

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma9**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Qualificação da atenção à saúde dos adultos portadores de
Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS de Torotama, Rio
Grande, RS**

Yudit Chacon Rosello

Pelotas, 2016

Yudit Chacon Rosello

**Qualificação da atenção à saúde dos adultos portadores de
Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS de Torotama, Rio
Grande, RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família, 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: Stelita Pacheco Dourado Neta

Co-Orientadora: Simone Damásio Ramos

Pelotas, 2016

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

R811q Rosello, Yudit Chacon

Qualificação da Atenção à Saúde dos Adultos Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS de Torotama, Rio Grande, RS / Yudit Chacon Rosello; Stelita Pacheco Dourado Neta, orientador(a); Simone Damasio Ramos, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

96 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Dourado Neta, Stelita Pacheco, orient. II. Ramos, Simone Damasio, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a população da Ilha da
Torotamaque com aceitação acolheu o
desenvolvimento de meu trabalho.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente à minha família por seu apoio incondicional, a meu esposo, por ser parte deste trabalho, pela dedicação e ser meu impulso para continuar.

A Cuba, meu país, pela oportunidade de uma nova experiência.

A meus assessores pela paciência e sugestões.

À minha equipe pela compreensão, dedicação e apoio para conseguir este resultado do trabalho e pela oportunidade de trabalhar com eles.

A meus colegas médicos cubanos pelas orientações e sugestões.

Resumo

ROSELLO, Yudit Chacon. **Qualificação da atenção à saúde dos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS de Torotama, Rio Grande, RS.** 2015. 94f Trabalho de conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

As doenças cardiovasculares e acidentes cerebrovasculares constituem uma das principais causas de morbimortalidade na população brasileira. A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário a nível nacional. Estas doenças com frequência levam a invalidez parcial ou total do indivíduo, com grave repercussão para o usuário, sua família e sociedade. Na Unidade Básica de Saúde de Torotama, no município de Rio Grande-RS realizamos por 12 semanas uma intervenção com o objetivo de qualificar a atenção dos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da área adstrita. A intervenção foi guiada por um projeto que previa a realização de ações em quatro eixos pedagógicos: organização e gestão dos serviços, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação. Os dados foram coletados com ajuda da Planilha de Coleta de Dados e Ficha Espelho fornecidos pelo curso. Na área adstrita à Unidade Básica de Saúde existem 1200 pessoas, e a estimativa pelo Caderno de Ações Programáticas é que teríamos na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde, 853 pessoas com 20 anos ou mais e desta população, seriam estimados que teríamos 269 hipertensos com 20 anos ou mais, e 77 pessoas com 20 anos ou mais portadores de Diabetes. Na área de abrangência da UBS antes da intervenção tínhamos um total de 228 (85 %) usuários com Hipertensão Arterial e 42 (54 %) usuários com Diabetes Mellitus cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus na UBS. Durante o período da Intervenção cadastramos e acompanhamos no Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético na Unidade Básica de Saúde, 218 (95,6%) usuários hipertensos e 42 (100%) diabéticos da área. Nos indicadores de qualidade todos os 218 (100%) hipertensos cadastrados e os 42 (100%) diabéticos cadastrados estão com exame clínico em dia e com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Em relação à avaliação da necessidade de atendimento odontológico estamos com 217 (99,5%) hipertensos e 42 (100%) usuários diabéticos cadastrados com avaliação da necessidade de atendimento odontológico realizada, também todos os hipertensos e diabéticos tem prescritos medicamentos da farmácia popular, foram oferecidas orientações sobre nutrição saudável, prática de exercícios físicos regularmente e orientações sobre os prejuízos do tabagismo. As ações de promoção e prevenção foram desenvolvidas nas consultas, nos grupos e nas visitas domiciliares a aqueles usuários que tem limitações motoras, mentais e acamados. A comunidade ficou satisfeita pelo trabalho desenvolvido pela equipe, pela organização do processo de trabalho, a qualidade do atendimento. Também permitiu uma equipe com mais qualificação, mais unida, e comprometida com a melhoria da saúde da população da área de abrangência.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão arterial sistêmica.

Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia de atividade coletiva realizada com o Grupo de Hipertensos e Diabéticos vinculados ao Grupo Vida Ativa na UBS Torotama.Rio Grande/RS.2015	12
Figura 2	Fotografia de atividade coletiva realizada com o Grupo de Hipertensos e Diabéticos vinculados ao Grupo Vida Ativa na UBS Torotama. Rio Grande/RS.2015	13
Figura 3	Fotografia de atividade coletiva realizada com o Grupo de Hipertensos e Diabéticos vinculados ao Grupo Vida Ativa na UBS Torotama.Rio Grande/RS.2015	13
Figura 4	Fotografia de atividade coletiva realizada com o Grupo de artesanato vinculado ao Grupo de Saúde Mental na UBS Torotama em Rio Grande /RS.2015	14
Figura 5	Gráfico Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBSTorotamaRio Grande/RS.2015	65
Figura 6	Gráfico Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBSTorotama,Rio Grande/RS.2015	67
Figura 7	GráficoProporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBSTorotama, Rio Grande/RS.2015	72
Figura 8	GráficoProporção de pessoas com hipertensão faltosos às consultas com busca ativa na UBSTorotama,Rio Grande/RS.2015	73
Figura 9	GráficoProporção de pessoas com diabetes faltosos às consultas com busca ativa na UBSTorotama.Rio Grande/RS.2015	74

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde.
APS	Atenção Primária à Saúde.
CAP	Caderno de Ações Programáticas.
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial.
CEREG	Central de Remarcação de Consultas.
DM	Diabetes Mellitus.
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis.
ESB	Equipe de Saúde Bucal.
ESF	Estratégia da Saúde da Família.
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica.
HPV	Papiloma vírus Humano.
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
RS	Rio Grande do Sul.
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência.
SUS	Sistema Único de Saúde.
UBS	Unidade Básica de Saúde.
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família.
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas.
PCCU	Prevenção de Câncer de Colo de Útero.
UNASUS	Universidade Aberta do SUS.

Sumário

Apresentação.....	8
1 Análise Situacional.....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	19
2 Análise Estratégica.....	20
2.1 Justificativa	20
2.2 Objetivos e metas	21
2.2.1 Objetivo geral	21
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	21
2.3 Metodologia	23
2.3.1 Detalhamento das ações.....	24
2.3.2 Indicadores.....	49
2.3.3 Logística.....	55
2.3.4 Cronograma	59
3 Relatório da Intervenção	60
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	60
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	62
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	63
4 Avaliação da intervenção	64
4.1 Resultados.....	64
4.2 Discussão	78
5 Relatório da intervenção para gestores.....	80
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	83
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	86
Referências.....	88
Anexos.....	89
Anexo A Ficha Espelho Programa De Atenção Aos Hipertensos e Diabéticos (Frente e verso).....	90
Anexo B Planilha de Coleta de Dados_ Hipertensos E Diabéticos Aba Dados da UBS.....	91
Anexo C Planilha de Coleta de Dados_ Hipertensos E Diabéticos Aba Mês 1	92
Anexo D Documento do comitê de ética	93
Anexo E Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias ..	94

Apresentação

Este é um trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da família, na modalidade à distância, no qual desenvolvemos uma intervenção na UBSF de Torotama, no município de Rio Grande, RS que foi realizada de Outubro a Dezembro do ano 2015, feito com o objetivo qualificar a atenção à saúde dos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus.

O volume está organizado em sete unidades.

Na primeira parte, Análise Situacional desenvolvida na Unidade 1, com a reflexão da situação de saúde da atenção primária e estratégia de saúde da família no município.

Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu na unidade 2.

A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada em 12 semanas durante a unidade 3, que oferece aspectos que se implantaram para as ações propostas.

Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção que descreve a análise qualitativa e quantitativa dos resultados obtidos com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, na unidade 4.

A quinta e sexta seções são o relatório aos gestores e o relatório para a comunidade e a sétima é a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Por último, será apresentada a bibliografia e os anexos que foram utilizados durante a intervenção.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) da Torotama, fica na Ilha de Torotama situada no município Rio Grande, do estado Rio Grande do Sul, é uma população rural com uma área de abrangência de aproximadamente 1200 pacientes que inclui a população de Banhado Silveira. Nosso posto começou uma reforma estrutural desde dezembro 2014, então ficamos trabalhando, primeiro na escola até iniciar as aulas em fevereiro, logo na casa do fundo da Unidade Básica de Saúde e agora ficamos na igreja até o dia 14 que vamos para um contêiner, que ainda ficam preparando para nossa mudança, não é conhecida a estrutura do contêiner, só que vamos a ficar ali até o novo posto tenha as condições para trabalhar. Nessa área a totalidade da população é pescador e de baixos recursos econômicos. A equipe fica composta por uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, três agentes comunitárias, duas recepcionistas, uma faxineira, um motorista, e é uma equipe pequena, única, muito organizada, profissional e unida, não temos estrutura física adequada por agora, mais nosso trabalho é desenvolvido sem gerar queixas da população. Temos uma unidade móvel que oferece atendimento odontológico aos pacientes conforme o cronograma da secretária de saúde, temos formados grupos de hipertensos, diabéticos, vida ativa, puericultura, planejamento familiar, e saúde mental, não temos, grupo de grávidas porque só temos uma grávida na área, que fazemos orientações individuais para ela, durante o controle pré-natal e temos também um grupo de adolescentes. (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas, 2014)

Nosso programa de trabalho vá dirigido a melhorara saúde da população, atuando sobre grupos de risco e fatores de risco que provocam doenças crônicas irreversíveis. A UBSfica inserida no programa de Estratégia de Saúde da, há vários anos, tem um cronograma de trabalho que fica planejado em consultas de intercorrências, agendadas e cuidado continuado a grupos de pacientes de risco. Semanalmente, todas as quarta na tarde, temos reunião de equipe onde se avaliam as orientações planejadas no cronograma de trabalho da secretária, as dificuldades acontecidas na semana de trabalho, e planejamos todo o trabalho da seguinte semana. Fazemos visitas domiciliares planejadas a pacientes acamados, idosos o pacientes com dificuldades para locomover-se, são atendidas urgências e emergências, além das dificuldades físico estruturais do posto. Não temos serviço de ambulância permanente, mais fica uma, na população do Povo Novo, população que está perto da ilha, e fornece atendimento de urgência e emergência.

