domiciliares, pois os usuários e os familiares ficam muito agradecidos quando são visitados nas casas, sendo uma novidade para eles, pois nunca foi realizado por outro médico de forma gratuita, além disso observamos o incremento dos usuários nas atividades nas comunidades e nos grupos, incluídos usuários não doentes, pois falamos dos fatores de risco e as complicações mais comuns, assim como prevenir as, além disso respondemos as perguntas e tiramos as dúvidas já que percebemos que eles gostam de saber mais sobre suas doenças.

Nosso público alvo, já demonstram satisfação com a prioridade e a qualidade no atendimento, porém a equipe sempre alerta sobre importância dos agendamentos. Durante esses 3 meses, tivemos uma boa cobertura, e a cada dia a ampliação da cobertura do programa de hipertensos e diabéticos é maior.

Todo projeto novo traz consigo muitas dúvidas e sempre conta com pessoas que não acreditam nos possíveis resultados por tanto não se engajam quanto quiserem, e as dificuldades afrontadas no transcurso fiz com que tivéssemos que realizar ajustes acordos a realidade da UBS. Mais com o tempo e os resultados a equipe reconhece a importância que a intervenção teve e todos tem interesse em dar continuidade, mas reconhecemos que poderia ter sido mais fácil se desde a análise situacional todos tivessem se comprometido em ajudar a intervenção como fizeram a

partir do primeiro mês. Também destinaria um pouco mais de tempo na elaboração do projeto, envolvendo mais a equipe, proporia metas mais elevadas, e seria mais firme na organização e cumprimento das atividades. Teria dedicado mais tempo ao treinamento da equipe, especialmente aos ACSs e teria dado maior responsabilidade ao resto da equipe no desenvolvimento do projeto.

Hoje temos conhecimento da importância em continuar e expandir este trabalho, pois temos todas as condições materiais e humanas para isso e dessa forma conseguir incorporar a intervenção a rotina do serviço ao 100%.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Devemos fazer algumas mudanças em ampliar as atividades nas comunidades e em grupos específicos (idosos, grávidas, tabagismo, etc.). Vamos solicitar melhorias quanto a disponibilidade de carros para movimentar a equipe, incluída a equipe de saúde bucal, para as visitas domiciliares a usuários que não conseguem se locomover até a UBS. Manter altos os níveis de engajamento da equipe e dar o melhor de nós no trabalho dia a dia para melhorar a saúde da população.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

Sr. Secretário Municipal, de Saúde Vanderlei Antunes Pinto:

O meu nome é Jorge Osmany Rodriguez Zaldívar e desde o dia 16 de março do 2014 fui designado, através do projeto Mais Médicos para o Brasil, para trabalhar na Unidade Básica de Saúde de Rio dos Índios/ Rio dos Índios/RS como médico de medicina familiar, com o objetivo principal de melhorar os níveis de atendimento e da saúde da população. Conforme nosso contrato de trabalho, com o apoio da Universidade Federal de Pelotas e o esforço da equipe, foi realizada uma análise sobre a situação das principais doenças no município.

Durante 12 semanas, no período de abril ao junho de 2015, em nossa UBS foi desenvolvida uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde da pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus. Esta foi realizada por meio da especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas. A equipe escolheu o foco das doenças crônicas não transmissíveis, por ter encontrado falhas no programa de atendimento, acompanhamento e cobertura da Hipertensão e Diabetes, e dessa forma poderia avaliar o comportamento delas no município.

Já nas primeiras reuniões da equipe tínhamos feito uma análise demonstrando a necessidade de seguir o protocolo preconizado a ser implantado conforme as recomendações do Ministério da Saúde e foram recomendadas um conjunto de metas e ações com um cronograma de execução de 12 semanas.

Durante o processo da intervenção, a equipe, com o senhor à frente, demonstrou engajamento e união no trabalho para dar solução às dificuldades apresentadas e sempre com o objetivo de melhorar a qualidade da saúde da nossa população. Nas 12 semanas da intervenção, conseguimos uma adesão de 246 hipertensos e 63 diabéticos, todos assistidos conforme o preconizado no protocolo do Ministério da Saúde.

As metas foram alcançadas. Foi possível a integração dos usuários ao programa farmácia popular/hipertensão, pois, apesar da falta de envolvimento de alguns médicos do município no sentido de não indicarem outros medicamentos da farmácia popular, num trabalho conjunto da equipe, fazendo um trabalho educativo, explicamos aos usuários a importância dos medicamentos da farmácia popular, especialmente àqueles que não acreditam nestes medicamentos.

