

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade à Distância
Turma 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes na
ESF Santo Antônio, Frederico Westphalen/RS**

Maria Silene Salado Borges

Pelotas, 2015

Maria Silene Salado Borges

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes na
ESF Santo Antônio, Frederico Westphalen/RS**

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

Orientadora: Rogéria Amaral dos Santos

Pelotas, 2015

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

B732m Borges, Maria Silene Salado

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes na ESF Santo Antônio, Frederico Westphalen/RS / Maria Silene Salado Borges; Rogéria Amaral dos Santos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

81 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Santos, Rogéria Amaral dos, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

À minha família.

Agradecimentos

À Deus por tudo o que ele tem me dado.

À minha família pelo apoio.

À minha mãe pela paciência e amor incondicional.

Aos meus amigos por sempre estarem presentes, no momento certo.

Todo mundo tenta realizar coisas grandes,
sem perceber que a vida é composta de coisas pequenas.

Frank A. Clark.

Resumo

BORGES, Maria Silene Salado. **Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes na ESF de Santo Antônio, Frederico Westphalen/RS.** 2015. 79f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

No Brasil as doenças cardiovasculares representam importante problema de saúde pública, pois é a primeira causa de morte no país. A Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus, doenças crônicas não transmissíveis, constituem-se os mais importantes fatores de risco para as doenças cardiovasculares. Este trabalho trata-se de uma intervenção realizada na Estratégia de Saúde da Família em Frederico Westphalen, no Estado do Rio Grande do Sul, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes. Foram estabelecidas metas e ações para serem desenvolvidas em 12 semanas. A equipe foi capacitada no começo da intervenção para conseguir o trabalho adequado. Foram cadastrados 232 hipertensos e 100 diabéticos, o que representou 36,3% de cobertura e 77,7%, respectivamente. A equipe atingiu 100% nas demais ações: realização do exame clínico apropriado, solicitação dos exames complementares estabelecidos pelo protocolo, prescrição dos medicamentos fornecidos pela Farmácia Popular, avaliação odontológica, busca ativa dos usuários faltosos à consulta, monitoramento do registro das informações, realização da estratificação do risco cardiovascular, realização de ações de promoção à saúde. O apoio da equipe e a receptividade da comunidade foi muito importante na realização desta intervenção. Finaliza-se assim que as atividades devem ser fundamentadas com o trabalho em equipe, contando com o apoio dos gestores, do envolvimento de todos os profissionais e participação dos usuários. Quando esta parceria acontece os resultados podem ser positivos, como foi nesta intervenção.

Palavras-chaves: atenção primária em saúde, saúde da família, doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão.

Lista de Figuras

- Figura 1 - Gráfico de cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Santo Antônio. Frederico Westphalen/RS, 2015.61
- Figura 2 - Gráfico de cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Santo Antônio. Frederico Westphalen/RS, 2015.61

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Conselho Municipal de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
EaD	Ensino à Distância
ESF	Estratégia da Saúde da Família
e-SUS	SUS Eletrônico
ETE	Escola Técnica
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
INCA	Instituto Nacional do Câncer
HIPERDIA	Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
RS	Rio Grande do Sul
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISCOLO	Sistema de Informação em Saúde para Acompanhamento do Câncer de Colo de Útero
SISPRENATAL	Sistema de Informação para Acompanhamento do Pré-Natal
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
URI	Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	21
2 Análise Estratégica.....	23
2.2 Objetivos e metas.....	25
2.2.1 Objetivo geral	25
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	25
2.3 Metodologia	27
2.3.1 Detalhamento das ações.....	27
2.3.2 Indicadores.....	43
2.3.3 Logística	49
2.3.4 Cronograma	54
3 Relatório da Intervenção	56
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	56
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	58
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	59
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	59
4 Avaliação da intervenção	60
4.1 Resultados	60
4.2 Discussão.....	68
5 Relatório de intervenção para os gestores	71
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	73
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	74
Referências.....	75
Anexos.....	76

Apresentação

O presente trabalho teve como objetivo geral melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes na Unidade Básica de Saúde (UBS) Santo Antônio, no bairro Santo Antônio, no município de Frederico Westphalen, estado Rio Grande do Sul (RS).

Na primeira seção, está descrita a análise situacional, apresentando o município ao qual pertence à unidade em questão, a descrição da unidade e uma análise das ações programáticas desenvolvidas na unidade.

Na segunda seção, apresenta-se a análise estratégica, contendo os objetivos, as metas, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, os indicadores, a logística e o cronograma.

O relatório de intervenção compõe a terceira seção, relatando-se as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e as que não foram, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados e, por fim, uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

A quarta seção consiste na avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados. Na quinta seção está o relatório da intervenção para os gestores e na sexta seção o relatório para a comunidade.

A seção sete inclui uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Constam ainda as referências e anexos do trabalho.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Desde tempos antigos, existe a controvérsia se a medicina é uma ciência, uma arte ou um ofício. No entanto, a chamada Revolução Industrial, século XVIII, na Inglaterra, favoreceu o surgimento de grande quantidade de aportes científicos que propiciaram a transformação da medicina de uma arte quase pessoal em uma ciência baseada e sujeita a leis de caráter objetivo, de comprovação necessária, focada na formulação e comprovação de hipóteses, aplicando os melhores procedimentos para o diagnóstico e a terapêutica, incluindo promoção e prevenção, para a pessoa, família e comunidade. Devemos lembrar que do mesmo jeito que o médico da família procura o usuário, o usuário dirige-se ao médico na procura não só da ciência, se não da segurança e confiança em uma pessoa à que concede a capacidade para resolver seu problema de saúde. Essa pessoa tem adquirido essa capacidade por meio do estudo e o conhecimento da ciência e a técnica assentada no serviço do indivíduo, a família e a comunidade. No final a medicina é uma ciência cheia de incertezas e uma arte cheia de possibilidades.

Meu nome é Maria Silene Salado Borges, médica cubana do Programa Mais Médico para o Brasil. Trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF) II Santo Antônio, que está localizada no bairro do mesmo nome, no município Frederico Westphalen/RS. É uma UBS jovem por que foi construída há mais ou menos três anos. É uma UBS urbana e tem vínculo com o Sistema Único de Saúde (SUS) com o modelo de ESF. Temos um total de 2.883 usuários, sendo 1.335 usuários do sexo feminino e 1.548 usuários do sexo masculino. A equipe é composta por duas médicas, 1 enfermeira, 2 técnicas de enfermagem, 1 motorista, 1 recepcionista, 1 higienizadora e 5 Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Temos vinculação com unidades de ensino como a Universidade Regional Integral (URI) e a Escola Técnica (ETE). No município temos atenção especializada como traumatologia,

mastologia, oftalmologia e outras são oferecidas em municípios que ficam relativamente perto do nosso. São proporcionados serviços de transporte para estes usuários serem trasladados à estes municípios que são: Passo Fundo, Erechim e Tenente Portela. Não contamos com Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), o Núcleo de Apoio a Família (NASF) foi aprovado pelo Ministério da Saúde (MS), porém ainda não foi construído um local para seu funcionamento. Temos um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Também temos um hospital, uma clínica de fisioterapia e nove laboratórios.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Frederico Westphalen é um município brasileiro do estado do Rio Grande do Sul, é o maior município da microrregião do Médio Alto Uruguai. É dividido em três distritos, cada um tendo como sede uma área urbana definida em lei municipal. São eles: Sede do Município, Distrito do Castelinho e Distrito de Osvaldo Cruz. A área urbana do distrito Sede por sua vez é subdividida em 16 bairros, que são os seguintes: Centro, Aparecida, Barril, Barrilense, Distrito Industrial, Fátima, Ipiranga, Itapagé, Jardim Primavera, Panosso, Santo Antônio, Santo Inácio, São Cristovão, São Francisco de Paula, São José e Viaduto. A população total do município é de 30.251 habitantes. Conta com duas UBS tradicionais, cinco UBS com ESF e duas a serem implantadas. Não contamos com CEO no município e o projeto do NASF foi aprovado pelo MS, mas ainda não foi implantado. Contamos com um CAPS. Além disso, temos um hospital, uma clínica de fisioterapia e nove laboratórios, sendo que cinco deles são para exames de sangue, dois para exames radiográficos e dois para exames radiográficos especiais, tais como Tomografia Axial Computadorizada e Ressonância Nuclear Magnética.

A UBS Santo Antônio fica no bairro do mesmo nome, foi construída há pouco tempo, cerca de 3 anos. Abrange uma população de 2.883 pacientes, contando com uma equipe de saúde composta por: 2 médicas, 4 enfermeiras, 2 técnicas de enfermagem, 1 motorista, 2 recepcionistas, 1 higienizadora e 5 ACS. Temos vinculação com unidades de ensino, como a URI e ETE. A atenção especializada é oferecida em parte no município, e outras como traumatologia, mastologia, oftalmologia, fora deste, com os quais o município faz a coordenação para o traslado dos usuários em transporte oferecido pelo SUS. A nossa UBS é

urbana e tem vínculo com o SUS. Trabalhamos com o modelo de ESF. Em relação às faixas etárias, temos uma maior quantidade de homens 1.548, sendo 53,69% da população total. Menores de um ano são 45, de um a quatro anos 71, 273 de cinco a 14 anos, 229 de 15 a 19 anos, 1.857 de 20 a 59 anos e com mais de 60 anos 408.

O bairro Santo Antônio tem muitas subidas e ruas não asfaltadas. A UBS foi construída no alto da subida, ficando muito difícil o acesso das pessoas idosas, deficientes e que tenham alguma doença que dificulta o esforço físico. Para os usuários que moram longe da UBS é uma caminhada de subidas e descidas bem complicadas. Por isso, às vezes, os usuários preferem ser atendidos na outra UBS, pois não fica em lugar de difícil acesso. A UBS foi construída não levando em conta os usuários deficientes, não tendo banheiros adaptados para deficientes, não tem informações para pessoas com deficiências auditivas e visuais, ou que não saibam ler. Na hora da construção não se pensou nas barreiras arquitetônicas, tanto do terreno, quanto do prédio. A UBS foi construída sem levar em conta o plano padrão, poderia ser visto pelo espaço do terreno que não seria garantida a construção de todo o prédio, porque no momento da construção não tinham o conhecimento real da estrutura que deveria ser construída. Internamente a UBS tem uma estrutura boa, é nova, foi construída faz pouco tempo. As portas da frente são de vidro, bem amplas, contêm todas as informações necessárias para que os usuários saibam o horário de funcionamento da UBS. A recepção é bem ampla, fica bem no meio uma mesinha com livros sobre saúde, para que os usuários possam ler enquanto esperam. No balcão também tem panfletos que falam sobre prevenção de várias doenças e informações importantes sobre tuberculose, hanseníase e outras. Além disso, na recepção temos os banheiros para os usuários, um para cada sexo (feminino e masculino), dispondo de todo o material necessário. Próximo à recepção fica a sala de acolhimento dos usuários. É uma sala ampla e tem o instrumental necessário para esta tarefa, tais como esfigmomanômetro, estetoscópio, balança para adultos, glicosímetro e o computador. Depois da sala de acolhimento temos consultório médico, seguida da sala de curativos e outro consultório médico, em frente tem a sala da enfermeira e ao lado a sala da odontóloga, temos sala de almoxarifado e a sala de esterilização. Todas estas salas são pequenas, pois não apresentam as medidas padronizadas.

Depois, temos uma área restrita aos funcionários, onde fica a cozinha e os banheiros dos funcionários, um feminino e outro masculino.

Quanto ao equipamento médico da minha UBS, não existem alguns importantes para o trabalho, como o oftalmoscópio, régua antropométrica infantil. No caso do consultório odontológico, tem quase todo material, faltando a estufa/autoclave e material para o atendimento dos usuários com próteses. Não temos também projetor, muito importante para as palestras educativas, mas fazemos uso compartilhado com outra UBS. Nos falta ainda uma câmara filmadora, mas já fizemos a solicitação. Em relação à reposição de instrumentais, segundo o enfermeiro é encaminhado pedido para que seja trocado ou reformado. No caso da manutenção dos equipamentos, como esfigmomanômetros e balanças, é feita uma vez por ano.