Mensalmente temos reunião como Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), composto por uma psicóloga, uma assistente social, uma nutricionista, uma fisioterapeuta e um educador físico, grupo muito profissional que ajuda na solução de problemas de saúde da população assistida. Contamos com grupo gestor de saúde que ajuda ao desenvolvimento das ações de saúde, também na organização de programas educativos participativos da comunidade.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Torotama fica localizada no município de Rio Grande, estado do Rio Grande do Sul (RS). Tem uma população estimada de 207.036 habitante, 22 UBS, 8 delas são tradicionais e com Estratégia de Saúde da Família (ESF) são 36 equipes, existem 04 Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) compostos por uma psicóloga, uma nutricionista, uma assistente social e um educador físico. Existe 01 Centro de Apoio Psicossocial (CAPS I), 01 CAPS de Álcool e Drogas, 01 Centro especializado de saúde mental e 01 Hospital Psiquiátrico, dois hospitais gerais, e um hospital de cardiologia, unido ao serviço oncológico.

Nosso município tem disponibilidade de atenção especializada que transita por meio do Central de Remarcação de Consultas Especializadas (CEREG), luar onde são planejadas e distribuídas as consultas especializadas. A maior dificuldade

fica em pouca disponibilidade do pessoal especializado de atenção secundária, vinculada para trabalhar no programa da estratégia de saúde da família, isso dificulta muitas vezes o apoio das equipes básicas de saúde pela atenção especializada, como gastroenterologistas, oftalmologistas, ginecologistas, entre outros, que provocam filas de até dois anos de espera, dos usuários, para o atendimento. Temos disponibilidades de exame complementares que retornam em 15 dias aproximadamente, não têm esse tempo mesmo de retorno outros exames, como raio X, eletrocardiogramas, eletroencefalogramas, endoscopias, ultrassonografias, e outros exames de alta complexidade. A maior dificuldade que temos dentro dos serviços especializados são oftalmologistas, endocrinologista, dermatologistas e cirurgia ginecológica.

Em relação a UBS Torotama localizada em um área rural, uma comunidade de Pescadores, onde encontram-se três igrejas, uma escola, que tem uma estreita vinculação com a UBS e muitos pequenos postos de vendas. Nossa UBS é vinculada ao SUS, com uma equipe única, composta por uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, 3 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma auxiliar de serviços gerais, 2 recepcionistas e um motorista.

Para cobrir a área de abrangência da UBS precisamos de 4 ACS, mas atualmente temos apenas 3 pois uma está de licença então temos uma micro área descoberta.

A nossa UBS tem uma pequena sala de espera, uma sala onde é realizado nebulização, curativos, acolhimento, preparo de material e armazenamento das medicações. O consultório é compartilhado pela médica e enfermeira. Há uma sala de vacinação, onde temos disponíveis as vacinas necessárias para garantir a imunização da população. Temos um espaço que funciona como sala de reunião para a equipe, onde realizamos as atividades com os grupos. Existe uma cozinha e uma sala onde ficam os arquivos e armários. Todos os espaços são pequenos mas bem distribuídos e organizados para maior eficiência do trabalho.

É importante lembrar que esta estrutura são contêineres adaptados porque a estrutura original da UBS está em reforma, com previsão de término para o final do próximo ano, e vai ter uma estrutura conforme as normas de estrutura física para as UBS estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS).

Nossa área de abrangência tem uma população de 1200 habitantes.

O processo de trabalho da equipe é organizado de forma que diariamente temos 8 consultas agendadas e espaço para as demandas espontâneas (intercorrências) e retornos. As consultas gerais são realizadas pela manhã no horário da tarde são realizadas as consultas a grupos prioritários como puericultura, pré-natal, planejamento familiar, artesanato ou grupo de saúde mental ,também neste horário temos planejamento das consultas de enfermeira, Coleta de Preventivo de câncer de colo de útero ,(cito patológico) e realização dos Testes rápidos para sífilis, HIV e hepatites B e C.

São realizadas as atividades com os grupos de Hipertensão e Vida Ativa pela manhã e os outros grupos são desenvolvidos no horário da tarde, o grupo de vida ativa, é o grupo onde são desenvolvidas as atividades físicas regulares, onde temos vinculados usuários portadores de hipertensão e ou diabetes, com orientação e apoio do educador físico. Cada membro da equipe tem responsabilidades nas atividades dos grupos e no caso do Grupo Vida Ativa contamos também com um educador físico fixo que desenvolve as atividades semanalmente com o apoio do NASF.



Figura 1 Fotografia de atividade coletiva realizada com o Grupo de Hipertensos e Diabéticos vinculados ao Grupo Vida Ativa na UBS Torotama. Rio Grande/RS. 2015
Fonte: própria autora



Figura 2 Fotografia de atividade coletiva realizada com o Grupo de Hipertensos e Diabéticos vinculados ao Grupo Vida Ativa na UBS Torotama.Rio Grande/RS.2015
Fonte:própria autora



Figura 3 Fotografia de atividade coletiva realizada com o Grupo de Hipertensos e Diabéticos vinculados ao Grupo Vida Ativa na UBS Torotama.Rio Grande/RS.2015
Fonte:própria autora

Um dos grupos que também tem interessante participação, é o grupo de SaúdeMental, com grupo de artesanato onde tentamos vincular os usuários com essa condição. Os usuários com doenças mentais são avaliados pela equipe e discutidos,posteriormentesão repassados mensalmente na reunião com o NASF, os que precisam de atendimento especializados,são primeiro discutidos e avaliados conjuntamente com a psicologista do NASF e ela posteriormente transita os

usuários pela rede, como o CAPS de álcool e drogas, CAPS para criança e o ambulatório de saúde mental, onde são avaliados pelo equipe desses locais e acompanhados.



Figura 4 Fotografia de atividade coletiva realizada com o Grupo de artesanato vinculado ao Grupo de Saúde Mental na UBS Torotama em Rio Grande/RS.2015
Fonte: própria autora

Temos um horário fixo semanalmente para atenção àqueles usuários acamados ou idosos com dificuldade para se deslocarem até à UBS. Quando temos situações que requerem atendimento domiciliar urgente, são resolvidos os casos imediatamente, tentando atender as necessidades da comunidade.

Nossa área de abrangência tem uma população predominantemente adulta, idosa. A natalidade e fecundidade é baixa, pelo trabalho contínuo e frequentado equipe conforme ao Planejamento Familiar.

Em relação à saúde das crianças de acordo com nossos registros, são acompanhadas 28 crianças de 0 a 72 meses, não há na UBS indicadores de cobertura e qualidade do CAP nesta faixa etária. Temos só registros sobre a vacinação, que fica atualizada, em todas as idades. Temos uma população totalmente imunizada, não temos usuários com atrasos na vacinação, conforme ao protocolo de vacinação conforme o grupo etário estabelecido pelo Ministério da Saúde. Temos um horário específico para as consultas de puericultura e com processo de busca ativa dos faltosos, com acompanhamento contínuo dos casos

priorizados. Existe também um programa educativo em vinculação com a escola onde são feitos grupos de adolescente e ações preventivas aos outros grupos etários com apoio do Conselho de saúde da comunidade. Realizamos na UBS o Teste da Triagem Neonatal (Teste de pezinho) nos primeiros 7 dias após do nascimento da criança e no caso do Teste da Triagem Auditiva (Teste da orelhinha) e Teste do Reflexo Vermelho (Teste do olhinho) são realizados na maternidade. O acesso a especialistas é efetuado pelos encaminhamentos feitos pela equipe e agendados através da CEREG.

O número de crianças menores de um ano estimado segundo o Caderno de Ações Programáticas (CAP) é 14 crianças residentes na área de abrangência e temos conforme nossos registros 6 (43%) crianças menores de um ano acompanhadas na UBS. Todas as 6 (100%) tem as consultas em dia segundo o protocolo do Ministério de Saúde, com Teste da Triagem Neonatal (Teste de pezinho) feito nos primeiros 7 dias após do nascimento, assim como a primeira consulta de puericultura nos primeiros 7 dias após do nascimento. Todas estão com monitoramento do desenvolvimento psicomotor e do crescimento, avaliação bucal e vacinação em dia.

Em relação à atenção pré-natal também temos horário fixo para as consultas agendadas. Conforme o CAP o número estimado é 12 gestantes na área de abrangência da UBS, mas só temos 1 (8%) grávida residente na área de abrangência em acompanhamento e está com o pré-natal iniciado no primeiro trimestre, com todas as consultas em dia de acordo com o calendário do Ministério da Saúde, com solicitação de exames preconizados, com vacina antitetânica e contra hepatites B em dia conforme com o protocolo. Também nela foi feita avaliação de saúde bucal e orientação para o aleitamento materno exclusivo. Oferecemos atividades de educação em saúde diretamente na consulta com a grávida, em quanto a aleitamento materno exclusivo, higiene e nutrição saudável. Temos um protocolo de atendimento do ano 2012 estabelecido pelo Ministério de Saúde que facilita nosso trabalho,

Do mesmo jeito com a puérpera temos acompanhamento contínuo por ser os dois grupos de grande vulnerabilidade. Segundo o Caderno de Ação Programática o número estimado de puérperas são 14 nos últimos 12 meses, mas só temos 6 (43%) puérperas cadastradas e todas elas fizeram consultas de puerpério antes dos 42 dias do pós-parto, tiveram registradas no prontuário seu atendimento e

acompanhamento, todas estão com orientações sobre cuidados básicos do recém-nascido, aleitamento materno, planejamento familiar. Todas tiveram suas mamas avaliadas em busca de fissuras ou processos inflamatórios da mama. Também a todas as cadastradas foi feito o exame do abdômen examinados em busca da detecção da involução uterina, em busca de infecção puerperal, avaliamos seu estado psíquico, em busca de psicose puerperal.

Em todos os grupos priorizados, os retornos e acompanhamentos são marcados logo após da consulta. Também temos a estratégia de um processo de busca ativa de usuárias faltosas. Existe a disponibilidade de consultas especializadas, onde são acompanhadas as grávidas e puérperas de alto risco, com disponibilidade do especialistas para acompanhamento destes usuários na Secretaria de Saúde e no hospital da FURG.

Em relação ao controle de câncer de colo de útero e mama, conforme o CAP temos uma estimativa para a área de abrangência da UBS de 330 mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área, nossa área tem registradas, cadastradas e acompanhadas 330 (100%) mulheres entre 25 e 64 residentes na área da UBS para prevenção de câncer de colo de útero.

Nos indicadores de qualidade estamos com 242 (73%) mulheres na faixa etária entre 25 a 64 anos de idade com exame cito patológico para câncer de colo de útero em dia. Temos 68 (21%) mulheres com o exame cito patológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso. Estamos com 6 (2%) mulheres desta faixa etária com exame cito patológico para câncer de colo de útero alterado, com resultados inflamatório e estas mulheres são acompanhadas pela UBSF. Só nas usuárias com resultados indeterminados ou positivos para neoplasias, são encaminhados para consultas especializadas, com um ginecologista da rede, estabelecido para este tipo de atendimento.