Hoje contamos com uma cobertura de atenção ao usuário hipertenso de 42,9% (246) e com os usuários diabéticos 70,8% (63). Todos os usuários hipertensos e diabéticos tem os exames complementares em dia conforme o protocolo, tiveram sua estratificação de risco cardiovascular realizada, o que foi conseguido graças ao seu apoio. Os ACSs realizaram busca ativa de usuários faltosos e com impossibilidade de se movimentar até a unidade de saúde. Acredito que cada dia vamos avançando de forma a atingir um maior número de usuários.

O atendimento hoje é centrado no agendamento para os atendimentos pelo programa, além dos atendimentos de demanda espontânea e as urgências. O nosso maior objetivo é diminuir com cada consulta os riscos, fazer uma saúde preventiva e não curativa, e melhorar a qualidade do atendimento da população.

Temos um desafio muito importante daqui na frente, que é manter e melhorar o trabalho desenvolvido até agora. A equipe agradece o apoio total do Sr. Secretário da Saúde e dos demais atores comprometidos em melhorar os níveis de saúde do município, inclusive os usuários que colaboraram durante a intervenção. Em um futuro, tentaremos incorporar outros programas para levar atenção integral e especializada a outros grupos da nossa área de abrangência.

Fazendo uma análise integral, todas as tarefas desenvolvidas até hoje foram muito importantes e estamos sempre dispostos a dar o melhor de nós, com o objetivo de melhorar a atenção Primária da nossa unidade de saúde. Entretanto, para que isso seja possível e constante, necessitaremos do apoio, participação e engajamento de você e de todos os atores envolvidos, para oferecer um serviço de maior qualidade a fim de melhorar a saúde da população.

4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade

Caros usuários da UBS do Rio dos Índios:

O meu nome é Jorge Osmany Rodriguez Zaldívar e desde o dia 16 de março do 2014 estou trabalhando na Unidade Básica de Saúde de Rio dos Índios/ Rio dos Índios/RS como médico de medicina familiar, pelo Programa Mais Médicos para o Brasil, com o objetivo principal de melhorar os níveis de atendimento e da saúde da população. Neste ano, desenvolvemos uma intervenção com o apoio da Universidade Federal de Pelotas para qualificar a assistência prestada pela nossa unidade de saúde.

Durante 12 semanas, e depois de conhecer os principais problemas de saúde que afetam a população da nossa área, a equipe de saúde se propôs fazer um trabalho de intervenção, e resolveu trabalhar com as pessoas com hipertensão e diabetes. A ideia foi melhorar o atendimento como recomendado pelo Ministério da Saúde. Para isso, e com a ajuda dos ACSs, fizemos um levantamento de todas as pessoas com hipertensão e/ou diabetes da nossa comunidade. Além disso, capacitamos todos os membros da equipe.

Durante a intervenção foram cadastrados os usuários, atualizamos os dados dos medicamentos que são consumidos, orientamos sobre como fazer melhor uso da farmácia popular, solicitamos os exames preconizados no protocolo nacional, avaliamos os fatores de risco cardiovascular, e falamos sobre mudanças de estilos de vida, alimentação saudável, tabagismo, exercícios físicos, e foi realizada a avaliação odontológica. Além disso, foram planejadas e realizadas visitas aos usuários com dificuldade de locomoção até a unidade de saúde. Para priorizar estes usuários, começamos a agendar as consultas, para que eles pudessem ser atendidos sem muita espera, facilitando nosso trabalho no momento de acolhimento e na consulta.

No transcurso deste trabalho conseguimos avaliar melhor as pessoas com essas doenças e fazer atividades educativas sobre promoção e prevenção de saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida. Atendemos em 3 meses 270 pessoas com uma média de mais de 22 consultas por semana. O objetivo foi controlar as taxas da pressão arterial e nível de açúcar no sangue, promovendo mudanças no estilo de vida dos usuários.

Hoje temos uma equipe muito unida e melhor preparada para o atendimento priorizado por grupos, além de ter uma Unidade de saúde com boa estrutura física e recursos para realização dos atendimentos médicos.

Ao final da intervenção alcançamos nossos objetivos. Estes foram apresentados para o gestor municipal, com a finalidade de expandir para os demais programas recomendados pelo Ministério da Saúde.