A maioria dos ACS mora na comunidade que eles atendem, assim, muitas vezes nem precisam de carro para se deslocar, mesmo assim, o carro é disponibilizado para que seu trabalho seja feito corretamente. No caso dos materiais de consumo, temos suficientes para o trabalho, mas faltam alguns livros para crianças, que ajudem a sua compreensão de temas de saúde, muito importantes para satisfazer a curiosidade, por exemplo, sobre o corpo humano, enfim, para ensinar a eles questões importantes sobre saúde e, que sejam compreensíveis para a sua idade. Na questão de medicamentos temos muitos problemas por que temos falta de medicamentos básicos. Quanto ao trabalho na UBS, este é resumido na atenção médica e odontológica. Cada membro da equipe realiza seu trabalho, porém não tem pleno conhecimento das atribuições que cada um e da equipe na ESF.

A UBS Santo Antônio não tem excesso de demanda espontânea para problemas de saúde agudos, que precisem de atendimento imediato ou prioritário pela enfermeira e médico. O dentista tem dias específicos para trabalhar na UBS e nos outros dias, temos bem estabelecido um fluxo de encaminhamento para estes usuários. Na UBS tem informações e orientações sobre o funcionamento diário, atividades ofertadas e as agenda da equipe.

Temos uma sala específica, onde é realizado o acolhimento dos usuários sob-responsabilidade da enfermeira, com a escuta das demandas dos usuários e aferição dos sinais vitais, pressão arterial, temperatura, peso, estatura, etc. O acolhimento é feito em todos os dias de atendimento da UBS e em todos os turnos.

Sempre temos uma equipe de acolhimento trabalhando, o que não afeta o trabalho normal da UBS, mantendo-se visita domiciliar e grupos de saúde. Como a demanda não é muito grande, a equipe de acolhimento tem a possibilidade de realizar adequadamente o seu trabalho, sendo todas as necessidades dos usuários acolhidas. O tempo que os usuários demoram a serem atendidos oscila entre dez e quinze minutos. Às vezes são recebidos usuários com problemas agudos que precisam de atenção imediata, estes são atendidos no mesmo dia. Na UBS de Santo Antônio, tanto as médicas, quanto as enfermeiras oferecem atendimento às demandas espontâneas, o dentista também oferece, mas como não está na UBS todo dia, temos o fluxo estabelecido para este tipo de demanda. Não oferecemos serviço de prótese dentária, tratamento de canal, tratamento periodontal, cirurgias e lesões de mucosa.

Quanto à atenção à saúde das crianças, temos um total de 32 crianças menores de um ano, mas só é feita a puericultura para nove crianças, ou seja, 28% do total de crianças menores de um ano. As informações foram extraídas do Caderno de Ações Programáticas (CAP) disponibilizado pelo curso. Esta pouca porcentagem de atendimento na puericultura ocorre porque as mães que pertencem a nossa área de atenção procuram atendimento ou no médico privado, um pediatra, ou procuram outra UBS de saúde, por ser mais perto da sua casa, ou por conhecerem o médico. Essas mães não possuem conhecimento suficiente para saberem que o atendimento deve ser feito pela equipe da UBS pertencente a sua área de abrangência e nem quando atendidas como fora de área são informadas sobre isso. Também não existe comunicação entre as equipes das UBS para informar que tem alguma criança que pertence à área de abrangência da outra UBS, sendo atendida. O atendimento de puericultura é feito todos os dias da semana, em todos os turnos de funcionamento da UBS. Não temos crianças fora da área, sendo atendidas na UBS. O atendimento é feito pela enfermeira e pela médica, além do técnico de enfermagem. Depois da consulta de puericultura a mãe vai embora com a data da próxima puericultura. Além das consultas de puericultura temos demanda de crianças de até 72 meses de idade para atendimento de problemas de saúde agudos, algum deles pertencem a nossa área e outros não, mas igual são atendidos. Na UBS não temos excesso de demanda de crianças até 72 meses de idade para atendimento de problema de saúde agudo. Possuímos protocolo do MS de 2012, para atendimento de puericultura. Os protocolos mais

usados são: protocolo para encaminhamento para atendimento nas especialidades, para internação hospitalar e para serviços de pronto atendimento.

Em nossa UBS são desenvolvidas as seguintes ações no cuidado da saúde da criança: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de problemas de saúde bucal, de problemas de saúde mental, prevenção de anemia, de violência, promoção de aleitamento materno, de hábitos alimentares saudáveis, de saúde bucal, etc. Não possuímos sala de vacinas, porém esta ação é realizada na UBS central e também não realizamos o teste do pezinho, sendo realizado também na UBS central. Os atendimentos das crianças são registrados no prontuário clínico e no formulário específico da puericultura. Todos estes registros são guardados em um arquivo específico que costuma ser revisado uma vez por mês. É muito importante a revisão deste arquivo, porque são verificadas as crianças faltosas, se os registros estão completos, são identificados os procedimentos em atraso e é avaliada a qualidade do programa. A médica e enfermeira são as encarregadas da revisão. Em cada atendimento a caderneta da criança é solicitada e são preenchidas com dados atuais. Nesta consulta é explicado para a mãe as curvas do crescimento, as melhores dicas de alimentação, quando a criança pode estar em risco, o desenvolvimento psicomotor e a data da próxima consulta. Contamos com o programa bolsa família, a assistente social é a encarregada pelo cadastramento das crianças neste programa. Os cadastros são enviados pela assistente social, enfermeira e ACS. Realizamos atividades educativas com grupos de mães das crianças da puericultura e contamos com dois grupos. Estes grupos são realizados nas Associações de Bairro e Comunidades. Participam nestes grupos 70% das mães e os profissionais que realizam, tais grupos são: enfermeira, médica, nutricionista, odontóloga e ACS.

Na UBS possuímos profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação do programa de puericultura, sendo o enfermeiro e a médica. São realizadas reuniões uma vez por semana. Nestas reuniões também são avaliadas e monitoradas as ações do programa. Temos várias fontes de dados para este monitoramento e avaliação, são Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), os registros específicos da puericultura e o prontuário. Estes profissionais produzem relatórios com os resultados encontrados.

Temos neste momento 10 gestantes em acompanhamento, segundo o CAP representam 23% do total de 43 gestantes estimadas para a população da UBS.

Além das gestantes da nossa área, prestamos atendimento a outras gestantes, que representam 1% de grávidas fora de área. O atendimento é feito uma vez por semana, a fim de realizar um bom acompanhamento, mas se alguma gestante chega à UBS precisando de consulta, sendo do pré-natal ou por outra causa, a gestante obtém atenção da equipe e consulta no mesmo dia. O atendimento do pré-natal é feito pela enfermeira, médico, odontólogo e técnico de enfermagem. É feito um bom trabalho em equipe e cada um orienta a gestante sobre a importância do exame odontológico, do exame ginecológico, da realização do preventivo, da realização dos exames no primeiro trimestre e dos testes rápidos, a importância do aleitamento materno e da prática de exercícios físicos regulares durante o período gestacional. Atendemos sem dificuldades todas as gestantes que procuram atendimento na UBS por problemas de saúde agudos. Infelizmente não contamos com um ginecologista-obstetra para o atendimento das gestantes. Contamos com o protocolo atualizado do MS. Dentro deste protocolo, temos orientações para encaminhamento às especialidades, para internação hospitalar, para serviços de pronto atendimento.

Na UBS são desenvolvidas várias ações de pré-natal, entre elas o diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, tratamento de saúde bucal, controle de câncer de útero e mama, planejamento familiar, promoção de aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção de atividades físicas, promoção de saúde bucal e mental. No caso de diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, não contamos com psicólogo na UBS, mas encaminhamos as gestantes para serem atendidas pelo psicólogo da UBS central e nós acompanhamos esse atendimento. Além disso, temos na UBS um formulário espelho das vacinas da gestante. Todos os atendimentos são registrados no prontuário clínico, no formulário específico do pré-natal, nas fichas de atendimento odontológico e na ficha espelho das vacinas. Embora ofereçamos o atendimento odontológico, temos gestantes faltosas, trabalhamos muito com elas oferecendo promoção de saúde bucal, e sabemos quais são faltosas mediante a revisão dos arquivos, tarefa feita uma vez por semana. Nesta revisão também verificamos se os registros estão completos, as gestantes com data de parto nos meses próximos e avaliamos a qualidade do programa. O atendimento das gestantes é muito importante e o trabalho é feito seriamente na nossa UBS. Por isso, em cada atendimento, orientamos sobre a importância de vir a consulta com o

cartão de pré-natal, das vacinas, do aleitamento materno, sobre alimentação saudável, saúde bucal, e também sobre anticoncepção pós-parto, revisão puerperal nos primeiros sete dias e nos trinta a quarenta e dois dias depois. Trabalhamos com o programa Sistema de Informação em Saúde de Acompanhamento em Pré-Natal (SISPRENATAL), em que as gestantes são cadastradas pela enfermeira e o registro enviado por ela mesma à Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Também temos dois grupos de educação em saúde para as gestantes, em que participam 80% do total das gestantes. Nesses grupos esclarecemos as dúvidas e mais uma vez orientamos sobre temas importantes e fazemos promoção sobre gravidez sem riscos. Nestes grupos contamos com a presença da nutricionista e odontólogo. Para que o trabalho seja feito corretamente é muito importante fazer o planejamento, gestão e coordenação do programa, estes são executados pela enfermeira, médico e odontólogo. Todos os planos de trabalho são discutidos nas reuniões das equipes, feitas uma vez por semana. Os resultados das avaliações ficam em relatórios e são usadas fontes de dados como o SIAB, os registros específicos do pré-natal e o prontuário.

Em relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama é orientado o uso do preservativo para todas as mulheres que vão à UBS e são oferecidos preservativos. Além disso, são realizadas ações que orientem sobre os malefícios do tabagismo. Realizamos o exame preventivo e ações educativas para as mulheres para a realização deste exame. A coleta do exame é feita duas vezes por semana, no horário da manhã. Além das mulheres que pertencem a nossa área de cobertura, atendemos outras fora da área que também realizam o exame na UBS, estas são em torno de 10%. A coleta é feita pelo médico e o enfermeiro. O rastreamento é feito organizadamente segundo o protocolo de prevenção de câncer de colo de útero. Este protocolo foi produzido pelo MS e o Instituto Nacional de Câncer (INCA). Em todas as mulheres que fazem o exame preventivo são investigados os fatores de risco que poderiam ocasionar o câncer de colo de útero. Nos últimos três anos, cinco mulheres foram identificadas com exame citopatológico alterado. Nenhuma delas teve perda de seguimento. Os atendimentos das mulheres que realizam a coleta do exame citopatológico são registrados no livro de registro, no prontuário e no formulário específico para citopatológico e são guardados num arquivo específico que costuma ser revisado periodicamente uma vez por semana. Desta forma são verificadas as mulheres

com exame em atraso, as mulheres com exame alterado e avaliar a qualidade do programa. A enfermeira é a encarregada da revisão deste arquivo. Realizamos atividades educativas com grupos de mulheres. Estes são realizados no âmbito da UBS, nas associações de bairros e nas igrejas. Na nossa UBS são realizados dois grupos e participam o enfermeiro, a médica, a nutricionista, a odontóloga, a psicóloga, a técnica de enfermagem, técnica de consultório dentário e a ACS. Enfermeiro, médica, odontóloga, técnica de enfermagem e ACS são encarregados de fazer o planejamento gestão e coordenação do programa de prevenção do câncer de colo uterino. Para fazer estas atividades são realizadas reuniões uma vez por semana. Estes profissionais também participam na avaliação do programa e são produzidos relatórios. As fontes de dados utilizados são SIAB, Sistema de Informação em Saúde do Acompanhamento de Câncer de Colo (SISCOLO) e os prontuários. Ainda temos muitas usuárias que não fizeram a coleta do exame para preventivo, as quais estão sendo buscadas.