Devemos salientar que 242 (73%) das coletas realizadas estão com amostras consideradas satisfatória e estão com células representativas da junção escamo colunar. Temos 242 (73%) destas mulheres acompanhadas que tiveram realizados a avaliação de risco para câncer de colo de útero durante a consulta clínica, onde estas mulheres de 25 a 64 anos foram investigadas para a presença de fatores de risco do CA de colo de útero (infecção pelo papiloma vírus humano - HPV, tabagismo, comportamento sexual de risco para CA de colo de útero), e as mesmas 242 (73%) tiveram as orientações sobre prevenção de CA de colo de útero

e foram orientadas especificamente em quanto a prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) .

Temos uma dificuldade com o retorno dos exames de CP, que são muito demorados os retornos dos resultados,também em relação à consulta especializada naqueles resultados que exigem condutas de maior complexidade. Da mesma forma acontece com as mamografias. As referências para as especialidades são feitas por meio do CEREG, com estabelecimento das prioridades conforme as necessidades dos usuários. Necessariamente temos que garantir um intenso trabalho educativo da população de mulheres assistidas, que não aceitam ainda estes procedimentos como necessários para um diagnóstico precoce e conduta oportuna.

Nas ações para prevenção de câncer de mama temos segundo o CAP, um número estimado de 123 mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área e estão acompanhadas na UBS 123 (100%) destas mulheres e os indicadores de qualidade demonstram que apenas 81 (66%) destas 123 mulheres estão com Mamografia em dia. Temos que as 123 (100%) mulheres receberam avaliação de risco para câncer de mama e receberam orientação sobre prevenção do câncer de mama. Todas aquelas mulheres nesta faixa etária, de 50 a 69 anos, idade de mais vulnerabilidade para aparecer o câncer de mama, são acompanhadas com exames físicos de mama, e orientadas sobre o autoexame de mama, assim como os sinais de alerta sobre lesões das mamas que são suspeitas de neoplasias de mama. Não temos a disponibilidade de realização de ultrassonografia de mama, e as mamografias são realizadas no hospital da FURG.

De acordo com o CAP, a estimativa de usuários portadores de HAS com 20 anos ou mais residentes na área são de 269 hipertensos e temos 228 (85%) cadastrados. Quanto aos indicadores de qualidade vemos que 176 (77%) acompanhados na UBS que tiveram a realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico que estão com os exames complementares periódicos em dia. Os 176 (77%) hipertensos acompanhados na UBS passaram por orientações sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável. Outro indicador de qualidade que chama a atenção é o de que 100 (44%) dos Hipertensos acompanhados na UBS estão com avaliação de saúde bucal em dia.

Conforme o CAP temos estimados 77 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área da UBS e a equipe acompanha 40 (52%) diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área.

Analisando os Indicadores de qualidade vemos que 20(50%) dos cadastrados e acompanhados estão com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, com exames complementares periódicos em dia e estão com exame físico dos pés nos últimos 3 meses os 20 (50%) diabéticos estão com orientação acerca da prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável.

Temos um grupo de usuários com hipertensão e diabetes, chamado de Grupo do Hiperdia, onde realizamos atividades de educação em saúde para esta população alvo. Também em cada consulta conseguimos fazer educação em saúde diretamente com o usuário para garantir melhor resultado, com participação de toda equipe. Hoje nossa equipe tem diminuído os encaminhamentos de usuários com hipertensão e diabetes não controlada, garantido, pelo trabalho conjunto e educativo da equipe na comunidade.

Em relação à atenção ao idoso, a estimativa conforme o CAP é de 164 pessoas com 60 anos ou mais residentes na área, mas na nossa UBS temos cadastrados 90 (55%). Dos idosos acompanhados temos 60(67%) com a Caderneta de Idoso, com avaliações multidimensional rápida, com a avaliação de risco de morbimortalidade e nos mesmos 60 (76%) foi realizada investigação de indicadores de fragilização na velhice. Dos idosos acompanhados temos que 78(87%) são hipertensos e 25(28%) são diabéticos. Temos que 33(37%) dos idosos mantêm suas avaliações de saúde bucal em dia. Receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e para a prática de atividade física regular 78 (87%) idosos.

Nossa equipe tem bem definido o atendimento dos idosos com uma atenção, integral, individual personalizada. Temos caracterizados os idosos como funcional e frágil. Temos muitos idosos que participam do Grupo do Hiperdia o que favorece a vigilância de suas doenças e recebem orientações sobre como evitar. Também participam de atividades realizadas pelo educador físico. Este grupo etário tem atendimento priorizado dentro da demanda espontânea e planejada e na coleta

dematerial para exames complementares. Os usuários idosos não funcionais, os denominados “frágeis” têm atendimento domiciliar por toda a equipe e também contamos com o apoio do NASF (pela nutricionista, psicóloga, assistente social, fisioterapeuta, educador físico) que facilita nosso trabalho. Temos a possibilidade de garantir suplementação alimentar a idosos que pelas condições físicas e econômicas necessitem. A disponibilidade e acesso a imunização nesta faixa etária é uma tarefa contínua da nossa equipe e conta sempre com o apoio do conselho local de saúde.

Atualmente nosso UBS tem dificuldade em relação ao serviço de odontologia, porque não temos uma equipe fixa, trabalhando dentro da unidade básica de saúde, e a população é atendida mensalmente conforme cronograma organizado pela Secretaria de Saúde por uma Unidade Móvel, são agendados os usuários conforme a demanda. Os casos de urgências são encaminhados para uma UBS de referência estabelecida para estes casos. Na nova UBS está prevista a sala de odontologia, e com isto conseguiremos oferecer para a população o serviço permanente em saúde bucal.

Com o preenchimento dos questionários e do Caderno de Ações Programáticas analisamos nossos serviços em quanto à estrutura da UBS, aos serviços que eram oferecidos à população e como estava nosso processo de trabalho e conseguimos visualizar como ficavam os indicadores em cada ação programática e a partir disto a equipe definiu qual seria nosso objeto de intervenção.

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

Analisando o Texto inicial sobre a situação da ESF/APS e o Relatório da Análise Situacional vemos que conseguimos neste último fazer uma avaliação mais completa com uma crítica mais complexa das dificuldades que ainda temos que superar e o jeito de conseguir atuar sobre elas para garantir uma melhor qualidade da assistência integral ao usuário.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

As doenças cardiovasculares constituem a principal e causa de morbimortalidade na população brasileira. A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus representam, dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário a nível nacional. Estas doenças com frequência levam a invalidez parcial ou total do indivíduo com grave repercussão para o usuário sua família e sociedade. Estas doenças tendo um diagnóstico precoce, são bastante sensíveis oferecendo múltiplas chances de evitar complicações. A vinculação dos portadores destas doenças as unidades básicas de saúde garante o acompanhamento e tratamento sistemático mediante ações que oferece melhor qualidade de vida. Detectar, estabelecer diagnósticos, identificar lesões em órgãos e /ou complicações crônicas e efetuar tratamento adequado, para hipertensão arterial e /ou diabetes mellitus, caracteriza-se como um verdadeiro desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS), porque são doenças que precisam de intervenção imediata pela alta prevalência na população brasileira e pelo grau de incapacidade que provocam . É necessário a adesão e esforços de todos os envolvidos, para a reorganização da atenção básica como estratégia principal para a prevenção destas doenças, complicações e para a promoção da saúde para garantir uma melhor qualidade de vida. (BRASIL, 2013 a)

A equipe da UBSF é composta por uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, 3 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma auxiliar de serviços gerais, 2 auxiliares administrativos, e um motorista e uma faxineira. Na área adstrita à UBS existem 1200 pessoas, e a estimativa pelo CAP é que temos na área de abrangência da UBS 853 pessoas com 20 anos ou mais e desta população

estima-se que tenhamos 269 hipertensos com 20 anos ou mais, e 77 pessoas com 20 anos ou mais portadores de Diabetes. Atualmente, antes da intervenção temos 228(85 %) usuários acompanhados na UBSF com Hipertensão Arterial e 40(54 %) usuários com Diabetes Mellitus cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus na UBS.

A equipe, antes da intervenção já realiza algumas ações na atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes, mas precisamos qualificar melhor estas ações. Desenvolvemos algumas ações como atualização dos prontuários, visitas domiciliares, planejamento e realização de ações de educação em saúde, assim também as consultas agendas a grupos prioritários. Também realizamos busca ativas de usuários dos usuários da micro área em cobertura de agentes comunitário de saúde. Estamos no processo de organização e atualização dos prontuários dessa área. Sabemos que para o sucesso da intervenção também é muito importante o conhecimento de toda a rede de saúde para dar continuidade a nosso trabalho, para poder acessar, aos serviços secundários que precisarmos para o atendimento integral e para garantir melhor controle e qualidade de vida ao usuário com hipertensão e/ou diabetes.

A realização da intervenção em nossa UBS é importante, pois sabemos do elevado número de usuários diabéticos e/ou hipertensos que temos na área e, pela elevada incidência de mortalidade por complicações destas doenças. Ressaltamos também que a nossa população é predominantemente idosa e temos muitos idosos com hipertensão e diabetes.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Qualificar a atenção à saúde dos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS de Totorama, Rio Grande-RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1 Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

Meta 1.1 Cadastrar 100% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Meta1.2 Cadastrar 100% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Objetivo 2 Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Meta 2.3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Meta 2.4 Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5 Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastrada na UBS.

Meta 2.7 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastrados na UBS.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Objetivo 3 Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta3.1 Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2 Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Objetivo 5 Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Objetivo 6 Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na UBS de Torotama, no Município de Rio Grande-RS para qualificação da atenção à saúde dos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus.

A área de abrangência da USF é responsável pela cobertura de 1.200 pessoas. O público alvo desta intervenção serão os adultos maiores de 20 anos de idade portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1 Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

Meta 1.1 Cadastrar 100% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 1.2 Cadastrar 100% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

→ No eixo de Monitoramento e Avaliação

Ação:

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Detalhamento:

O monitoramento do número de pessoas com hipertensão e diabetes cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus na UBS de Torotama será acompanhado semanalmente através das conferências de prontuário e ficha espelho e, sobretudo, através do preenchimento da Planilha de Coleta de Dados (PCD), fornecida pelo curso. Os resultados serão discutidos nas reuniões de equipe, semanalmente faremos um levantamento cruzado dados entre o SIAB e a PCD para sabermos quais pessoas ainda não foram cadastradas no programa e o ACS e equipe implementarão estratégias para melhorar a adesão do Grupo-alvo da intervenção. Responsável desta atividade, a medica.

→ No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ações:

- Garantir o registro de pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas no Programa.

- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e/ou Diabetes Mellitus.

- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na UBS.
- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na UBS.

Detalhamento:

Buscaremos acolher todos os usuários maiores de 18 anos que procurem a UBS, garantindo a aferição da PA de todos pacientes pela técnica de enfermagem e/ou médica e/ou enfermeira. Esta atividade será realizada diariamente no horário de funcionamento da UBS.