Nossa maior gratidão é para os usuários, pois foram os responsáveis pelos ótimos resultados obtidos, pois compareceram às consultas agendadas, tiveram boa adesão e interesse por um atendimento de melhor qualidade, e nós como equipe, ficamos mais comprometidos com o trabalho.

Em conjunto com a comunidade conseguimos manter várias atividades, mas, para que isso seja continuado, necessitamos do apoio e a participação de todos os envolvidos junto à equipe e ao gestor municipal. Sendo assim, pedimos a colaboração da comunidade na adesão dos programas desenvolvidos na UBS, que tem como objetivo elevar os níveis de saúde da nossa população.

5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Ao iniciar o curso, acreditava que o acesso ao curso de especialização em saúde da família iria me ajudar a conhecer as principais doenças e grupos de riscos presentes no município, além de todas as condições de saúde pública que a intervenção iria abordar para melhorar a saúde da minha população. O desenvolvimento da intervenção superou as minhas expectativas e me permitiu crescer não só como profissional senão também como indivíduo.

Na prática profissional primeiramente o curso me ajudou a melhorar a língua portuguesa, que permite uma melhor comunicação com os usuários e também na hora de ler e escrever, facilitando a leitura dos protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde do Brasil e o desenvolvimento dos documentos da intervenção. Também contribuiu para melhorar o trabalho em equipe, incrementando com o tempo a união e as relações profissionais e interpessoais, permitindo que todos ajudassem a fortalecer o trabalho. No início da intervenção, o trabalho ficou desorganizado, mas, com o desenvolvimento, dividimos as tarefas, e cada profissional ficou com uma responsabilidade, demonstrando que quando se trabalha em equipe o trabalho torna-se bem mais produtivo. Com as visitas domiciliares, conhecemos a realidade das condições de vida das pessoas da área de abrangência, onde é que moram, as vias de acesso, como se alimentam, qual é a forma de ingressos econômicos, pois elas foram muito importantes para realizar uma avaliação mais integral, e também permitiu conhecer melhor a população que frequenta a UBS.

Na conclusão da intervenção, posso dizer que consegui conhecer os principais problemas de saúde da minha área de abrangência e pude contribuir na melhoria dos atendimentos. Os principais aprendizados que tive ao longo da intervenção irão me acompanhar em toda a vida. Aprendi a conhecer o povo gaúcho com as tradições, umas boas e saudáveis (outras nem tanto), com o grande coração disposto a dar e receber carinho, que permitiu que nosso trabalho fizesse a diferença e fosse bem

aceito. Aprendi que o atendimento precisa sair do marco da UBS, chegando até as comunidades e as casas, mostrando o melhor de nós, para que se sintam confiantes e nos permitam acompanhá-los. Comprovei que para dar certo a intervenção, não adianta ter todos os recursos e se esforçar demais, pois se a equipe não estiver engajada e unida, o trabalho não vai ter continuidade. Ensinei e aprendi a ter perseverança e disciplina no trabalho com a finalidade de obter os melhores resultados.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, nº 36: Diabetes Mellitus. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, nº 37: Hipertensão Arterial Sistêmica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: Maio 2015.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B- Planilha de coleta de dados

2013_08_15 Coleta de dados HAS e DM [Modo de Compatibilidade] - Excel

ARQUIVO PÁGINA INICIAL INSERIR LAYOUT DA PÁGINA FÓRMULAS DADOS REVISÃO EXIBIÇÃO Entrar

L14

Indicadores HAS e DM - Mês 1																
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está cadastrado no Programa HIPERDIA?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em	O paciente realizou avaliação odontológica?	
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1- Sim	0 - Não 1- Sim	0 - Não 1- Sim	0 - Não 1- Sim	0 - Não 1- Sim	0 - Não 1- Sim	0 - Não 1- Sim	0 - Não 1- Sim	0 - Não 1- Sim	0 - Não 1- Sim	0 - Não 1- Sim	0 - Não 1- Sim	
1	1															
2	2															
3	3															
4	4															
5	5															
6	6															
7	7															
8	8															
9	9															
10	10															
11	11															
12	12															
13	13															
14	14															
15	15															
16	16															
17	17															
18	18															
19	19															
20	20															
21	21															
22	22															
23	23															
24	24															
25	25															
26	26															
27	27															

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

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