No caso da prevenção de câncer de mama na UBS são feitas várias ações para a prevenção como orientações sobre as consequências da ingestão de álcool, a importância do exercício físico, da realização do exame de mama e da mamografia, fatores de risco. Algumas não pertencem à área de abrangência, mas com elas também é feito o trabalho de prevenção. Nos últimos três anos apresentaram alterações na mamografia três mulheres as quais tiveram o acompanhamento adequado. Ainda temos mulheres com atraso nas mamografias, porém temos que continuar com o trabalho para que elas realizem este exame. Além disso, são feitas ações de planejamento e avaliação do programa. A UBS usa o protocolo do INCA. As reuniões para a discussão destas avaliações são feitas uma vez por semana.

Resumindo, temos a cobertura das mulheres de prevenção de câncer de colo de útero e mama, mas nem todos os exames foram feitos, no caso de câncer de colo uterino de 782 mulheres de 25 a 64 anos, só 316 realizaram o exame preventivo, porém temos 466 com atraso de mais de seis meses. No caso das mamografias de 411 mulheres de 50 a 69 anos, só 205 mulheres tem o exame em dia. Ainda existem muitos preconceitos quanto à realização do preventivo, muitos deles relacionados com a colocação dos espécuro. É necessário aumentar o trabalho preventivo mediante palestras, nas consultas, dando mais informações

sobre a importância da realização tanto do preventivo quanto do autoexame de mama e mamografia.

Sobre os usuários com hipertensão e diabetes Mellitus, temos um total de 382 (59%) e 73 (40%), respectivamente. Nesta unidade são realizadas ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis, ação para o controle de peso corporal, é estimulada a prática regular de atividade física, orientado sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e o tabagismo. São realizados atendimentos de adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) todos os dias da semana, mas não acontece em todos os turnos. Não temos adultos com hipertensão arterial fora da área de cobertura que realizem atendimento na UBS. Os profissionais que participam deste atendimento são a médica clínica geral, o enfermeiro, a nutricionista, a odontóloga, a técnica de enfermagem e a ACS. Após a consulta o usuário não tem a data da próxima consulta, por que não é feito o acompanhamento contínuo, ele é atendido por que vai à UBS para trocar a receita ou por outros motivos, mas nunca por agendamento feito pelo médico. Muitas vezes, o primeiro plano terapêutico não é feito na UBS por que o usuário vai para a rede de saúde privada ou se foi feito o diagnóstico pelo médico da UBS não é feito um acompanhamento do plano estabelecido para saber se foi efetivo ou se precisa de alguma mudança.

Não temos excesso de demanda de adultos para atendimento de problemas de saúde agudos devido a HAS. Temos protocolo na UBS do MS. Mas na verdade ainda estamos conhecendo o protocolo de acompanhamento dos usuários, e realizamos sem o uso dos critérios de tratamento, avaliação, diagnóstico da HAS e Diabetes Mellitus (DM).

Na UBS são desenvolvidas as seguintes ações no cuidado dos adultos portadores de HAS e DM: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de problemas de saúde bucal, obesidade e sedentarismo. Os profissionais usam a classificação para estratificar o risco cardiovascular dos adultos portadores de HAS e/ou DM, além disso, são usados protocolos para o acesso aos outros níveis do sistema de saúde, como o protocolo para encaminhamento para atendimento nas especialidades, para internação hospitalar e atendimento no pronto socorro. Os atendimentos destes usuários são registrados no prontuário clínico, na ficha de atendimento odontológico e na ficha de atendimento nutricional. Estes prontuários são guardados em arquivos específicos que costumam ser revisados

periodicamente uma vez por mês. Nesta revisão são identificados os usuários faltosos, é verificada qualidade dos registros, são identificados os procedimentos com atraso e os usuários com HAS e/ou DM de risco, é avaliado o programa e são organizados os grupos de educação em saúde.

Os profissionais explicam para os usuários como reconhecer sinais de complicações da HAS e/ou DM. Nossa UBS não tem o programa de cadastramento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) do MS, mas temos outros programas como a saúde do idoso e programa de humanização. A equipe de saúde realiza atividades educativas de grupo com hipertensos e/ou diabéticos, que são realizados nas escolas, associações de bairro e nas igrejas. Nestes grupos temos uma participação de 85% dos usuários e os profissionais que participam são: o educador físico, o enfermeiro, a médica clínica geral, a nutricionista, a odontóloga, a psicóloga, a técnica auxiliar de enfermagem e a ACS.

Na nossa UBS temos profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos adultos com HAS e/ou DM, estes são enfermeiro, a médica clínica geral, a odontóloga, a técnica de enfermagem e a de consultório dentário e a ACS. São feitas reuniões uma vez por semana. Estes profissionais também participam na avaliação e monitoramento das ações desenvolvidas. São usadas as seguintes fontes de dados: SIAB, registro específico dos atendimentos de adultos com HAS e DM e os prontuários, mas não são produzidos relatórios com os resultados encontrados.

Temos um total de 210 pessoas com 60 anos ou mais, o que representa 53% segundo o total referido no CAP. Temos protocolos de atendimento para idosos do MS. Na UBS são desenvolvidas as seguintes ações no cuidado dos idosos: promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção de saúde bucal, de saúde mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de problemas de saúde bucal, diagnóstico e tratamento da obesidade, do sedentarismo, do tabagismo. São usados os protocolos para regular o acesso dos idosos a outros níveis do sistema de saúde, entre eles temos o protocolo de encaminhamento para atendimento nas especialidades para serviços de pronto atendimento. Os atendimentos feitos aos usuários idosos são registrados no prontuário clínico, na ficha de atendimento odontológico e na ficha de atendimento nutricional. Estes registros são guardados num arquivo específico que costuma ser revisado mensalmente. Com esta revisão são verificados os usuários faltosos, a

qualidade dos registros, os procedimentos com atraso, os idosos com riscos para morbimortalidade e é avaliada a qualidade do atendimento.

Os profissionais de saúde explicam para os usuários idosos e para os familiares deles como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência dos idosos, tais como HAS, DM, depressão, etc. Temos caderneta de saúde da pessoa idosa que é solicitada sempre que o usuário chega à consulta. Também existe o estatuto do idoso na UBS e são realizadas atividades educativas de grupos com idosos nas escolas, nas associações de bairros e em outros espaços comunitários. Por mês são realizados uma média de sete grupos de idosos, com 85% de participação. Os profissionais que participam nestes grupos são: o enfermeiro, a médica clínica geral, a nutricionista, a odontóloga, a técnica de enfermagem e a ACS. Também são realizados cuidados domiciliares de idosos e temos o levantamento daqueles idosos que precisam desse cuidado. Os profissionais, que realizam o cuidado domiciliar dos idosos, são: o enfermeiro, a médica clínica geral, a nutricionista, a odontóloga, a técnica de enfermagem e ACS. Estes profissionais também participam no planejamento das atividades semanais que são discutidas na reunião de equipe. São feitas reuniões uma vez por mês e são avaliadas e monitoradas as ações desenvolvidas para os idosos. As fontes de dados utilizadas são o SIAB, os registros específicos dos atendimentos dos idosos e os prontuários. Estes profissionais que realizam a avaliação fazem relatórios com os resultados encontrados, que é feito numa frequência mensal.

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

Quando compararmos a análise realizada no início com o relatório final da análise situacional percebe-se uma grande diferença. O relatório foi mais extenso, com dados mais específicos das ações programáticas desenvolvidas na UBS e da caracterização do processo de trabalho. Levando em conta todos estes dados pode-se considerar que precisamos melhorar a estrutura da UBS para possibilitar acesso aos usuários deficientes. A equipe entendeu que devemos realizar a análise situacional baseada nos determinantes do estado da saúde dos usuários e com esta análise projetar o plano de ações para melhorar os problemas de saúde

identificados. Também podemos melhorar a existência dos medicamentos necessários para o atendimento de emergência, aprimorar a coordenação entre os médicos especialistas para receber a contrarreferência do usuário.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Sobre a saúde humana influem em todo o mundo fatores poderosos: envelhecimento da população, urbanização acelerada e modos de vida insalubres. Um dos exemplos mais notáveis é que as doenças crônicas não transmissíveis têm superado as doenças infecciosas, como principais causas de óbito no mundo. Um dos fatores mais importantes das doenças cardiovasculares é a HAS. Afeta milhões de pessoas no mundo. Pode provocar infartos do miocárdio e acidentes vasculares encefálicos. No entanto, por causa da DM em cada ano, mais de quatro milhões de pessoas morrem. Dezenas de milhões mais sofrem complicações incapacitantes ou potencialmente letais, tais como infarto do miocárdio, insuficiência renal e amputação. A DM encontra-se entre as 10 principais causas de incapacidade no mundo todo. Se estas patologias não forem diagnosticadas adequadamente, podem causar todas as complicações descritas. Ambas apresentam fatores de risco modificáveis e não modificáveis. Os fatores modificáveis incluem obesidade, sobre alimentação e desnutrição, o sedentarismo, o tabagismo, o uso excessivo de álcool. Se não adaptarmos as medidas apropriadas para prevenir estas patologias, as mortes por doenças cardiovasculares continuarão aumentando. No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de HAS, 35% da população de 40 anos ou mais. Hoje se estima 11% da população igual ou superior a 40 anos tenha DM, o que representa cerca de cinco milhões e meio de portadores. E esse número é crescente. Modificações de estilo de vida são fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão (BRASIL, 2013).

A UBS de Santo Antônio foi construída no bairro do mesmo nome, há mais o menos três anos atrás. O total da população de abrangência são 2.883 usuários. Conta com uma equipe de saúde, que está composta por: 2 médicas, 1 enfermeira,

2 técnicas de enfermagem, 1 motorista, 1 recepcionista, 1 higienizadora e 5 ACS. Não temos conselho de saúde. No geral, a UBS possui, estruturalmente, sala de recepção, farmácia, sala de acolhimento, dois consultórios médicos, sala de odontologia, sala de enfermagem, sala de curativos, cozinha, almoxarifado, sala de esterilização e banheiros para usuários e funcionários. Todas estas salas são muito estreitas e é desconfortável transitar nelas com os usuários e familiares juntos. O acesso a UBS não é facilitado para idosos, deficientes, pessoas com dificuldades em fazer esforço físico, por a Unidade situar-se no alto de um morro. O acompanhamento destes usuários não é feito adequadamente. Muitas ações não são realizadas, tais como: realização da estratificação de risco cardiovascular segundo o critério clínico, não existe um dado exato sobre o total de usuários com consultas em atraso, os pés dos usuários diabéticos não são examinados, também não são palpados os pulsos tibial e pedioso destes usuários, não é medida a sensibilidade dos pés destes usuários. Nas consultas pesquisamos que mais da metade dos usuários não conhecem a sua doença, nem os riscos, nem como preveni-la. O atendimento para estes usuários não acontece em todos os turnos e não sai da consulta com a próxima agendada e não são usados os critérios de tratamento segundo o protocolo.

A população alvo desta intervenção serão todos os usuários portadores de HAS e DM do UBS de Santo Antônio. Na área temos um total de 382 (59,3%) usuários com HAS e 73 (39,6%) usuários com DM. O cadastro destes usuários está muito desatualizado e o acompanhamento é muito precário. Não temos na UBS usuários, nessa condição, fora da área de cobertura. Segundo o CAP deveriam ser 644 usuários hipertensos e 184 diabéticos. A equipe orienta esse grupo populacional sobre hábitos alimentares saudáveis, controle de peso corporal, prática regular de atividade física, riscos do uso de álcool e outras drogas e tabagismo.

Os usuários com HAS e DM vão à UBS quando precisam trocar as receitas de medicamentos contínuos ou por problemas agudos de saúde, porém o acompanhamento não é feito segundo o protocolo. Muitos usuários têm abandonado o tratamento achando que com a melhora dos sintomas não precisam mais dos medicamentos. Outros simplesmente fazem mudança das dosagens sem consultar com o médico. Não é feita a busca ativa de casos novos destas doenças e temos incidência alta de usuários com hipertensão de longa data, sem

tratamento, e também acontece a mesma coisa com a diabetes. A atenção se resume ao atendimento das demandas espontâneas restritas ao médico e dentista.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da UBS de Santo Antônio, Frederico Westphalen/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1. Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto de intervenção foi estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na UBS Santo Antônio, no município de Frederico Westphalen/RS. Participarão da intervenção usuários residentes na área de abrangência da UBS, hipertensos e/ou diabéticos com mais de 20 anos de idade.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1 – Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1 Cadastrar 80% dos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS;

Meta 1.2 Cadastrar 60% dos usuários diabéticos que participam do projeto.