O acolhimento à demanda espontânea será realizado por toda a equipe, porém o primeiro contato do usuário na UBS é com a recepcionista que fará o primeiro acolhimento e encaminhará o usuário dentro da UBS segundo a sua necessidade.

Aqueles usuários que comparecerem À UBS e não fizerem parte da área adstrita à UBS será acolhido e buscaremos atender a sua necessidade e orientaremos sobre a importância de buscar a UBS da área de abrangência de sua residência.

Para garantir todos os insumos necessários para a intervenção a médica irá enviar um ofício de solicitação ao gestor da SMS, para que seja disponibilizado os materiais para garantir um adequado registro, fichas espelho suficientes, e hemoglicoteste para monitoramento e acompanhamento dos usuários diabéticos ou de risco para desenvolver a diabetes, assim como esfigmomanometro com ótimas condições.

→No Eixo de Engajamento Público:**Ações:**

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus na UBS.
- 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:

A comunidade será esclarecida sobre a importância da realização do acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos, durante as salas de espera onde os ACS serão os responsáveis por multiplicar estas informações. A médica irá participar da reunião mensal no conselho de saúde, a fim de divulgar a intervenção e solicitar a contribuição de todos. Serão colhidas sugestões para melhorar as ações através de caixa de sugestões confeccionada pela equipe.

Toda a equipe irá mobilizar os líderes comunitários para uma reunião que acontecerá na sala de reuniões da UBSF uma vez ao mês.

. →No eixo de Qualificação da Prática Clínica:**Ações:**

- Capacitar os ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS.

- Capacitar a equipe da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

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

Detalhamento:

Buscaremos capacitar o ACS para a revisão dos dados do SIAB acerca da população da área adstrita à UBS e principalmente no levantamento de dados dos Hipertensos e /ou Diabéticos que ainda não estejam cadastrados na UBS.

Realizaremos a capacitação da equipe para medição da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Nisto discutiremos principalmente o que está descrito na página 30 do Caderno número 37 do Departamento de Atenção Básica _Estratégia para o Cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial, publicado em 2013 (protocolo adotado).

Para a capacitação para a realização do Hemoglicoteste enfatizaremos que a realização do mesmo será para os adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou fatores de risco ou sinais clínicos de hipoglicemia ou hiperglicemia. Atentar para as orientações da página 27 (Tabela 1 – Critérios para o rastreamento do DM em adultos assintomáticos) do Caderno número 36 do Departamento de Atenção Básica _Estratégia para o Cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus, publicado em 2013 (protocolo adotado).

As reuniões de capacitação serão realizadas na própria UBS, durante as duas primeiras semanas da intervenção, utilizando um dia da semana, nas duas horas finais do expediente. Se necessário se estenderá a mais semanas. As capacitações serão realizadas pela médica e/ou enfermeira da equipe.

Objetivo 2 Melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e diabéticos.

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

→ No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ação:

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes.

Detalhamento:

Para monitorarmos a realização do exame apropriado aos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados durante a intervenção, buscando complicações nos usuários e sinais de estar descompensado clinicamente. Semanalmente, a médica e a enfermeira farão a verificação dos registros nos prontuários clínicos, conferências da Ficha Espelho e, sobretudo, através do preenchimento da Planilha de Coleta de Dados (PCD) fornecida pelo curso. Os resultados serão discutidos nas reuniões de equipe que ocorrerão semanalmente. Serão feitos acompanhamentos conforme as do usuário, em caso de estar descompensado com a periodicidade que seja necessária para conseguir regular e controlar a doença.

→ No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ações:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com hipertensão.

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

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

- Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na UBS.

Detalhamento:

Definiremos, a partir da capacitação dos profissionais da equipe acerca das atribuições de cada membro da equipe no exame clínico apropriado de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Realizaremos as capacitações nas duas primeiras semanas da intervenção e sempre que se fizer necessário.

Solicitaremos à gestão pelo menos 1 cópia impressa dos protocolos adotados para consulta da equipe.

Estaremos sempre guiados pelos protocolos adotados e deixaremos bem claro sobre o que nos orienta o Capítulo 2 dos Protocolos adotados (Caderno 36 e Caderno 37 adotado) no que diz acerca do exame clínico apropriado realizado pela enfermeira e pela médica.

→No Eixo de Engajamento Público:**Ação:**

- Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e/ou do diabetes.

Detalhamento:

Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e/ou do diabetes, através de ações educativas, atividades de grupos, palestras, mural informativo na própria UBS e na comunidade. Isso é responsabilidade de todos os integrantes da equipe e buscaremos também os líderes da comunidade para nos auxiliar nas atividades de educação em saúde.

→No eixo de Qualificação da Prática Clínica:**Ação:**

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

Detalhamento:

Capacitaremos e orientaremos os profissionais da equipe acerca do exame clínico apropriado. Esta capacitação será realizada, na primeira semana da intervenção, entre a médica e a enfermeira da equipe, onde eles discutirão o Protocolo adotado e outros referenciais teóricos que orientem sobre a realização apropriada do exame clínico de competência de cada profissional.

Ainda na primeira semana da intervenção a médica e a enfermeira farão uma capacitação dos demais membros da equipe sobre a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.

Meta 2.3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

→ **No eixo de Monitoramento e Avaliação:**

Ação:

- Monitorar a realização de exame dos pés das pessoas com diabetes.

Detalhamento:

O monitoramento da realização de exame dos pés de todos os usuários diabéticos que assistem a consulta será feito pela médica e/ou enfermeira da equipe e acompanhado semanalmente através da revisão da ficha espelho e prontuário.

→ **No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:**

Ações:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame dos pés das pessoas diabéticas.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.

Detalhamento:

Na primeira semana de intervenção, quando discutirmos acerca das atribuições de cada profissional, definiremos que a realização do exame dos pés nas pessoas com DM será realizada pela médica e/ou enfermeira durante o exame clínico. Apesar da avaliação dos pés ser realizada pela médica e enfermeira discutiremos com toda a equipe acerca da avaliação e cuidados com os pés de pessoas com Diabetes Mellitus segundo o que preconiza o Capítulo 5 do caderno 36 da Atenção Básica, que adotaremos como protocolo.

Vamos requisitar ao gestor, através de Ofício o monofilamento 10 g para a realização do Teste de Sensibilidade do pé do usuário com diabetes, bem como os outros equipamentos que nos auxiliarão no exame dos pés.

Junto à gestão buscaremos organizar o Fluxo de referência e contra referência para pessoas com diabetes que necessitem de consultas com especialistas/ou exames especializados.

→No Eixo de Engajamento Público:**Ação:**

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

Detalhamento:

Orientar 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, através de ações educativas, atividades de grupos, palestras, mural informativo na própria UBS e na comunidade. Isso é responsabilidade de todos os integrantes da equipe e buscaremos também os líderes da comunidade para nos auxiliar nas atividades de educação em saúde.

Durante as consultas clínicas a médica e enfermeira orientarão às pessoas com DM para prevenção de ocorrência de ulcerações nos pés e para estabelecer um cuidado diário adequada dos membros inferiores, é fundamental para evitar internações desnecessárias e amputações.

→No eixo de Qualificação da Prática Clínica:**Ação:**

- Capacitar a equipe para a realização de exame apropriado dos pés.

Detalhamento:

Esta capacitação será realizada, na primeira semana da intervenção, entre a médica e enfermeira da equipe onde eles discutirão o Protocolo adotado e outros referenciais teóricos que orientem sobre a realização apropriada do exame do pé da pessoa com diabetes. Discutiremos especialmente, sobre o que orienta o Caderno 36 no Capítulo 5(Avaliação e Cuidados com os Pés de Pessoas com Diabetes Mellitus na Atenção Básica).

Estas informações também serão repassadas aos outros membros da equipe nas capacitações que se realizarão nas duas primeiras semanas da intervenção, pela médica e a enfermeira.

Meta 2.4 Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5 Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

→No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ações:

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS.
- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento:

O monitoramento será semanal mediante avaliação das Fichas Espelho. Será realizado pela médica e pela enfermeira da equipe. Neste monitoramento será realizado um sistema de alerta que permita identificar os que não tenham os resultados dos exames realizados e avaliados e serão avaliados aqueles usuários com exames feitos e com seus resultados oferecendo orientação sobre seus exames. Esta ação será desenvolvida pela médica, com agendamento e triagem pela enfermeira conforme os resultados dos exames realizados e busca ativa das agentes comunitárias de saúde.

→No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ações:

- 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 para os exames complementares preconizados.

Detalhamento:

Nas consultas clínicas, os profissionais deverão sempre ter o cuidado de verificar se os exames complementares estão em dia. Se for a primeira consulta solicitar que o usuário os realize.

Buscaremos junto ao gestor garantir uma organização dos serviços de forma que consigamos os materiais necessários para a realização dos exames (testes rápidos) na UBS e facilitar o acesso dos usuários nos serviços laboratoriais e de apoio de diagnóstico do município ou nos municípios de referência (quando detectada a necessidade de realização de exames de maior complexidade).

Pediremos para ele também que nos garanta agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Estabeleceremos um sistema de alerta para os exames complementares preconizados de forma que para aqueles usuários com atraso nos exames seja feito um registro na Ficha Espelho com um adesivo amarelo para aquele com exame atrasado e na cor vermelha naquele que ainda não realizou nenhum exame complementar solicitado. Responsabilidade desta atividade serão da médica, a enfermeira e com apoio da gestão municipal.

→No Eixo de Engajamento Público:

Ações:

- Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar as pessoas com hipertensão e/ ou diabetes a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento:

Através de atividades educativas na UBS e na comunidade e nos diálogos com os usuários durante as consultas clínicas, orientaremos as pessoas portadoras de hipertensão e/ou diabetes sobre a importância da realização dos exames complementares solicitados, podendo evitar transtornos futuros com a saúde, e esclarecendo a todos sobre os riscos que correm quando não realizados esses exames para um melhor acompanhamento.

Deixar claro que é muito importante realizar os exames conforme a periodicidade estabelecida (a cada três meses) para que a Ficha Espelho e o cartão do usuário estejam sempre atualizados. Responsabilidade de toda a equipe.

→No eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Ação:

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

Detalhamento:

Nas duas primeiras semanas de intervenção, nas atividades de capacitação com a equipe estaremos discutindo os protocolos adotados no tocante à solicitação de exames complementares preconizados, esta atividade será realizada pela médica e enfermeira da equipe.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Meta 2.7 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

→No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ação:

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

Detalhamento:

Sempre que o usuário chegar para as consultas clínica, a médica e enfermeirasolicitarão a Caderneta do Hipertenso e Diabético para a verificação dos medicamentos prescritos e verificarão se o mesmo teve acesso aos medicamentos prescritos na Farmácia da UBS(Hiperdia) ou em Farmácia Popular.

Isto também será realizado através do monitoramento do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia pela médica e/ou enfermeira e/ou a técnica de enfermagem da equipe semanalmente através da revisão da ficha de entrega de medicamentos e do controle de estoque de medicamentos.

→No eixo de Organização e Gestão dos Serviços

Ações:

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastrados na UBS.

Detalhamento:

A cada quinze dias serão realizados pela Técnica de Enfermagem e/ou enfermeira e responsável pela Farmácia o controle de estoque (incluindo validade) de medicamento. Teremos um caderno de registro com dados de entrada, saída e data de validade para um melhor controle.

Buscaremos junto à gestão garantir quantidade suficiente em estoque de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia para garantir o acesso dos usuários aos mesmos para que não tenhamos falhas no uso da medicação prescrita.

Quando nas consultas surgir à necessidade de prescrever um medicamento que a Farmácia não tiver, deveremos sinalizar ao gestor a necessidade de adquiri-lo.

→No Eixo de Engajamento Público:

Ação:

- Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento:

Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, através de ações educativas, atividades de grupos, palestras, mural informativas na própria UBS e na comunidade. Isso é responsabilidade de todos os integrantes da equipe e buscaremos também os líderes da comunidade para nos auxiliar nas atividades de educação em saúde.

→No eixo de Qualificação da Prática Clínica:**Ações:**

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

Detalhamento:

A profissional médica que é a pessoas responsável pela prescrição de medicamentos deverá buscar atualizar-se através da lista RENAME mais atual sobre as medicações utilizadas para tratamento da Hipertensão e Diabetes.

A médica e a enfermeira capacitarão os demais membros da equipe para se caso os medicamentos prescritos não forem encontrados na própria UBS, orientar aos usuários para recorrer às Farmácias Populares que fornecem medicamentos a baixo custo. Esta atividade será desenvolvida, na sala de administração.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas hipertensas.

Meta 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas diabéticas.

→No eixo de Monitoramento e Avaliação:**Ação:**

- Monitorar as pessoas hipertensas e diabéticas que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento:

O monitoramento das pessoas hipertensas e/ou diabéticas que necessitam de atendimento odontológico será feito semanalmente pela médica e/ou enfermeira da equipe. Nas consultas clínicas as mesmas irão interrogar aos usuários se tem problemas dentários, há quanto tempo não recorre ao odontólogo para fazer uma avaliação da saúde bucal e sugerir que recorram ao atendimento odontológico para uma averiguação.

Também realizarão o exame clínico da cavidade oral para detectar problemas que tenham necessidades de encaminhamento urgente para o odontólogo. Também serão feitas orientações sobre higiene bucal, responsabilidade da médica e enfermeira da unidade.

A ficha espelho não prevê a coleta de informações sobre a necessidade de atendimento odontológico. Por isso para poder coletar dados necessários ao monitoramento a médica e o enfermeira vão anotar estes dados na Ficha Espelho.

→ No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:**Ações:**

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.
- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento:

Buscaremos dialogar com a gestão e com a equipe “Móvel” de odontologia uma “agenda compartilhada” e estratégias que viabilizem uma organização de agenda para as consultas programáticas em especial para aqueles que apresentam maior vulnerabilidade para as doenças bucais. Com isto buscaremos ter disponíveis, no mínimo uma vaga diária para a avaliação da saúde bucal dos usuários com Hipertensão e Diabetes. A cada consulta clínica o profissional médico e enfermeira quando diante da anamnese e exame físico detectarem problemas bucais nos usuários encaminhá-lo-ão ao odontólogo para avaliação e estabelecimento de plano de tratamento adequado à situação. Buscaremos com a equipe de odontologia ter

um retorno de informações acerca dos usuários que encaminhamos para a assistência odontológica, se foram ou não atendidos e se fora realizado algum procedimento. Estes dados registrarão na Ficha Espelho, para um melhor acompanhamento.

→No Eixo de Engajamento Público:

Ação:

- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes.

Detalhamento:

Durante as atividades de educação em saúde e nas consultas clínicas e nas atividades com os grupos de hipertensos e diabéticos ou outros espaços comunitários orientaremos acerca da importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes. Estas atividades serão realizadas por todos os profissionais da equipe e buscaremos principalmente incentivar o odontólogo a realizar atividades de educação em saúde sobre hábitos de higiene bucal e principais problemas odontológicos detectados na comunidade.

→No eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Ação:

- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento:

Organizaremos com o odontólogo uma data, nas duas primeiras semanas de intervenção para que ele possa capacitar a equipe sobre as doenças odontológicas que precisam atendimento. Também a médica e enfermeira capacitarão a equipe sobre como repassar informações à comunidade sobre os cuidados para a obtenção de saúde bucal. Essas atividades serão realizadas nas duas primeiras semanas de intervenção nas reuniões da equipe.

Objetivo 3 Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 3.1 Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2 Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

→No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ação:

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

Detalhamento:

O Monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) será feito pela médica e/ou enfermeira da equipe semanalmente através da revisão da ficha espelho e junto com o livro de registro desses usuários.

→No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ações:

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
- Organizar a agenda para acolher as pessoas com hipertensão e diabetes provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento:

Semanalmente a enfermeira e os técnicos em enfermagem juntamente com a médica farão um relatório dos usuários faltosos. Inicialmente solicitarão ao ACS de cada micro área para buscar os faltosos e orientá-los para retornar à UBS e realizar os acompanhamentos. Se mesmo assim o usuário não retornar à UBS, toda a equipe de saúde (médica, ACS, enfermeira e técnicos em enfermagem) em visitas domiciliares buscarão orientar e convencer aos usuários para recorrer à UBS para atualizar a consultas e manter sempre as mesmas em dia.

Será organizada a agenda para que permita acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares, isso programado durante reunião de equipe com todos os membros.

→No Eixo de Engajamento Público:

Ações:

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com hipertensão e/ou diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

- Esclarecer as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento:

Durante os atendimentos diários na UBS, antes de iniciar os atendimentos a equipe realizará uma atividade de “Sala de Espera” onde trará para as pessoas presentes a importância do acompanhamento regular do hipertenso e diabético com a equipe e falar sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

A cada semana designaremos um profissional da equipe para realizar a atividade “Sala de Espera”. Nas reuniões com os líderes comunitários e de grupos buscaremos incentivar aos presentes para falar sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com hipertensão e/ou diabetes (se houver número excessivo de faltoso).

→No eixo de Qualificação da Prática Clínica:**Ação:**

- Capacitar os ACS para a orientação de pessoas com hipertensão e/ou diabetes quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento:

A médica e/ou enfermeira, capacitarão aos ACS para que sempre que realizar as visitas domiciliares pedir a caderneta dos portadores de HAS e DM para verificar as datas das consultas marcadas e estar sempre orientando-os para não faltarem à consulta previamente agendada.

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

→No eixo de Monitoramento e Avaliação:**Ações:**

- Monitorar a qualidade dos registros de pessoas com hipertensão e/ou diabetes acompanhadas na UBS.

Detalhamento:

Para monitorar a qualidade dos registros de pessoas com hipertensão e/ou diabetes acompanhadas na UBS será analisado o livro de registro de hipertensos

e/ou diabéticos, com o objetivo que todos os usuários cadastrados tenham sua ficha espelho revisada semanalmente médica e/ou enfermeira da equipe.

→No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ações:

- Manter as informações do SIAB/e-SUS atualizadas.
- Implantar a ficha de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos 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:

Os ACS terão a responsabilidade de manter as informações do SIAB/e-SUS atualizadas, mensalmente na atualização e coleta de dados nas visitas domiciliares. Também mensalmente, repassaremos para o setor de Informática da Secretária Municipal de Saúde as informações para atualização do SIAB/ e-SUS.

A Ficha de acompanhamento que utilizaremos para atualizar os dados durante a consulta clínica será a Ficha Espelho (Anexo A) que adotaremos.

Será realizado pelo grupo de monitoramento, por meio do acompanhamento da ficha espelho e planilha de coleta de dados e discutidos em reunião de equipe semanalmente.

Criaremos 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 para isto vamos a identificar com cores diferentes nas fichas espelho de forma que a equipe possa identificar de acordo com as cores adotadas, aqueles usuários que tem pendências no acompanhamento. Responsabilidade da médica e enfermeira.

→No Eixo de Engajamento Público:

Ação:

- Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento:

Todos os integrantes da equipe, através de palestras e diálogos na própria consulta, orientarão às pessoas com hipertensão ou diabetes e a comunidade sobre o direito de cada usuário em relação à manutenção de seus registros de saúde e conscientizá-los de que esses registros estão na ficha de acompanhamento e sempre que precisarem pode está solicitando na recepção, pois os mesmos estão disponíveis e o acesso a eles não pode ser negado.

→No eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Ações:

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento da pessoa hipertensa e/ou diabética.
- Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento:

A médica e/ou enfermeira da equipe vão capacitar aos técnicos em enfermagem e burocrata para o registro adequado das informações de identificação do usuário na ficha espelho (nome, endereço) e de seus documentos oficiais como cartão SUS, identidade e comprovante de residência

A médica e enfermeira se capacitarão para o registro adequado das informações quanto aos procedimentos clínicos realizados em todas as consultas.

Objetivo 5 Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

→No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ação:

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento:

O monitoramento da estratificação do risco cardiovascular em diabéticos e/ou hipertensos será revisado pela médica e enfermeira que a cada consulta verificará na ficha espelho para verificar se o usuário já fez pelo menos uma vez a estratificação de risco por ano. Estas informações deverão estar registradas na ficha espelho para facilitar o monitoramento.

→No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:**Ações:**

- Priorizar o atendimento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes avaliadas como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento:

Organizaremos na agenda da médica e da enfermeira horários para atendimento de pessoas hipertensas e/ou diabéticas diagnosticadas como de alto risco durante a avaliação do escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Estas pessoas terão um acompanhamento mais regular de acordo com a adesão ou não ao tratamento estabelecido.

→No Eixo de Engajamento Público:**Ações:**

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer as pessoas com hipertensão e/ ou diabetes e à comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento:

Nas atividades de educação em saúde na UBS e na comunidade buscaremos esclarecer às pessoas com hipertensão e/ ou diabetes e à comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Durante as consultas clínicas, orientaremos as pessoas com hipertensão e/ou diabetes sobre o seu nível de risco da doença e sobre a importância do acompanhamento regular das consultas.

Isso é responsabilidade de todos os integrantes da equipe e buscaremos também os líderes da comunidade para nos auxiliar nas atividades de educação em saúde.