Monitoramento e avaliação.

Ações:

- ✓ Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.
- ✓ Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

Detalhamento:

- O enfermeiro irá revisar uma vez por mês os prontuários, realizará um relatório que será posteriormente discutido na reunião de equipe. Serão atualizados os dados nas reuniões de equipe a cada semana. As ACS atualizarão todos os dias nas visitas domiciliares. O enfermeiro do UBS realizará o cadastro de todos aqueles que não foram incluídos ainda. O enfermeiro informará na reunião de equipe os usuários que já estão cadastrados para evitar cadastramento duplo. Os dados obtidos serão informados a cada semana nas reuniões de equipe.

Organização e gestão do serviço.

Ações:

- ✓ Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.
- ✓ Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.
- ✓ Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

- ✓ Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.
- ✓ Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes.
- ✓ Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento:

- A revisão semanal do material para garantir que o funcionamento seja adequado será feita pela enfermeira encarregada do acolhimento na unidade. Será preciso fazer o cadastramento de 100% da população. As ACS tomarão parte nesta ação trabalhando na comunidade, a recepcionista organizará os prontuários destes usuários para garantir o atendimento e agendamento destes. Para isto nos registros dos usuários estarão os dados das últimas consultas; com a revisão feita nos prontuários saberemos quais usuários ainda não vieram para realizar a consulta. Garantiremos o agendamento destes usuários. Nos grupos de saúde será aferida a Pressão Arterial (PA) e/ou realizado o hemoglicoteste. Nas reuniões de equipe informaremos os usuários faltosos e os motivos e realizaremos busca ativa destes usuários e espaço na agenda para atender eles. O enfermeiro entregará para a Secretaria de Saúde o registro com os usuários com DM e deles quantos tem glicosímetros e solicitaremos para aqueles que não tiverem. Depois o enfermeiro desempenhará uma palestra esclarecendo o funcionamento adequado destes.

Engajamento público.

Ações:

- ✓ Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.
- ✓ Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.
- ✓ Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- ✓ Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento:

- As ACS oferecerão as informações nas visitas. O médico e enfermeira nos grupos de saúde. Colocaremos informação na recepção da UBS para o conhecimento dos usuários e também serão dadas informações nas diferentes salas de consultas. Palestras serão realizadas na sala de recepção para explicar a importância de

medir a pressão nesta idade. Estas palestras serão efetuadas pela enfermeira e pelos estudantes do URI que estagiam na UBS. A enfermeira encarregada do acolhimento medirá a PA de todo usuário que entrar na UBS procurando atendimento. As enfermeiras da UBS e os médicos realizarão palestras sobre estes temas. Os usuários com PA maior de 135/80 mmHg farão na mesma consulta de acolhimento, o hemoglicoteste. Médicos e enfermeiras planejarão palestras nos grupos de saúde e na sala de recepção da UBS para falar destes temas, incluindo nestas as respostas das dúvidas que os usuários tenham sobre estas patologias. As ACS, enfermeiras e médicos divulgarão nas visitas domiciliares e nos grupos de saúde que os usuários poderão participar nos grupos junto com suas famílias. Explicaremos a importância disto no processo saúde-doença. Será realizada pelas ACS nas visitas e pelas enfermeiras na UBS ;a odontóloga também participará desta divulgação na sala de consulta dela. O enfermeiro do acolhimento aferirá a PA de todo usuário maior de 18 anos que é assíduo à consulta. Com ajuda das ACS será pesquisado os fatores de risco mais frequentes na comunidade para o posterior planejamento de conversas, palestras e outras atividades coletivas sobre estes temas.

Ações:

- ✓ Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos 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 os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- ✓ Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento:

- Planejaremos palestras sobre os fatores de risco mais frequentes e desenvolveremos estes temas nas reuniões de equipe. As médicas da UBS certificarão a equipe para aferir apropriadamente a PA segundo o estabelecido no protocolo. As médicas da UBS desempenharão a capacitação para verificação adequada do hemoglicoteste segundo o estabelecido no protocolo. Esta será desenvolvida na reunião de equipe. O enfermeiro da UBS entregará o

planejamento semanal nestes programas. Os avanços serão verificados a cada semana, nas reuniões de equipe.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Monitoramento e avaliação.

Ações:

- ✓ Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos.
- ✓ Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos.
- ✓ 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.
- ✓ Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia.
- ✓ Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento:

- Em cada consulta será realizado e monitorado nas reuniões da equipe com os prontuários. Os médicos e o enfermeiro participarão deste monitoramento. Na reunião de equipe será discutido o exame clínico adequado destes usuários segundo protocolo. Os médicos e o enfermeiro chefe participarão deste monitoramento. O enfermeiro entregará a cada médico um modelo com os nomes dos usuários e os exames realizados durante o período de intervenção, tratamento medicamentosos. Mediante isto monitorarão quantos usuários faltaram. Garantiremos assim, que os medicamentos usados sejam preferencialmente aqueles fornecidos pelo programa Farmácia Popular. A odontóloga do UBS fornecerá na reunião de equipe a lista de todos aqueles usuários que precisam de atendimento. As ACS avisarão estes sobre a consulta; eles serão priorizados nas consultas odontológicas. Nas reuniões de equipe a odontóloga também entregará o relatório daqueles faltosos à consulta. Os médicos e ACS farão visitas domiciliares para conhecer as causas.

Organização e gestão do serviço.

Ações:

- ✓ Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos
- ✓ Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- ✓ Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- ✓ Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.
- ✓ Garantir a solicitação dos exames complementares.
- ✓ Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- ✓ Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados
- ✓ Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- ✓ Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento:

- o enfermeiro da UBS explicará a cada membro da equipe as atribuições no exame clínico de usuários hipertensos. As dúvidas serão respondidas pelas médicas, utilizando o protocolo como guia, organizaremos capacitações para os profissionais. Serão realizadas duas atividades: uma para a definição das atribuições e outra para

esclarecer as dúvidas que apareçam durante o trabalho. A atualização será distribuída em grupos levando em conta o trabalho que desenvolve cada um, quer dizer, existirá um grupo composto pelas ACS, outro pelas enfermeiras e o último pelas médicas. Depois de terminar esta intervenção estas atualizações serão realizadas duas vezes por ano. Entregaremos o cronograma no mês anterior na reunião de equipe correspondente. Dispomos da versão atualizada do protocolo. Faremos entrega das solicitações dos exames complementares nos grupos de saúde. Aqueles que não puderem comparecer ao grupo serão visitados pelas ACS para fazer a entrega. Imprimiremos modelos com nome, sobrenome e tipo de exames requisitados, assim serão usados em conjunto com a ficha espelho. O enfermeiro coordenará com o gestor municipal a possibilidade de priorizar os exames complementares e a realização destes no mesmo laboratório. Os exames recebidos serão examinados pelas médicas e junto com as enfermeiras da UBS os dados serão consolidados. A enfermeira encarregada de trabalhar na farmácia entregará a cada semana um relatório sobre a quantidade de medicamentos existentes e período de validade. Neste registro será incluída a necessidade de medicamentos dos usuários com HAS e/ou DM. O relatório será entregue nas reuniões de equipe.

Engajamento público.

Ações:

- ✓ 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 do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- ✓ Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.
- ✓ Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- ✓ Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

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

- Prepararemos palestras para serem desenvolvidas nos grupos de saúde, na sala de recepção da UBS. Os temas serão os seguintes: importância dos cuidados individuais dos portadores de hipertensão e diabetes. Nas consultas ofereceremos orientações sobre estes cuidados. Entregaremos folhetos sobre estes temas e serão disponibilizados na UBS. Em cada grupo de saúde o enfermeiro dará orientações sobre os exames complementares a serem realizados e a sua importância. Esta informação será dada cinco minutos antes da palestra começar. Nas consultas individuais as médicas reforçarão estas orientações. As ACS informarão os usuários faltosos aos grupos de saúde nas visitas domiciliares. Serão colocados na UBS avisos sobre os medicamentos disponíveis na Farmácia Popular. Serão impressos folhetos com os nomes de todos estes medicamentos. Nos grupos de saúde serão entregues. A odontóloga da UBS desenvolverá palestras em que falará sobre a importância do exame bucal. Serão desenvolvidas na UBS e nos grupos. Além disso, as informações serão reforçadas nas consultas individuais.

Qualificação da prática clínica.

Ações:

- ✓ Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- ✓ Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- ✓ Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.
- ✓ Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia.

Detalhamento:

- As médicas desenvolverão capacitação da equipe para a realização do exame clínico adequado nas reuniões de equipe. Primeiramente uma vez por semana na etapa de realização desta intervenção. Logo depois serão realizadas atualizações uma vez ao mês para dar continuidade ao trabalho na UBS. Serão realizadas

conversas entre os médicos e enfermeiras da UBS sobre o tratamento atual da HAS e DM nas sextas-feiras. No processo desta intervenção será feita uma conversa. Depois serão realizados de seis em seis meses para serem discutidas atualizações nestes tratamentos. As médicas da UBS prepararão uma capacitação com os medicamentos que são fornecidos pelo programa e o que está estabelecido pelo protocolo para que o usuário tenha acesso estes. Esta será realizada na reunião de equipe e utilizaremos um notebook, slides. As dúvidas serão esclarecidas. A odontóloga realizara a capacitação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e/ou diabéticos após a reunião de equipe.

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.

Ações:

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

Detalhamento:

- As médicas entregarão nas reuniões de equipe, uma vez por mês, o relatório com o cumprimento destas consultas. Depois esta atividade será realizada uma vez a cada três meses.

Organização e gestão do serviço.

Ações:

- ✓ Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
- ✓ Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.
- ✓ Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
- ✓ Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento:

- As ACS visitarão aqueles usuários que não tenham se apresentado nestas consultas. Na reunião seguinte apresentarão as causas pelas quais não se apresentaram. Nas reuniões de equipe serão entregues as novas datas de consultas para aqueles usuários que não puderam se apresentar. Os usuários com causas desconhecidas ou que não estiveram no momento da visita serão revisitados pelas ACS, enfermeira e médico.

Engajamento público.

Ações:

- ✓ Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- ✓ Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).
- ✓ Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.
- ✓ Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- ✓ Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- ✓ Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento:

- Estas informações sobre a importância das consultas serão dadas pela enfermeira nos grupos de saúde, pelos médicos nas consultas individuais, pelas odontólogas nas consultas individuais e pelas ACS nas visitas domiciliares. Nas consultas individuais, grupos e visitas serão recolhidas ideias e, para isso, colocaremos uma urna na sala de recepção para que os usuários coloquem nelas as suas estratégias. Depois serão desenvolvidas nas reuniões de equipe para serem assumidas, se tiverem sucesso com os usuários faltosos. A equipe toda, desde a sua área de trabalho, participará no esclarecimento da periodicidade das consultas. Será reforçada a informação nas palestras.

Qualificação da prática clínica.

Ações:

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

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

Detalhamento:

- O enfermeiro da UBS realizará esta capacitação. Será desempenhada na mesma unidade e será baseada no protocolo de atenção aos usuários hipertensos e o protocolo de atenção aos diabéticos. Utilizaremos um notebook, slides, os protocolos, e todas as dúvidas serão esclarecidas.

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.

Ações:

- ✓ 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:

- A equipe de saúde fará entrega de um relatório sobre a qualidade dos registros. Na etapa de realização desta intervenção serão efetuados três relatórios, conformaremos três grupos para que cada um deles realize um relatório e o discuta na reunião de equipe. Depois será estabelecido uma vez por mês para dar continuidade ao trabalho.

Ações:

- ✓ Manter as informações do SIAB atualizadas.
- ✓ Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.
- ✓ Pactuar com a equipe o registro das informações.
- ✓ Definir responsável pelo monitoramento registros.
- ✓ Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de

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

- ✓ Manter as informações do SIAB atualizadas.
- ✓ Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.
- ✓ Pactuar com a equipe o registro das informações.
- ✓ Definir responsável pelo monitoramento registros.
- ✓ Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento:

- O enfermeiro se encarregará desta atualização com ajuda do resto da equipe, dependendo da informação a ser entregue. A ficha de acompanhamento não precisará ser implantada, por que na UBS temos. Cada um dos membros da equipe será informado de como tem que registrar em cada consulta e/ou visitas efetuadas. O responsável pelo monitoramento dos registros será o enfermeiro da UBS. Será impresso um registro com todos estes dados: quantos usuários têm atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não 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. Na reunião de equipe será entregue para cada um dos membros da equipe. As ACS terão os usuários da sua área de trabalho identificados neste registro com uma escala de cores para identificar aqueles usuários com situações de alerta, as cores serão: azul (sem problema), verde (com um deste item não realizado), laranja (com dois deste item não realizados), vermelho (com três ou mais deste item não realizados), sendo aqueles usuários sinalizados com a cor vermelha os usuários em alerta. Esta informação será atualizada nas reuniões de equipe. Serão realizadas visitas domiciliares para aqueles usuários em alerta, prioritariamente.

Engajamento público.

Ações:

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

Detalhamento:

- Estas orientações serão realizadas na UBS e serão impressos folhetos para serem distribuídos nos grupos, consultas individuais e grupos de saúde.

Ações:

- ✓ Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso
- ✓ Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.
- ✓ Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético.
- ✓ Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento:

- Nas reuniões de equipe o enfermeiro realizará uma capacitação para todos os membros da equipe sobre o preenchimento das informações.

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.

Ações:

- ✓ 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:

- Nos registros discutidos nas reuniões de equipe será incluído este monitoramento. Todo o membro da equipe trabalhará com este registro.

Organização e gestão dos serviços.

Ações:

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

Detalhamento:

- Na entrega das informações nas reuniões de equipe serão identificados estes usuários. As médicas estarão encarregadas deste trabalho. Estes usuários serão priorizados nas visitas domiciliares. Participarão nestas visitas o enfermeiro e as ACS.

Engajamento público.**Ações:**

- ✓ Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- ✓ Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento:

- As médicas informarão aos usuários dos riscos que apresentarem nas consultas individuais. Nos grupos de saúde serão dadas palestras sobre a importância do acompanhamento regular. Estas serão desenvolvidas pelas enfermeiras e médicas. As médicas reforçarão a informação nas consultas individuais. Serão impressos folhetos sobre isso, que estarão dispostos para a comunidade na UBS.

Qualificação da prática clínica.**Ações:**

- ✓ 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 para usuários diabéticos).
- ✓ 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:

- As médicas desenvolverão a capacitação para realizar estratificação de risco segundo escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e a importância do registro desta avaliação. Na reunião de equipe será realizada uma troca de ideias sobre os fatores de risco modificáveis. Esta atividade será liderada pelas médicas.

No final serão esclarecidas as dúvidas e serão estabelecidas as estratégias para o controle das mesmas.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

Monitoramento e avaliação.

Ações:

- ✓ Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos com o dentista.
- ✓ Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos diabéticos com o dentista.
- ✓ Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.
- ✓ Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos
- ✓ Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.
- ✓ Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.
- ✓ Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

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

Detalhamento:

- Uma vez por mês serão revisados os prontuários para ser monitorada pela enfermeira a realização desta orientação pela equipe. A mesma fará um relatório que será discutido na reunião de equipe. A nutricionista da UBS participará nesta atividade. As ACS identificarão no seu registro aqueles usuários que realizam atividades físicas regulares. Uma vez por mês este registro será discutido nas reuniões de equipe. O enfermeiro participará nesta atividade. Uma vez por mês serão revisados os prontuários para ser monitorada pela enfermeira a realização desta orientação pela equipe. A mesma fará um relatório que será discutido na reunião de equipe. As médicas participarão nesta atividade. Uma vez por mês serão revisados os prontuários para ser monitorada pela enfermeira a realização desta orientação pela equipe. A mesma fará um relatório que será discutido na reunião de equipe. A odontóloga do UBS participará nesta atividade.

Ações:

- ✓ Organizar a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso.
- ✓ Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.
- ✓ Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários.
- ✓ Organizar a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao diabético.
- ✓ Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.
- ✓ Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários.
- ✓ Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- ✓ Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.
- ✓ Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- ✓ Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

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

Detalhamento:

- Com ajuda da nutricionista se organizarão atividades coletivas sobre alimentação saudável. Algumas destas atividades serão realizadas na sala de recepção da UBS e outras nos grupos de saúde. O enfermeiro enviará um ofício para solicitar ao gestor a presença de educadores físicos nesta intervenção. Planejaremos atividades dentro e fora da UBS sobre este tema. O enfermeiro conformará um ofício para demandar ao gestor a compra destes medicamentos. Utilizando o protocolo de atendimento, as médicas debaterão o tempo médio das consultas na reunião de equipe e farão na reunião de equipe planejamento e organização das atividades educativas dos grupos. Todas as semanas serão planejadas na reunião de equipe estas atividades, serão colocadas na ata da reunião para ter constância destas e na próxima reunião se anotarão quais planejamentos não foram desenvolvidos.

Engajamento público.

Ações:

- ✓ Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.
- ✓ Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.
- ✓ Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- ✓ Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- ✓ 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.
- ✓ Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento:

- Estas orientações serão realizadas nas atividades coletivas planejadas e também nas consultas individuais e grupos de saúde. Também será realizada uma atividade

na rádio local e palestras na comunidade com todos os funcionários da equipe sobre estes temas: alimentação saudável, importância de atividade física regular, alcoolismo, tabagismo, fatores de risco. Realizaremos rodas de conversas sobre estes temas, entrega de materiais educativos, publicitários, brochuras, murais na UBS, nas escolas, comunidades, grupos.

Qualificação da Prática Clínica.

Ações:

- ✓ Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso.
- ✓ Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário diabético.
- ✓ Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- ✓ Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- ✓ Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.
- ✓ Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento:

- Com ajuda da nutricionista, capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável. Com ajuda da psicóloga, capacitar a equipe da unidade de saúde para o tratamento dos usuários tabagistas. Com ajuda da odontóloga, capacitar a equipe da unidade de saúde para oferecer orientações sobre higiene bucal. Planejar capacitações da equipe sobre realização de ações de promoção em saúde na primeira semana de cada mês.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1. Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência Programa de Atenção à HAS e à Diabetes 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 HAS e à DM da unidade de saúde.

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

Meta 1.2. Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM 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 HAS e à DM da unidade de saúde.

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

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 3.1: 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. Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável 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

Na realização desta intervenção vamos trabalhar com o Protocolo de Hipertensão e Protocolo de Diabetes Mellitus do ano 2006. Este material pode encontrá-lo na UBS e o Caderno da Atenção Básica 36 e 37 de 2013. Apresentaremos este protocolo na reunião de equipe. Utilizaremos os prontuários dos usuários disponíveis na unidade de saúde.

Com ajuda das ACS realizaremos uma atualização dos registros e prontuários e o enfermeiro UBS irá cadastrar todos os que ainda não estejam no registro e os casos novos. Serão excluídos aqueles que não morem mais na área de abrangência ou tenham morrido. As recepcionistas irão garantir as cópias necessárias de fichas e modelos de prontuários. Para melhorar o acolhimento as duas médicas da unidade irão capacitar a equipe toda sobre como reconhecer aqueles hipertensos e/ou diabéticos que apresentem uma urgência ou emergência, sobre a tomada correta da pressão arterial e a correta realização do hemoglicoteste.

Na preparação destes temas os estagiários de enfermagem irão nos ajudar. O enfermeiro que trabalha no acolhimento fará o pedido de material adequado para a medida de pressão arterial e para a realização do hemoglicoteste. Além disso, fará a revisão destes materiais para garantir a confiabilidade dos resultados. O enfermeiro da unidade realizará o cronograma de atendimento fixo só para hipertensos e/ou diabéticos. As técnicas de enfermagem colocarão no mural da unidade a existência do programa de atenção de hipertensos e/ou diabéticos na unidade de saúde. As ACS, aproveitando as visitas domiciliares, divulgarão a importância da participação nos grupos de saúde dos usuários e os familiares e da importância da medição da PA e realização do hemoglicoteste. Serão definidas as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos hipertensos e/ou diabéticos.

O enfermeiro preparará o exame clínico de enfermagem e uma das médicas preparará o exame clínico médico. Além disso, as médicas farão conversas sobre o tratamento atualizado da hipertensão e diabetes. Depois da intervenção isso será feito de seis em seis meses. Serão utilizados recursos como a projeção de slides, modelos de exame clínico. Ficará combinada a realização dos exames clínicos durante todas as consultas destes e serão monitorados mediante relatórios, prontuários nas reuniões de equipe posteriores. Serão utilizados: canetas, folhas de papel, prontuários. Para monitorar os exames complementares serão impressas fichas de acompanhamento. Uma vez por mês serão levados relatórios com os que tenham realizado estes exames, que serão entregues para as ACS, daqueles que não tenham realizado estes exames. As ACS terão a tarefa de visitar eles para, na próxima reunião de equipe, discutir as causas de não terem realizado os exames. Além disso, se avaliará se estes exames foram requisitados com a periodicidade recomendada. Para este objetivo utilizaremos a ficha de acompanhamento, registros, canetas.

Todos os ACS tem um registro com os dados pessoais de cada um, assim como os medicamentos que usam. Uma vez por mês serão revisados estes dados com os registros dos grupos de saúde e as fichas de acompanhamento. Aqueles que não tenham medicamentos da farmácia popular serão avaliados para fazer a possível substituição deles. Será coordenado com aqueles médicos especialistas que prescrevam medicamentos fora da Farmácia Popular para sua substituição. Esta tarefa vai ser realizada pelo enfermeiro.

A odontóloga discutirá uma vez por mês o relatório daqueles hipertensos e/ou diabéticos com necessidade de atendimento odontológico. As ACS visitarão estes para fazer entrega da data da consulta. Serão entregues na consulta aqueles faltosos. Será utilizada a ficha de acompanhamento odontológico, os registros, caneta. Será estabelecida uma periodicidade para atualização dos profissionais conformando quatro grupos, enfermeiras, médicas, odontóloga e ACS. Cada um destes grupos desenvolverá uma atualização da sua área de trabalho, fazendo-o uma vez por mês no desenvolvimento desta intervenção. Uma vez a cada seis meses, para dar continuidade ao trabalho. Utilizaremos slides, protocolos atualizados de trabalho, convidaremos o gestor municipal.

Após esta atualização ficará na unidade o protocolo atualizado trazido pelo grupo e/ou gestor municipal. Imprimiremos as requisições de cada um dos grupos

de saúde de acordo com o protocolo, serão entregues nos grupos de saúde e/ou consultas individuais. Para aqueles que não puderem comparecer nos grupos e/ou consultas individuais, serão entregues nas visitas domiciliares. Será coordenado com o gestor municipal a agilização para a realização destes exames e se for possível, realizá-los num laboratório específico. Nas reuniões de equipe serão discutidos aqueles que não tenham a solicitação destes exames, as possíveis causas.

A equipe participará na orientação da comunidade sobre a importância da realização destes exames. Será usada a ficha de acompanhamento, caneta, registros. Os resultados destes exames serão avaliados pelas médicas, colocados nos prontuários dos usuários e as fichas de acompanhamento, assim como será realizado um relatório. Serão utilizados os prontuários, computador, caneta, ficha de acompanhamento e a encarregada da farmácia realizará um relatório sobre os medicamentos existentes e a validade. Este relatório será discutido nas reuniões de equipe a cada semana. Será incluída neste relatório a necessidade de medicamentos. Serão utilizados: papel ofício, caneta, listado de medicamentos.

O enfermeiro encarregado do acolhimento orientará os usuários sobre os riscos cardiovasculares e neurológicos. Também falará com eles da importância da saúde bucal. A odontóloga participará nos grupos de saúde com palestras sobre a saúde bucal. Nas consultas individuais, os usuários também serão orientados. Serão impressos folhetos sobre os cuidados dos pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Estes folhetos serão fornecidos nos grupos de saúde, sala de recepção da unidade e consultas individuais. Serão usados: folhetos, fotos, slides. As médicas entregarão o relatório sobre as consultas feitas com a periodicidade estabelecida. Este objetivo será realizado uma vez a cada três meses. Serão usadas as fichas de acompanhamento, ficha-espelho, canetas. Aqueles que não se apresentarem a consulta serão visitados pelas ACS. Na reunião de equipe da semana seguinte entregarão o relatório das causas pelas quais esses faltaram à consulta. Serão usadas canetas, registros, folhas de papel, ficha-espelho, ficha de acompanhamento. Estes faltosos à consulta serão reagendados e listados para posteriores buscas domiciliares, para serem identificados caso ocorra reincidência. Aqueles com causas desconhecidas ou ausentes no momento da visita serão revisitados pela ACS, médico e

enfermeira. Serão usados registros, programa Excel, notebook, fichas de acompanhamento.