→No eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Ações:

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

A médica e/ou enfermeira da equipe, na primeira semana de intervenção, discutirão e estudarão o Protocolo adotado para a realização da estratificação de risco de acordo com o escore de Framingham ou lesões em órgãos alvo. Também estabelecerão um Fluxo para que não deixem deregistrar todas as informações na ficha espelho e prontuários. Esta Ficha deverá ser alimentada a cada consulta de cadastro e acompanhamento do usuário.

Na capacitação com toda a equipe serão apresentadas aos demais as estratégias utilizadas para a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e sobre estratégias para o controle dos fatores de risco modificáveis. Esta capacitação será realizada pela médica.

Objetivo 6 Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

→No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ação:

- Monitorar a realização de orientação nutricional as pessoas com hipertensão e com diabetes.

Detalhamento:

A médica e/ou enfermeira, semanalmente, verificar na ficha espelho e procurar saber através de diálogos os usuários hipertensos e diabéticos, durante

o atendimento clínico se estes receberam orientações nutricionais sobre alimentação saudável durante as consultas clínicas ou se participaram de alguma atividade coletiva sobre este tema. Estas informações deverão estar registradas na ficha espelho para facilitar o monitoramento.

. No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ações:

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento:

A equipe se organizará para realizar atividades coletivas sobre o tema “alimentação saudável”. Convidaremos usuários hipertensos e diabéticos e/ou acompanhantes e familiares para receber orientações de como se alimentar de forma saudável utilizando os alimentos, frutas, legumes e verduras da região realizando a preparação de pratos típicos, que sejam saudáveis e recomendáveis para hipertensos e diabéticos.

Organizar-nos-emos para realizarmos estas atividades pelo menos mensalmente. A médica e/ou enfermeira da equipe discutirão nas reuniões com o NASF aqueles usuários que precisam orientações nutricionais específicas.

→ No Eixo de Engajamento Público:

Ações:

- Orientar pessoas com hipertensão e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar pessoas com diabetes e seus familiares sobre a importância de se ter uma alimentação saudável, bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento do diabetes.

Detalhamento:

Organizaremos atividades de educação em saúde para os usuários hipertensos e diabéticos e/ou acompanhantes e familiares para receber orientações nutricionais de como se alimentar de forma saudável utilizando os alimentos, frutas, legumes e verduras da região, realizando a preparação de pratos típicos, que sejam saudáveis e recomendáveis para hipertensos e diabéticos com apoio da nutricionista do NASF.

Estas ações educativas serão realizadas através de atividades de grupos, palestras, mural informativo na própria UBS e na comunidade. Isso é responsabilidade de todos os integrantes da equipe e buscaremos também os líderes da comunidade para nos auxiliar nas atividades de educação em saúde.

.→No eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Ações:

- Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável e específica para pessoas com diabetes.
- Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento:

A médica e/ou enfermeira irão capacitar a equipe para orientar as pessoas diabéticas e hipertensas nas visitas sobre como se alimentar bem de forma saudável e também para que desenvolvam hábitos de alimentação saudável e disseminam para familiares, amigos e toda a comunidade.

No que tange as metodologias que utilizaremos para as atividades de educação em saúde buscaremos organizar previamente com a equipe se atividade educativa a ser realizada na UBS e na comunidade e estas poderão ser realizadas por meio de palestras, rodas de conversa, sala de espera ou dinâmicas de grupo ou outras sugestões que surgirem durante a organização da logística da atividade.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física 100% das pessoas com diabetes.

→No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ações:

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular às pessoas com hipertensão e com diabetes.

Detalhamento:

Verificar na ficha espelho e procurar saber através de diálogos os usuários hipertensos e diabéticos estão recebendo orientações durante as consultas sobre a importância prática regular de atividade física. Estas informações deverão estar registradas na ficha espelho para facilitar o monitoramento. Responsabilidade da médica e enfermeira.

→No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:**Ações:**

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Envolver educadores físicos do NASF nas orientações sobre prática regular

de exercícios físicos, também criar motivação para conseguir maior adesão ao grupo de vida ativa aqueles que usuáriosportadores de hipertensão e diabetes e também aos usuários de risco a desenvolver estas doenças.

Detalhamento:

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física e demandaremos envolver educadores físicos nesta atividade. Incentivaremos a criação de grupo de caminhada e/ou de atividades físicas. Responsabilidade da médica enfermeira e o educador físico do NASF.

→No Eixo de Engajamento Público:**Ações:**

- Orientar pessoas com hipertensão e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da hipertensão.
- Orientar pessoas com diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento do diabetes.

Detalhamento:

No decorrer das consultas clínicas e através de ações educativas, atividades de grupos, palestras, mural informativo na própria UBS e na comunidade buscaremos promover orientações sobre prática de atividade física regular para toda a comunidade, especialmente para os hipertensos e diabéticos.

Organizaremos junto à gestão a disponibilidade de um educador físico para orientar sobre as atividades de educação em saúde para a comunidade, que orientará sobre a importância da prática regular de atividade física e dicas de como fazê-las de forma adequada respeitando horários, entre outros. Responsabilidade de toda equipe.

→No eixo de Qualificação da Prática Clínica:**Ações:**

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

Detalhamento:

Para capacitar a equipe sobre a promoção da prática de atividade física regular, buscaremos junto ao educador físico do NASF sua vinculação nestas atividades. Se não for possível esta capacitação será realizada pela médica e enfermeira da equipe e educador físico do NASF.

Buscaremos envolver toda a equipe de saúde na capacitação junto ao educador físico do NASF na promoção, orientações sobre prática de atividade física regular para toda a comunidade, especialmente para os hipertensos e diabéticos. As atividades de educação em saúde buscaremos organizar previamente com a equipe, se a atividade educativa a ser realizada na UBS e na comunidade e estas poderão ser realizadas por meio de palestras, rodas de conversa, sala de espera ou dinâmicas de grupo ou outras sugestões que surgirem durante a organização da logística da atividade.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

→ No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ação:

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo às pessoas com hipertensão e com diabetes.

Detalhamento:

Verificar na ficha espelho e procurar saber através de diálogos os usuários hipertensos e diabéticos estão recebendo orientações durante as consultas sobre a importância dos riscos sobre o tabagismo. Estas informações deverão estar registradas na ficha espelho para facilitar o monitoramento. Responsável a médica

→ No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ações:

- Demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.

Detalhamento:

Através de uma reunião ou diálogo/conversa, procurar saber do gestor, se a Secretaria de Saúde, já aderiu ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde. Se a resposta for não, informar sobre o programa e conscientizá-lo da importância da adesão para um melhor controle dos riscos de

saúde aos usuários com hipertensão e diabetes. Responsável a enfermeira e ou medica.

→No Eixo de Engajamento Público:

Ações:

- Orientar as pessoas com hipertensão e diabéticatabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento:

Orientar pessoas com hipertensão e/ou diabetestabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo através de atividades de grupos, palestras, mural informativo na própria UBS e na comunidade. Isso é responsabilidade de todos os integrantes da equipe e buscaremos também os líderes da comunidade para nos auxiliar nas atividades de educação em saúde.

→No eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Ações:

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

Detalhamento:

Discutiremos entre a equipe para chegarmos num consenso para juntos ministrarmos atividades educativas na UBS e na comunidade para as pessoas hipertensas e diabéticas e para a população, passando as informações necessárias e oferecendo tratamento para os que quiserem parar de fumarresponsabilidade da medica.

Conversaremos com o gestor para viabilizar a participação da equipe em atividades de capacitação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT).

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

→No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ações:

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento:

Para monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal, às pessoas com hipertensão e/ou diabetes utilizaremos a ficha espelho fornecida pelo Curso, para a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal (avaliação da necessidade de atendimento odontológico) vamos registrar estes dados num local na própria ficha espelho.

A cada semana, a médica e enfermeira e técnicos, irão verificar as fichas de acompanhamento, para acompanhar, sem os usuários com hipertensão e diabetes receberem orientações sobre higiene bucal.

→No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ações:

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

Detalhamento:

Disponibilizaremos no mínimo 10 minutos de consultas para cada usuário (atentando para as necessidades avaliadas durante as consultas), no intuito de conversarmos sobre ações de promoção em saúde e hábitos de vida saudável.

→No Eixo de Engajamento Público:

Ações:

- Orientar as pessoas com hipertensão e diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento:

Estaremos orientando às pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade, sobre a importância da higiene bucal através de atividades de grupos, palestras, mural informativo na própria UBS e na comunidade, bem como nas consultas clínicas, sobre a importância da escovação correta dos dentes após cada refeição. Isso é responsabilidade de todos os integrantes da equipe e buscaremos também os líderes da comunidade para nos auxiliar nas atividades de educação em saúde.

→No eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Ações:

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento:

Convidaremos o odontólogo para capacitar a equipe sobre hábitos de higiene bucal e doenças comuns da cavidade oral e outros temas de interesse, para que nas consultas e através de palestras possamos está orientando corretamente aos usuários hipertensos e diabéticos sobre as formas de manter a saúde bucal e sobre a importância de, realizar exame bucal periodicamente.

2.3.2 Indicadores

Os indicadores propostos neste projeto serão observados e avaliados para garantir o monitoramento e alcance das metas.

Objetivo 1 Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

Meta 1.1 Cadastrar 100% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1.1 Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na UBS.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS.

Meta 1.2 Cadastrar 100% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1.2 Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na UBS.

Numerador: Número de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS.

Objetivo 2 Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

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

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 2.2 Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Indicador 2.3 Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.4 Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.5 Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.5 Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

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

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

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus. .

Meta 2.7 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Indicador 2.7 Proporção de pessoas com diabetes com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular.

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

Denominador: Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 2.8 Proporção de pessoas hipertensas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 2.9 Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Objetivo 3 Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 3.1 Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1 Proporção de pessoas com hipertensão faltosa às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas na UBS com busca ativa.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão residentes na área acompanhadas na UBS no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus que faltaram à consulta.

Meta 3.2 Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2 Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de pessoas com Diabetes residentes na área acompanhadas na UBS no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus que faltaram à consulta.

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 4.1 Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas hipertensas com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas hipertensas cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Indicador4.2 Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Objetivo 5 Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador5.1 Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à pessoas com diabetes Mellitus.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador5.2 Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Objetivo 6 Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador6.1 Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação nutricional.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.2 Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação nutricional.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão. .

Indicador 6.3 Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.4 Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.5 Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

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

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.6 Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

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

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.7 Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.7 Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa de Atenção à pessoa com Hipertensão Arterial e ou Diabete Mellitus vamos adotar o Caderno número 36 e 37 do Departamento de Atenção Básica _Estratégia para o Cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, respectivamente, publicados em 2013.

Os Instrumentos de registros específicos dos atendimentos e das ações realizadas adotadas pela equipe serão: Prontuários individuais, Ficha Espelho (individual), Cartão de Hipertensão e Diabéticos e o Livro de Registro de HIPERDIA.