Nos grupos de saúde e visitas domiciliares, assim como na sala de recepção da unidade e sala de acolhimento a comunidade será informada sobre a importância das consultas. Nestas informações serão incluídas a periodicidade das consultas dos hipertensos e/ou diabéticos. Serão usados pôsteres, folhas de papel impressas, impressora. Participarão todos os membros da equipe: a enfermeira será a encarregada pelo monitoramento dos registros.

Junto com os médicos monitorarão uma vez por mês os registros de hipertensos e/ou diabéticos. Serão feitos relatórios e se discutirão nas reuniões de equipe. As ACS participarão do monitoramento deste registro no mês seguinte. Trabalhando assim a equipe toda nesta tarefa. Será realizada prévia capacitação da equipe para o preenchimento dos registros necessários. Serão utilizados: registros, caneta, folha de papel, computador, slides, impressora. O enfermeiro manterá os registros SIAB atualizados, as ACS e resto da equipe entregarão as informações precisas para este trabalho ser realizado adequadamente. Prévia capacitação com os membros da equipe sobre a informação que terão a registrar em cada consulta e/ou visita e que na reunião de equipe será entregue para cada um dos membros da equipe. As ACS terão os da sua área de trabalho identificados neste registro com uma escala de cores para identificar aqueles com situações de alerta, as cores serão: azul (sem problema), verde (com um destes itens não realizados), laranja (com dois destes itens não realizados), vermelho (com três ou mais destes itens não realizados), sendo aqueles sinalizados com a cor vermelho, os alertas. Esta informação será atualizada nas reuniões de equipe. Serão realizadas visitas domiciliares para aqueles usuários em alerta, prioritariamente. Serão utilizados: resma de papel A4, impressora, canetas com cores, canetas, computador.

Os médicos realizarão monitoramento do número de hipertensos e/ou diabéticos com realização de pelo menos uma estratificação de risco por ano. Serão realizados relatórios que serão discutidos nas reuniões de equipe a cada três meses. Aqueles de alto risco serão priorizados no atendimento tanto na consulta como nas visitas, porém a agenda será organizada para esta demanda. Serão entregues para o resto da equipe os nomes destes para serem identificados. Estes usuários serão informados sobre seu nível de risco e a importância do

acompanhamento regular. A equipe toda participará nesta tarefa em todos os cenários de trabalho. Serão utilizados para este objetivo: os registros, caneta, resma de papel A4, computador impressora. Nos grupos de saúde serão realizadas palestras sobre como controlar os fatores de risco modificáveis, serão entregues folhetos com estes temas. As médicas e enfermeiras reforçarão estas informações nas consultas individuais. Além disso, ficarão na sala de recepção da unidade para uso da comunidade. Serão utilizados: folhetos, slides, computador, pôsteres.

As médicas uma primeira capacitação sobre a estratificação de risco cardiovascular segundo o esquema de Framingham ou de lesões de órgãos alvos. Realizarão uma segunda capacitação sobre como realizar o registro desta avaliação e a sua importância. Outra capacitação será realizada sobre as estratégias para o controle dos fatores de risco, será realizada como uma chuva de ideias, liderada pelos médicos da unidade. Esta capacitação se desenvolverá uma vez cada reunião de equipe. Serão utilizados slides, protocolos, computador, blackbook (material de consulta fornecido pela SMS), folhetos, canetas.

As médicas da unidade capacitarão toda a equipe sobre a alimentação saudável, a importância sobre atividade física, riscos de tabagismo, importância da higiene bucal nos hipertensos e/ou diabéticos. Solicitaremos à SMS a participação na preparação destas atividades da nutricionista. A odontóloga da unidade vai ajudar na preparação da importância da saúde bucal. A equipe toda trabalhará na orientação destes temas. Nas reuniões de equipe serão divulgados os totais de usuários que foram orientados sobre estes temas. Coordenaremos com a unidade de Aparecida para a criação de mais vagas no grupo de usuários tabagistas para que os hipertensos e/ou diabéticos fumantes de nossa UBS participem nele. Nos grupos de saúde realizaremos conversas com os indivíduos sobre a importância de realizar uma nutrição adequada, sobre atividade física regular, riscos de tabagismo, higiene bucal. Estes irão pesquisar sobre estes temas e com ajuda da nutricionista e odontóloga serão esclarecidas as dúvidas. Cada um dos usuários irá expor suas próprias experiências sobre estes temas. Como não temos educadores físicos iremos pesquisar com os educadores físicos das escolas e academias os temas relacionados com atividade física, sua importância e os exercícios adequados para a faixa etária destes. Realizaremos a preparação de quatro atividades coletivas com estes temas: alimentação saudável, importância da atividade física, alcoolismo e tabagismo que serão desenvolvidas nos grupos de saúde simultaneamente pelas

3 Relatório da Intervenção

A intervenção foi realizada de maio a julho de 2015.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Ações desenvolvidas para o objetivo ampliar cobertura para hipertensos e/ou diabéticos.

Foram realizadas capacitações para o cadastramento dos usuários hipertensos, verificação da pressão arterial de forma criteriosa, realização do hemoglicoteste. Todas realizadas adequadamente e com sucesso.

Monitorar o numero de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no programa de atenção á hipertensos e a diabetes mellitus da unidade de saúde. Esta ação foi cumprida integralmente, visto que todos os usuários que foram cadastrados durante a intervenção (232 usuários hipertensos e 100 usuários diabéticos), foram monitorados quanto às consultas, exames realizados e atendimento odontológico.

Todos os usuários maiores de oito anos foram convidados para aferir sua PA e foi conversado com a comunidade a importância do rastreamento para DM em adultos com PA maior de 135/80 mmHg. As ACS ajudaram muito para que os usuários participassem no grupo de saúde junto com seus familiares. Também foram pesquisados os fatores de risco modificável mais frequente na comunidade.

Ações desenvolvidas para o objetivo melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e/ou diabéticos:

Monitoramento da realização do exame físico apropriado dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, do número usuários com exames complementares realizados de acordo com o protocolo, o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular, os que precisaram de atendimento odontologia. Estas ações foram realizadas adequadamente.

Nesta ação, a maior dificuldade foi a monitorização dos exames de rotina, pois muitos usuários ainda não retornaram com seus exames (10), porque ainda não conseguiram realizá-los por causa das dificuldades na oferta demanda quanto a exames complementares no município. Também não obtivemos o total de glicosímetros para todos os usuários diabéticos por que atrasou o último pedido (3). Isto significa que ainda deve-se aprimorar a organização do serviço no município.

Ações desenvolvidas para o objetivo aumentar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Foram realizadas visitas domiciliares pelos ACS, médicas e enfermeiro em busca de usuários faltosos. Os ACS trabalharam na busca ativa de hipertensos e/ou diabéticos que não haviam aderido ao programa. Orientações aos usuários sobre a importância da periodicidade das consultas. A comunidade foi ouvida quanto às estratégias para melhorar o atendimento e para não ocorrer evasão dos faltosos. Nesta ação o mais complicado foi levar aos usuários a compreensão da importância das consultas e sua periodicidade. Muitos decidiram ir trabalhar primeiro e outros simplesmente esqueceram a data. Em todos os momentos foi enfatizada para os usuários a importância de comparecer as consultas agendadas. Portanto é um fato que a comunidade tem que ser sensibilizada sobre este tema de forma contínua. Foi necessário encorajar aos usuários para levarem junto os seus familiares, não conseguimos 100% de participação, mais foi muito proveitoso.

Ações desenvolvidas para o objetivo melhorar o registro das informações.

A equipe foi capacitada quanto ao preenchimento dos registros e quanto ao registro adequado dos procedimentos. Foram monitorados os registros dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, assim como os relatórios destes. As informações se mantiveram atualizadas e foi pautada com a equipe como ia ser feito este registro. O enfermeiro foi o encarregado do monitoramento. Os usuários foram informados quanto aos seus direitos em relação à manutenção dos seus registros. O principal problema nesta ação foi a mudança que tivemos, pois o programa SUS Eletrônico (e-SUS), chegou ao meio da intervenção, portanto tivemos que trabalhar com os registros antigos dos usuários e ir conformando os novos mediante o programa. Para conseguir o atendimento destes pelo programa e-SUS era necessário trazer o cartão SUS, porém muitos esqueciam, foi necessário estimular a comunidade quanto a este documento para conseguirem

ser atendidos. No entanto, nenhum usuário deixou de ser atendido, pois tínhamos a opção do registro antigo.

Ações desenvolvidas para o objetivo mapear os hipertensos de risco.

Foram executadas capacitações para realizar estratificação de risco segundo a escala de Framingham, sobre a importância do registro desta avaliação e sobre estratégias para o controle dos fatores de risco modificáveis. O monitoramento do número de usuários com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. Priorizamos atendimento dos usuários avaliados de alto risco com previa organização da agenda para o atendimento semanal. Todos foram informados do seu nível de risco e foi esclarecido mais uma vez a importância do adequado controle dos fatores de risco modificáveis. Nesta ação tivemos dificuldade na realização desta estratificação nos 100% dos usuários porque nem todos puderam realizar os exames complementares a tempo, por dificuldade na oferta do município.

Ações desenvolvidas para objetivo promover saúde de hipertensos e diabéticos.

Realizamos capacitações sobre práticas de alimentação saudável, metodologia da atenção em saúde, promoção da prática física regular, saúde bucal. Monitorou-se a realização de orientação nutricional, atividade física, riscos de tabagismo, orientação sobre higiene bucal. Foram organizadas atividades coletivas para orientação de atividade física, alimentação saudável, alcoolismo e tabagismo. Caprichamos na orientação aos usuários sobre esses temas. Nestas ações a maior dificuldade que apresentamos foi a ausência dos educadores físicos e também da nutricionista. No entanto, as atividades planejadas com estes temas foram executadas.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

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

Embora a equipe solicitasse para o gestor, não conseguiu sucesso, porque os exames complementares são realizados em diferentes laboratórios e um laboratório só não cobre a demanda necessária.

Organizar um registro de programa que viabilize sistemas de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento e/ou exame complementar, bem como nível de risco.

Não foi desenvolvida pelo motivo de que ao tentar este sistema os usuários não compareceram nas consultas então, como nem sempre podíamos visitá-los desistimos da ação.

Organizar agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas.

No principio foi optada esta ação para aqueles usuários faltosos, ainda com a consulta agendada eles faltavam por questões laborais ou porque entendiam que não havia necessidade.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não houve dificuldade na coleta de dados relativos à intervenção, pois os instrumentos fornecidos pelo curso foram claros e de muita utilidade. Contamos com as ferramentas necessárias e informatização. O cálculo dos indicadores foi feito automaticamente na planilha de coleta de dados, o que favoreceu o trabalho consideravelmente.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A intervenção pode sim ser incorporada na rotina do serviço porque com ela a rotina fica mais aprimorada. Identifiquei aspectos positivos como a melhoria no acesso aos usuários, acolhimento. A equipe percebeu a importância da qualificação da ação programática. Precisamos cadastrar os usuários que ainda não o fizeram, encaminhá-los para odontologia e consulta médica, se necessário. Devemos também procurar por aqueles usuários com atraso nos exames e consultas. A equipe pretende intervenção depois também na atenção à saúde das crianças.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Realizamos uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência da UBS Santo Antônio do município Frederico Westphalen/RS. Teve uma duração de 12 semanas nos meses de maio a julho de 2015. A nossa população alvo foram todos os hipertensos e diabéticos moradores na área de abrangência.