Para atualização dos dados de mapeamento da população de Hipertensos e Diabéticos incentivaremos os ACS a manterem as informações do SIAB/e-SUS

atualizadas, mensalmente nas visitas domiciliares. Também mensalmente, repassaremos para o setor de Informática da Secretária Municipal de Saúde as informações para atualização do SIAB/ e-SUS.

Utilizaremos a Ficha Espelho do Programa de Atenção aos Hipertensos e diabéticos disponibilizados pela UFPEL(Anexo A) Como nesta Ficha não temos um local específico para a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal (avaliação da necessidade de atendimento odontológico) vamos adicionar um local para a coleta desse dado.Os dados coletados nas Fichas Espelho serão colocados em uma planilha do Excel para análise dos indicadores e metas (Planilha de Coleta de Dados(PCD)).

Para a organização das ações **no Eixo de Monitoramento e Avaliação** inicialmente estaremos realizando um levantamento do número hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na UBS.

Estimamos alcançar com nossa intervenção a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos pertencentes a área de abrangência. Solicitaremos ao gestor municipal de saúde a disponibilização de cerca de 300 fichas espelhos que precisamos para nosso trabalho .A médica e enfermeira com apoio dos agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem localizarão, os prontuários de usuários hipertensos e diabéticos já cadastrados na UBS e farão o levantamento pelo SIAB daqueles hipertensos e diabéticos da área de abrangência que ainda não estão cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus. Esta etapa do processo é uma primeira etapa de organização. Solicitaremos registro das pessoas com Hipertensão e/ou diabetes e cadastraremos no momento da primeira consulta do usuário com a médica e/ou enfermeira.Serão agendados entre 8 e 10 usuários diabético e ou hipertensos diariamente conforme ao desenvolvimento do processo de trabalho e do processo de intervenção. Também serão acompanhados entre 2 a 4 daqueles usuários que durante o processo da intervenção resultassem com descontrole dos níveis pressóricos e/ou glicêmicos com necessidade de ajustes nas prescrições de tratamento e novas condutas conforme suas reavaliações.

Organizaremos o “arquivo específico” que proporcionará revisão semanal para monitoramento e isto certamente facilitará muito a busca de faltosos.

Criaremos 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 para isto vamos afixar adesivos de cores diferentes nas fichas espelho de forma que a equipe possa identificar de acordo com as cores adotadas, aqueles usuários que tem pendências no acompanhamento.

Para a organização do arquivo os prontuários com ficha-espelho e ficha complementar serão organizados por ACS.

Mensalmente a enfermeira e a médica examinarão as fichas espelho e Planilha de Coleta de Dados (PCD) (Anexo B) para acompanhamento das metas e indicadores da Intervenção.

A etapa de Análise situacional e a definição do foco de intervenção foram avaliados e discutidos com a equipe antes da intervenção.

No eixo de Qualificação da Prática Clínica, Nas duas primeiras semanas realizaremos a capacitação da equipe sobre os protocolos adotados para a intervenção. As reuniões de capacitação serão realizadas na própria UBS, durante as duas primeiras semanas da intervenção, utilizando um dia da semana, nas duas horas finais do expediente. Se necessário se estenderá a mais semanas. As capacitações serão realizadas pela médica e/ou enfermeira da equipe. Providenciaremos para as reuniões de capacitação materiais, insumos e equipamentos de áudio e vídeo junto à gestão.

No eixo de Organização e Gestão do serviço no início da Intervenção buscaremos fazer a organização de Agenda Compartilhada com profissional médico, enfermeiro e odontólogo e capacitar a equipe para o uso dos impressos e registro das ações. Também organizaremos o acolhimento e o fluxo de encaminhamento do usuário dentro da UBS.

O acolhimento à demanda espontânea de hipertensos e diabéticos será realizado por toda a equipe. O atendimento inicial ao usuário que chega à UBS será realizado pela Recepcionista que fará o encaminhamento dos usuários ao serviço da UBS que ele precisa. Aqueles com atraso em consulta com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para agilizar o tratamento de intercorrências. Aqueles que buscam consulta de rotina terão prioridade no agendamento, sendo que a

demora deverá ser menor do que 7 dias. Semanalmente o ACS fará busca ativa dos cadastrados que não tiverem comparecido no serviço na data da consulta programada agendada. Todos os usuários atendidos sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

O Cadastramento do Hipertenso e Diabético no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus durante a Intervenção será realizado pela médica e enfermeira na consulta clínica na UBS. OS ACS atualizarão mensalmente os dados do SIAB.

Para garantirmos a realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão e ou diabetes, estratificação de risco cardiovascular precisa ser providenciada balança, fita métrica, estetoscópio, esfigmomômetro, e demais matérias para a realização de um exame clínico qualificado. Isto deverá ser assegurado junto à gestão.

Devemos assegurar também com a gestão municipal de saúde a garantia da agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo bem como o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos da Farmácia Popular para os Hipertensos e Diabéticos.

Devemos buscar também junto à gestão assegurar o encaminhamento do Hipertenso e Diabético a exames complementares a outros níveis do Sistema.

O ACS semanalmente nas visitas domiciliar fará busca ativa dos faltosos às consultas clínicas quanto para os atendimentos odontológicos e organizará em conjunto com a médica e enfermeira a agenda para acolher esses usuários.

No Eixo de Engajamento Público organizaremos um contato com a associação de moradores, representantes da comunidade, conselho gestor de saúde comunitária, para apresentar o Projeto de Intervenção e para que nos ajudem a sensibilizar a população sobre a existência do Programa de atenção à hipertensão arterial e diabetes da UBS e solicitaremos o apoio aos mesmos para o rastreamento de hipertenso e diabético, orientando-os sobre os fatores de riscos para o desenvolvimento dessas doenças. Serão realizadas palestras, na comunidade, com o objetivo de promover a prática de exercícios físicos regularmente, sobre alimentação saudável e risco do tabagismo.

2.3.4 Cronograma

ATIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de hipertensão e diabetes												
Definir atribuições de cada membro da equipe, no desenvolvimento da ação programática.												
Capacitação dos ACS para realização de busca ativa de pacientes hipertensos e diabéticos.												
Cadastramento dos hipertensos e diabéticos da área adscritos no programa.												
Atendimento clínico dos hipertensos e diabéticos												
Contato com líderes comunitários para informar sobre a importância da ação programática e sobre como ela deve ocorrer.												
Busca ativa dos faltosos às consultas.												
Monitoramento da intervenção.												
Ações de promoção à saúde												
Visitas domiciliares dos Hipertensos e Diabéticos que se encontram impossibilitados de comparecer à UBS.												
Atendimento dos usuários de alto risco.												
Registro das informações.												
Monitoramento do exame clínico, exames complementares e do acesso às medicações da farmácia básica.												
Reunião da equipe para planejamento e avaliação da ação programática.				x				x				x

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A intervenção tratou da qualificação da atenção à saúde dos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS de Torotama em Rio Grande- RS. Iniciamos a Intervenção em Outubro e finalizamos em Dezembro de 2015

Conseguimos com apoio do todo equipe da UBSF chegar ao final do processo de intervenção com todas as ações previstas dentro do cronograma, especialmente todas aquelas encaminhadas a promoção de saúde, foram capacitados inicialmente todos os profissionais da unidade básica de saúde da família tomando como referência os protocolos adotados.

. Não tivemos nenhum problemas na implementação da intervenção porque a equipe é pequena e muito organizada, responsável, estável por muitos anos, com pleno conhecimento da população adstrita à UBS. Temos agora um registro atualizado da comunidade da área de abrangência da UBS onde realizamos o cadastro dos usuários com hipertensão e diabetes com o preenchimento das fichas espelho e da planilha de coleta de dados fornecida pelo curso, conseguindo cadastrar a 100% dos usuários do público alvo da intervenção.

Na organização e gestão dos serviços as capacitações foram realizadas a contento na própria UBS, no local onde são desenvolvidas as reuniões de equipe. Nesta atividade foram definidas as atribuições de cada membro do equipe para o desenvolvimento eficiente das ações. Os atendimentos clínicos foram realizados todos os dias da semana nos dois horários, mas por outro lado tivemos um período de um mês, durante o mês de outubro, que não conseguimos manter nosso trabalho por causa da enchente da ilha da Torotama. A intervenção foi

totalmente retomada ao início do mês de novembro então o processo tivemos que agendar mais usuários, que os que já tínhamos planejado para recuperar o tempo da enchente.

Após da divulgação na comunidade sobre o início do processo de intervenção, os usuários foram espontaneamente a fazer agendamento das consultas. A equipe enfermagem foi envolvida no processo de triagem, agendamento, e acolhimento. Os cadastros iniciais eram de usuários que ficavam com acompanhamento conforme o programa de atenção ao adulto diabético e ou hipertenso, mas que tinham “tratamentos estáticos”, sem muito controle dos níveis de pressão arterial e glicêmicos. Não ocorreu assim já nas últimas semanas da intervenção porque foi preciso o processo de busca ativa para aqueles usuários que ficavam nos registros mas não eram acompanhados nas consultas médicas adequadamente conforme o protocolo. Aqueles usuários de maior risco foram encaminhados para serviços especializados. Foram planejadas visitas domiciliares àqueles usuários acamados ou com limitação mental ou motora e também muito idosos que tinham difícil acesso à UBS. Contamos com o apoio da equipe do NASF para a orientação e acompanhamento nutricional, orientação, e fornecimento de suplementos alimentares e também para aqueles usuários que precisavam de avaliação psicológica, e na orientação e planejamento de exercícios físicos regularmente. Todos aqueles usuários que precisavam de exercícios passivos, foram orientados ao familiar para realizarem em domicílio, como foi feito com acamados, muito idosos que só podem desenvolver exercícios passivos.

Ao finalizar cada semana fazíamos levantamento dos usuários faltosos à consulta agendada e eram fornecidos, aos ACS, aqueles usuários que tinham que retornar para a consulta para a avaliação dos exames complementares indicados na primeira consulta efetuada. A coleta de exames era garantida rapidamente, mas não o retorno dos resultados, e isto continua como dificuldade, assim como os encaminhamentos e contra referência daqueles usuários que são avaliados pelos especialistas conforme sua condição de saúde.

A Qualificação da prática clínica foi realizada nas primeiras semanas de intervenção onde participou toda a equipe. Utilizamos os protocolos adotados e discutimos desde o correto preenchimento dos dados, preenchimento das fichas espelho, armazenamento e organização dos arquivos, realização adequada do

exame clínico e principalmente a capacitação para técnica correta de aferição da pressão arterial e realização do Hemoglicoteste (HGT).

No engajamento público, tivemos todo o trabalho desenvolvido com ajuda da comunidade e da equipe na divulgação do projeto da intervenção, não só na UBS, mas também pela associação de bairro, o conselho de saúde. Ressaltamos que o foco da intervenção é sempre um ponto importante dentro das reuniões com o conselho e da comunidade, e é sempre avaliada a importância desta ação de saúde, dentro da área de abrangência.