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

Meta1.1: Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Durante as doze semanas de intervenção pode-se verificar um aumento pouco acentuado, de cadastramento dos hipertensos: no primeiro mês foram atendidas 69 usuários (10,7%), no segundo mês 208 (32,3%) e no terceiro mês 232 (36,0%), conforme pode ser visto na Figura 1. Muitos usuários não se apresentaram na data estabelecida para consulta agendada. O que nos diz que ainda temos muito trabalho pela frente sobre a conscientização destes quanto à importância do acompanhamento e o cadastro na unidade de saúde.

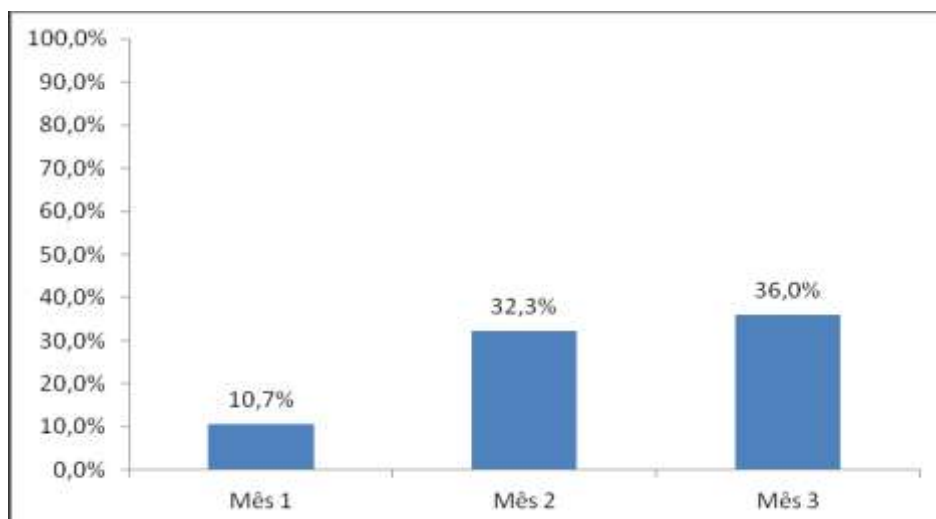


Figura 1 - Gráfico de cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Santo Antônio. Frederico Westphalen/RS, 2015.

Meta 1.2: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Nos diabéticos cadastramos 32 no primeiro mês que representa 17,4%, no segundo 85 representando 68,5% e no terceiro mês 100 representado 54,3%. A meta estabelecida não foi alcançada, embora consideremos a organização que a equipe manteve e também a receptividade mostrada pelos usuários para esse resultado.

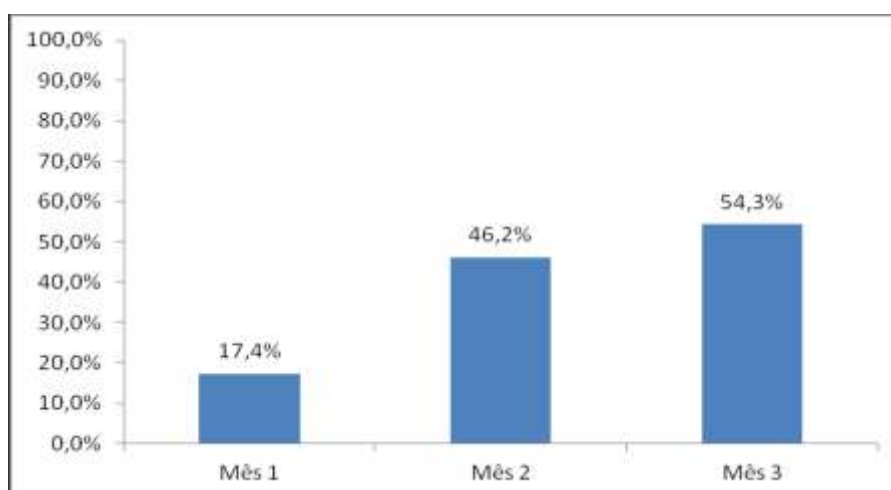


Figura 2 - Gráfico de cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Santo Antônio. Frederico Westphalen/RS, 2015.

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

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

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

A meta proposta neste indicador era de realizar o exame clínico em 100% dos usuários. Nas doze semanas foi cadastrado um total de 232 usuários e o exame clínico adequado foi realizado em todos eles, atingindo assim o 100% proposto. No primeiro mês foram 69 e no segundo 208 usuários.

Antes de realizar esta ação foi necessário realizar uma capacitação para conseguirmos realizar o exame clínico conforme o protocolo. O planejamento e a organização da equipe foram muito importantes para conseguirmos fazer todos os exames nos usuários cadastrados.

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

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

No caso dos diabéticos o resultado não foi diferente. Nas doze semanas cadastramos um total de 100 usuários e foi realizado exame clínico em todos eles, atingindo o 100% proposto na meta. No primeiro mês foram 32 e no segundo 85 usuários. No princípio achamos que ia ser um pouco complicado dado a quantidade de usuários que tínhamos que cadastrar. Depois de ter realizado a capacitação, as dúvidas foram esclarecidas e tudo ficou mais compreensível.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares.

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

A meta proposta era que 100% dos usuários hipertensos realizassem os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Enfrentamos várias dificuldades quanto à oferta exames no município. Também não foi possível que todos realizaram os exames em um mesmo laboratório. No entanto a organização e o trabalho em equipe deram bons resultados, por que os 232 hipertensos realizaram os exames e conseguimos atingir o 100% na meta proposta. No primeiro mês foram 69 e no segundo 208 usuários.

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

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

No caso dos diabéticos também enfrentamos alguns problemas. Muitos reclamaram por que tiveram que levar várias picadas, porque tinham que realizar o exame em laboratórios diferentes. Outros demoraram em realizá-los pelos problemas na demanda dos exames no município. A equipe teve que trabalhar muito na conscientização deles, explicar a importância destes exames. Apesar de todas as dificuldades, os 100 usuários realizaram os exames atingindo assim o 100% na meta proposta. No primeiro mês foram 32 e no segundo 85 usuários.

A oferta dos exames

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

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

A meta inicial era garantir que todos os usuários hipertensos tivessem medicamentos oferecidos pela Farmácia Popular. No princípio estes medicamentos eram recebidos na UBS. Depois tudo mudou, os medicamentos passaram a ser fornecidos diretamente da farmácia municipal. Achei que não íamos conseguir por causa desta mudança tão radical, mas a enfermeira encarregada da farmácia com muita disposição e organização realizava todas as semanas o controle destes medicamentos nesta farmácia. Nestas doze semanas de intervenção nenhum usuário ficou sem medicação. Foi um trabalho muito complicado no início, mas com uma equipe bem organizada tudo é possível. A meta foi atingida e garantimos o 100%. No primeiro mês foram 69, no segundo 208 usuários e terceiro 232.

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

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

No caso dos diabéticos a meta também foi atingida, todos os 100 usuários cadastrados receberam medicamentos da farmácia popular. No primeiro mês foram 32 e no segundo 85 usuários. A coordenação mantida com a farmácia garantiu que todos os usuários tivessem seus medicamentos, conforme o plano terapêutico de cada um deles.

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

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

Nas doze semanas conseguimos cadastrar 232 usuários, ao fim do terceiro mês. No primeiro mês foram 69 e no segundo 208 usuários. Nenhum deles tinha avaliação odontológica, o que proporcionou um grande desafio para a odontóloga da UBS. Com a organização e o planejamento realizado durante a intervenção foi garantido o sucesso e todos estes usuários receberam atendimento. Garantimos assim 100% na meta proposta.

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

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

Nos diabéticos o resultado foi o mesmo. Os 100 usuários cadastrados nas doze semanas de intervenção receberam atendimento odontológico e atingimos a meta proposta. No primeiro mês foram 32 e no segundo 85 usuários. Nenhum destes usuários tinha também atendimento odontológico. Mais uma vez o árduo trabalho realizado pela equipe teve seus frutos. Em algumas ocasiões ficamos sem material suficiente, mas o enfermeiro realizou uma coordenação urgente com a secretaria para providenciá-los.

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

Todos os usuários faltosos foram procurados. No primeiro mês tivemos 30 hipertensos faltosos, no segundo mês 13 e no terceiro mês dois, completando 45 hipertensos faltosos. Nossa maior dificuldade foi com aqueles usuários que não vieram se consultar por causa do trabalho. Os procuramos e demos para todos um atestado de presença para justificar a falta no trabalho. No final atingimos 100% da meta proposta.

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

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

No caso dos diabéticos no primeiro mês tivemos 12 faltosos, no segundo mês dois faltosos e no terceiro um faltoso. Todos eles foram procurados e com aqueles trabalhadores fizemos também o atestado de presença. Foi necessário reforçar a importância das consultas, assim como a responsabilidade que cada um deles deve ter para com sua doença crônica. Atingimos assim o 100% proposto inicialmente.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

Atualizamos os registros semanalmente para não deixar trabalho para depois e nem acumular. Achei que o atraso ia ser enorme por causa das dificuldades encontradas, quanto à realização dos exames, quanto aos usuários que faltaram as consultas. Entretanto, o planejamento e a organização junto com a extensa colaboração da equipe, estes registros dos 232 usuários ficaram atualizados atingindo a meta proposta. No primeiro mês foram 69 e no segundo 208 usuários.

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

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

Durante as doze semanas, cadastramos um total de 100 usuários diabéticos. Os registros de todos eles foram atualizados. No primeiro mês foram 32 e no segundo 85 usuários. No início transcrevemos tudo para o prontuário e ficha espelho, depois com o começo do e-SUS as informações foram digitadas. Foi um trabalho intenso, mas conseguimos atingir a meta proposta.

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: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Conseguimos realizar a estratificação de risco aos 232 hipertensos cadastrados ao longo das doze semanas. No primeiro mês foram 69 e no segundo 208 usuários. Atingimos a meta proposta e o planejamento e organização destas

nas reuniões de equipe foram primordiais para que nenhum hipertenso ficasse sem ser avaliado.

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

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Nas doze semanas de intervenção, 100 diabéticos foram cadastrados e também receberam avaliação de risco cardiovascular. No primeiro mês foram 32 e no segundo 85 usuários. Algumas vezes pensamos que íamos atrasar e quase perdemos a esperança de atingir a meta. No entanto, ter uma equipe comprometida com o trabalho e colaborativa em todo momento foi a chave para o sucesso.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

Antes de começar trabalhar esta meta foi necessário realizar capacitações da equipe sobre este tema e todas as dúvidas foram resolvidas. É muito difícil mudar um modo de vida de uma comunidade.

Ainda assim todos os hipertensos mostraram-se interessados e perguntaram muitas coisas sobre este tema, o que nos deixou contente. Conseguimos orientar aos 232 hipertensos que foram cadastrados e atingimos assim a meta proposta. No primeiro mês foram 69 e no segundo 208 usuários.

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

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

Nos diabéticos não foi diferente. Neste caso perguntaram muito sobre as frutas que podiam consumir sem perigo para sua doença. Refletimos sobre todos os alimentos que contém açúcar e que às vezes não percebemos. Infelizmente nem sempre tivemos uma nutricionista conosco, mas conseguimos orientar mesmo assim aos 100 diabéticos cadastrados durante a intervenção. No primeiro mês foram 32 e no segundo 85 usuários.

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

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

Infelizmente para esta intervenção não tivemos a presença de um educador físico. No entanto pedimos ajuda a professores de algumas academias e eles concordaram em ajudar. As orientações foram realizadas nas consultas individuais, grupos de saúde, visitas, enfim em todo momento que o usuário teve contato com o funcionário, ele foi orientado. Conseguimos que todos os 232 hipertensos cadastrados recebessem orientação atingindo o 100% na meta proposta. No primeiro mês foram 69 e no segundo 208 usuários.

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

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

Os 100 diabéticos cadastrados durante a intervenção também receberam orientação. No primeiro mês foram 32 e no segundo 85 usuários. Estes participam junto com os hipertensos nos grupos de saúde por tanto recebem a informação no mesmo dia. Como os familiares participaram também eles fizeram muitas perguntas interessantes sobre este tema. Esta meta foi atingida conforme o proposto.

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

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

O hábito de fumar é um tema bem complicado na comunidade. Alguns usuários se mostraram céticos quando conhecem as características das substâncias que o tabaco tem. Os familiares ajudaram muito, adotando uma posição firme e apoiadora para que os fumantes abandonassem o hábito. Todos os 232 usuários cadastrados receberam estas orientações e atingimos a meta proposta. No primeiro mês foram 69 e no segundo 208 usuários.

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

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

Nos diabéticos não tinha com ser diferente. Estes foram mais receptivos na hora de receber as orientações. Aqueles interessados para deixar o hábito podiam ser incluídos no grupo de fumantes que funciona na UBS vizinha. Os 100 usuários receberam estas orientações e conseguimos atingir a meta proposta. No primeiro mês foram 32 e no segundo 85 usuários.

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

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

A meta proposta foi cumprida. Todos 232 usuários hipertensos foram orientados tanto dentro da UBS como fora nas visitas e os grupos de saúde. No primeiro mês foram 69 e no segundo 208 usuários. A participação ativa da equipe na organização e planejamento destas atividades foi importante para um desenvolvimento adequado e obtenção do sucesso. A meta foi atingida.

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

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

100 diabéticos receberam esta orientação. No primeiro mês foram 32 e no segundo 85 usuários. As informações que eles tinham sobre higiene bucal eram muito erradas e insuficientes. Realizamos uma prévia preparação da equipe para que todos conseguissem dar uma orientação adequada e baseada nos mesmos termos.

4.2 Discussão

Na minha UBS a intervenção propiciou a ampliação da cobertura para os usuários hipertensos e/ou diabéticos, melhoramos os registros, o mapeamento dos usuários, a oportunidade de um atendimento adequado em saúde bucal, o aumento da adesão destes ao serviço, embora, tivemos dificuldade nesta ação, orientação nutricional e a qualificação da atenção. Também solicitamos os exames complementares de acordo com o protocolo e enfrentamos dificuldades por causa da oferta insuficiente do município frente à demanda. Para a realização destes foi necessário a capacitação da equipe para seguir as recomendações do MS, especificadas no protocolo adotado. Com isto foi possível realizar o rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da HAS e DM. As atividades motivaram o

trabalho em equipe entre os médicos, enfermeiros, técnicos, ACS, dentistas e recepcionista.

Em relação ao cuidado do usuário hipertenso e/ou diabético, compete ao médico realizar consulta para confirmar o diagnóstico, avaliação dos fatores de risco, identificação de possíveis lesões em órgãos e comorbidades, apontando a estratificação de risco do usuário, bem como solicitar os exames complementares, quando necessários. Aos enfermeiros coube capacitar os técnicos em enfermagem e os ACS, assim como supervisionar de forma permanente suas atividades. Desenvolver atividades educativas individuais e em grupo com os usuários. Os técnicos são os responsáveis por verificar os níveis da PA, peso e altura de todos os usuários. Procedem também as anotações devidas na ficha clínica e encaminham aos enfermeiros e/ou médico aquele usuário que apresenta qualquer alteração. Aos ACS coube registrar em sua ficha de acompanhamento o diagnóstico de hipertensão e risco cardiovascular global estimado de cada membro da família. Encaminhar à consulta de enfermagem, os indivíduos suspeitos de serem portadores de hipertensão e/ou diabetes e ajudar na busca ativa daqueles que faltaram à consulta. A odontóloga ficou responsável por agendar uma consulta por ano para cada usuário hipertenso e/ou diabético e as demais que se fizessem necessárias após a primeira avaliação odontológica. A recepção da UBS tem como função o acolhimento do usuário que procura o serviço, antes de chegar até a enfermeira ou técnico de enfermagem. Acredito que a equipe funcionou muito melhor a partir da intervenção, em virtude da necessidade de falar sobre certas condutas e procedimentos e serem realizados com o usuário que chega até a UBS.

Antes da intervenção as atividades de atenção eram concentradas só no médico e no dentista. A intervenção reviu as atribuições da equipe, viabilizou a atenção a um maior número de pessoas, descentralizando do profissional médico a atenção, objetivando trabalhar de forma preventiva e não somente curativa.

A melhoria dos registros e o agendamento dos hipertensos adequaram a agenda para a atenção à demanda espontânea, mas mesmo assim alguns usuários agendados não compareceram à consulta. Outro aspecto positivo que pode ser citado é o espaço para discussões sobre atendimento que vinha sendo oferecido aos hipertensos.

O impacto da intervenção ainda é pouco sentido na comunidade. Portanto, a equipe precisa se esforçar mais ainda no eixo do engajamento público, informando a comunidade quais são os grupos prioritários e por que isto se faz necessário.

A intervenção poderia ter sido facilitada se tivéssemos trabalhado com um grupo único, já que é bastante complicado trabalhar com dois grupos que embora sejam parecidos, não são iguais. Além disso, se realizássemos a análise situacional corretamente, a busca ativa destes usuários teria sido viabilizada desde então. Faltou também uma comunicação com a comunidade para especificar os critérios para priorização da atenção e informar sobre a importância da frequência dos usuários hipertensos e/ou diabéticos ao serviço.

Agora que finalizamos a intervenção, percebo que a equipe está unificada e engajada para continuar o trabalho iniciado. Estamos muito mais preparados quanto à hipertensão e diabetes, assim como no atendimento no programa. Isto foi possível pela preparação que tivemos que realizar para conseguir bons resultados nesta intervenção. Agora a equipe trabalha muito mais confiante e mais engajada com o trabalho. Todos tem uma participação ativa no atendimento destes usuários. Este atendimento não se resume só as demandas espontâneas, vai além com a incorporação da prevenção e promoção em saúde. Confio que se incorporarmos a intervenção na rotina do serviço, teremos condições de superar algumas das dificuldades, e felizmente isso já está acontecendo. Continuaremos a cadastrar os usuários que ainda não foram captados, encaminharemos à odontologia e para consulta médica, se necessário.

O próximo passo é continuar com o planejamento nas reuniões de equipe, organizando o trabalho da semana seguinte e aproveitar a oportunidade de realizar os cadastros que ainda faltam no programa.

5 Relatório de intervenção para os gestores

Como integrante do Programa Mais Médicos do Brasil, desde o ano passado venho realizando a especialização em Saúde da Família, oferecido pela Universidade Federal de Pelotas. Um requisito do curso foi realizar uma intervenção em 12 semanas, em um programa da atenção básica, que foi melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes da Unidade de Saúde Santo Antônio, em Frederico Westphalen, Rio Grande do Sul.

A intervenção foi realizada nos meses de maio a julho de 2015. Foi necessário realizar várias solicitações à Secretária Municipal de saúde, tais como: a distribuição de glicosímetros para todos os diabéticos, que todos os exames complementares fossem realizados em um mesmo laboratório e a compra de medicamentos para usuários fumantes que estavam tentando parar com o hábito. Durante a realização da intervenção percebemos que precisamos muito da presença dos gestores nas UBS para trabalhar junto com a equipe. O sucesso do trabalho diário depende de que estas demandas sejam executadas num prazo curto e para isso a coordenação e gestão dos recursos são imprescindíveis.

Ao finalizar a intervenção conseguimos cadastrar um total de 232 hipertensos que representa 36% de cobertura e 100 diabéticos que representa 54,3% e a todos estes realizar exame clínico, solicitar exames complementares, prescrever medicamentos da Farmácia Popular, registrar com qualidade, realizar a avaliação de riscos cardiovasculares e avaliação de saúde bucal e necessidade de atendimento odontológico, agendar atendimento odontológico, orientar sobre alimentação saudável, atividades físicas regulares, riscos do tabagismo e alcoolismo e higiene bucal. A equipe realizou a busca ativa de todos os faltosos às consultas.

Esta intervenção permitiu a equipe reavaliar o processo de trabalho, agora estamos mais organizados, mais unidos e engajados. Graças às capacitações ficamos mais preparados, com mais segurança na hora de realizar qualquer

procedimento. Percebemos a importância do trabalho sistematizado e previamente planejado, levando em conta as opiniões de toda a equipe de saúde. A reunião de equipe tornou-se mais interessante por que aprendemos a olhar as ideias com perspectivas diferentes, em que cada membro da equipe, segundo sua experiência, compartilhou opiniões, sabedoria.

Com a ajuda dos gestores os usuários conseguiram realizar os exames. No entanto, ainda é necessário um melhor planejamento e organização por que, uma das dificuldades nesta intervenção foi o agendamento dos exames complementares, o que levou a uma reação em cadeia. Ainda assim sua ajuda foi fundamental para que todos os diabéticos, por exemplo, tivessem glicosímetros. Afirmamos que o contato dos gestores deve ser contínuo, por que o trabalho de vocês depende do nosso e vice-versa. Não podemos lembrar um do outro somente no momento que precisemos. Também devemos trabalhar com a realidade existente no município, e que o município trabalhe de acordo a realidade de cada UBS. Assim conseguiremos propor e estabelecer metas adequadas.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Como integrante do Programa Mais Médicos do Brasil, venho realizando a especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas. Um requisito do curso foi realizar uma intervenção em um programa da atenção básica, que foi melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes da Unidade de Saúde Santo Antônio, em Frederico Westphalen, Rio Grande do Sul.

A intervenção foi realizada de maio a junho de 2015. Antes de realizarmos esta intervenção o acompanhamento de vocês era realizado inadequadamente. O cadastro estava incompleto, não existia organização nos registros e nem estavam atualizados. O atendimento não era agendado. A equipe se capacitou e conseguiu aumentar e atualizar os cadastros, vocês passaram a conhecer a existência do programa e por que era importante o acompanhamento. O mais importante de tudo é que vocês da comunidade tiveram participação ativa, oferecendo estratégias para serem incluídas na rotina de trabalho da equipe. Os seus familiares participaram junto e percebemos o interesse. O atendimento melhorou, tem mais qualidade.

Conseguimos cadastrar um total de 232 hipertensos que representa 36% de cobertura e 100 diabéticos que representa 54,3% e a todos estes realizar exame clínico, solicitar exames complementares, prescrever medicamentos da Farmácia Popular, registrar com qualidade, realizar a avaliação de riscos cardiovasculares e avaliação de saúde bucal e necessidade de atendimento odontológico, agendar atendimento odontológico, orientar sobre alimentação saudável, atividades físicas regulares, riscos do tabagismo e alcoolismo e higiene bucal. A equipe realizou a busca ativa de todos os faltosos às consultas. Foram vários os aprendizados durante a intervenção. O mais relevante foi os encontros com a comunidade, em que vocês trouxeram suas dúvidas. Com isto criamos um vínculo, entre profissional e usuário. Contamos com a participação de vocês nas ações que a equipe desenvolve no serviço e nos ajudem a cobrar melhorias para a realização dos exames complementares, melhor estrutura da Unidade de Saúde.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Minhas perspectivas iniciais fora de iniciar o trabalho envolvendo toda a comunidade de abrangência. Durante o desenvolvimento da intervenção trabalhamos juntos para melhorar o atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético. O trabalho do cadastramento envolveu também os ACS. A participação da equipe inteira superou minhas expectativas. No início achei que não ia dar tempo para realizar tantos trabalhos e pesquisas, pois o tempo era curto, o que proporcionou que entrasse alguns trabalhos atrasados. No entanto continuei realizando a intervenção com resultados positivos.

O trabalho de intervenção ajudou-nos a refletir sobre a realidade do município e ao mesmo tempo tentar mudá-la. Foi possível a análise situacional de como os usuários hipertensos e/ou diabéticos eram atendidos antes e como são atendidos agora, o que gratifica profissionalmente.

As discussões com o orientador foram proveitosas e ajudaram no desenvolvimento do trabalho. Na hora de montar o trabalho, as conversas com os colegas de trabalho foram fundamentais. Os casos clínicos eram relacionados com o serviço diário. Muito bons para o estudo diário.

Foram vários os aprendizados durante a intervenção. O mais relevante foram os encontros com a comunidade, pois com as trocas de conhecimentos, criamos um vínculo, entre profissional e usuário. Com o passar de cada semana de trabalho percebemos as dificuldades de cada usuário, o que me estimulou na busca por respostas, estudando mais cada problema.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.


BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado das pessoas com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