Todas as ações de promoção à Saúde foram desenvolvidas dentro da unidade de saúde, antes de cada consulta com tema de saúde rápido, dinâmico, de fácil compreensão para os usuários e foi complementado com a conversa individual, e particular com cada usuário durante a consulta. Também as agentes comunitárias foram responsáveis pela divulgação da informação sobre o projeto, usualmente fomos apoiado pela equipe do NASF na realização das palestras, conversas e orientações aos usuários portadores destas doenças e aqueles que não ficavam inclusos nesta turma ou eram usuários de risco.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Ao início da intervenção tivemos dificuldade na disponibilidade de Fichas Espelho, mas logo fora resolvido. Outra dificuldade que temos é a garantia do acesso ao nosso usuário ao serviço de odontologia, mas a gestão buscará corrigir este problema quando for concluída a nova UBS que abrigará a nossa equipe e contará também com serviço de odontologia para dar continuidade a nossa ação sobre avaliação da necessidade de atendimento odontológico, mais foi oferecido orientação sobre higiene bucal e avaliação sobre saúde bucal.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

No início tivemos dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção e fechamento das planilhas de coletas de dados, mas foram corrigidos graças à ajuda da orientadora.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Para que o desenvolvimento de todas ações da intervenção, sejam incorporadas de fato na rotina do serviço é preciso ter, uma equipe unida, organizada, completa, com controle e acompanhamento continuado dos usuários. Ter agentes ACS responsáveis, e ter cobertura de ACS em todas as micro áreas. Manter capacitada a equipe, ter todas condições estruturais para garantir um adequado serviço, conseguir manter a disponibilidade das medicações dentro da UBS ou nas farmácias populares. Precisamos ter a disponibilidade de um serviço odontológico permanente, que possa acompanhar os usuários adequadamente e fazer também trabalho preventivo. Precisamos, manter a equipe do NASF que oferece um apoio ilimitado a nosso trabalho e para a divulgação das ações de promoção à saúde. Também precisamos continuar contando com o apoio do conselho de saúde, da comunidade e da associação de bairro.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou da qualificação da atenção à saúde dos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Torotamaem Rio Grande, no estado do Rio Grande do Sul. Iniciamos a Intervenção em Outubro e finalizamos em Dezembro de 2015.

Na área adstrita à UBS existem 1200 pessoas, e a estimativa pelo CAP é que teríamos na área de abrangência da UBS 853 pessoas com 20 anos ou mais e desta população seriam estimados que teríamos 269 hipertensos com 20 anos ou mais, e 77 pessoas com 20 anos ou mais portadores de Diabetes. Na área de abrangência da UBS antes da intervenção tínhamos um total de 228(85 %) usuários com Hipertensão Arterial e 42(54 %) usuários com Diabetes Mellitus cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus na UBS.

No projeto de intervenção estabelecemos metas e indicadores e traçamos ações a serem desenvolvidas e buscamos cadastrar e acompanhar 228 pessoas adultas com Hipertensão Arterial e 42 com Diabetes Mellitus

A Intervenção, foi feita com um processo de cadastramento e acompanhamento a partir de uma participação ativa e continua do equipe da UBSF e com apoio da comunidade, conselho de saúde e associação de bairro.

Objetivo 1 Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1 Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e DM da UBS.

Indicador 1.1 Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS.

A primeira meta que foi desenvolvida foi cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no programa de Hipertensão Arterial Sistêmica da unidade de saúde. Durante o primeiro mês conseguimos o cadastramento de 170 usuários portadores de hipertensão que representa 74%, já no segundo mês foram cadastrados 196 (86%) e no terceiro mês cadastramos 218 (95.6%) conforme mostra a Figura 5.

Durante o primeiro mês eram usuários que já estavam em acompanhamento, só que não tinham acompanhamento periódico conforme o protocolo, não foi necessário o processo de busca ativa, porque pelo trabalho desenvolvidos pelos agentes comunitários junto ao sistema de divulgação, os usuários foram apresentando-se na unidade para cadastro e agendamento de consultas, ali foram feitos pelo equipe de enfermagem o triagem e acolhimento assim como agendamento dos usuários segundo suas particularidades, já no segundo e terceiro mês, foi necessário a busca ativa de usuários que não ficavam acompanhados ou captação de novos casos.

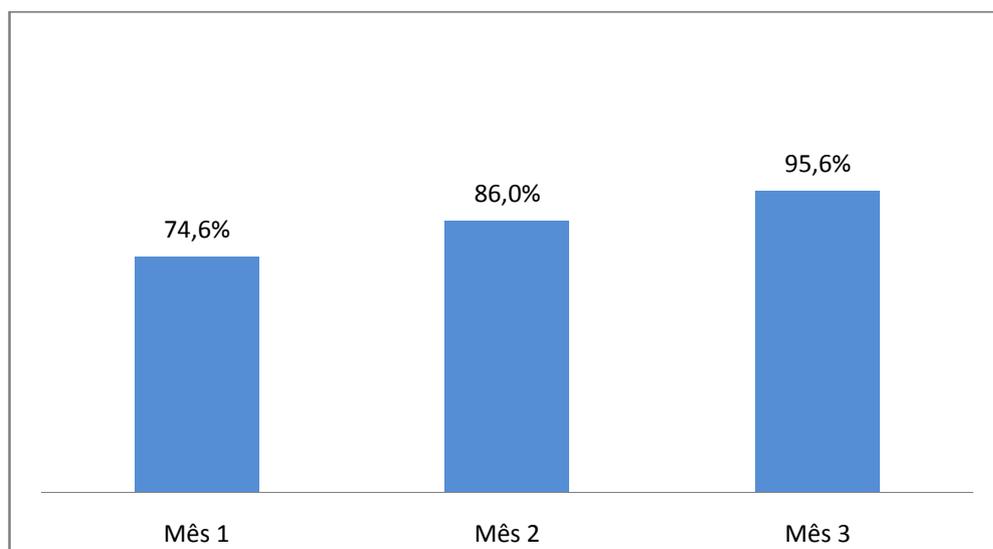


Figura 5 Gráfico Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBSTorotama, Rio Grande/RS. 2015

Meta 1.2: Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e DM da UBS.

Indicador 1. 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS.

Outra meta proposta para esta intervenção foi cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência. No primeiro mês de intervenção, dos 42

diabéticos estimados, foram atendidos 33, atingindo uma cobertura de 78.6%. No segundo mês, com o seguimento das ações de buscas ativas e captações dos diabéticos na área de abrangência da UBS, conseguimos chegar a cadastrar até 36 usuários, atingindo então uma cobertura de 85.7%. No terceiro mês, dando continuidade às buscas e ao cadastro dos usuários conseguimos chegar a aumentar a 42 usuários, conseguindo à cobertura de 100% como nos mostra a Figura 6.

Como podemos observar cumprimos as metas do cadastramento e que vai facilitar o acompanhamento continuado e periódico dos usuários, para manter um melhor controle de sua doença e melhor qualidade de vida para este grupo de usuário.

Conseguimos rastreamento de usuários assintomáticos, de diabetes, e PA sustentada em 135/80, primeiro todo usuário atendido nosso posto fazemos medição da pressão arterial, usuários com pressão arterial sustentada em 135/80, acompanhamos e oferecemos orientações sobre hábitos saudáveis de alimentação, e acompanhamos com medição da pressão arterial até definir se tem hipertensão ou não, então tomamos conduta, referente a seu estado, muitas vezes só eliminando alimentos e ou medicações, que provocam a aumentar a pressão arterial, se consegue estabilizar a PA. Em caso de rastreamento dos usuários diabéticos assintomáticos primeiro com uma boa entrevista para saber história familiar, fazemos HGT em jejum, se suspeitamos pelos resultados que o usuário pode ser uma diabetes fazemos glicose em jejum, com coleta de laboratório e hemoglobina glicosilada, se se confirma, a diabetes então tomamos conduta sobre nutrição e tratamento. Só fazemos referência para endocrinologista, aquele usuário que não conseguimos controlar na área após de fazer um perfil glicêmico conforme nossa possibilidade e avaliamos possibilidades de tratamento dentro da área, se não conseguimos estabilizar então referenciamos o usuário para serviço especializado.

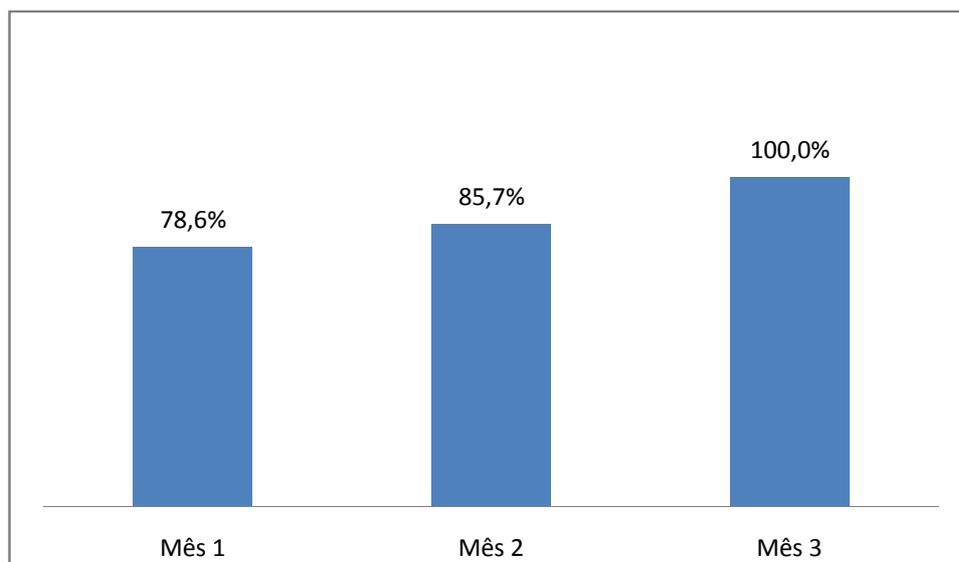


Figura 6 Gráfico Cobertura do programa de atenção ao diabéticos naUBSTorotama,Rio Grande/RS.2015

Objetivo 2:Melhorar a qualidade daatenção aos hipertensos e 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.

Para conseguir melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos da UBS, estabelecemos como meta realizar exame clínico integral e apropriado em 100% dos hipertensos. Esta meta foi cumprida integralmente em todos os meses da intervenção, conforme a quantidade de usuários avaliados por mês e conforme o planejamento estabelecido pela equipe. No primeiro mês os 170 (100%) usuárioshipertensoscadastrados estavam com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. No mês 2 foram 196(100%) hipertensos e no mês 3 tivemos 218(100%) hipertensoscom o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Para cumprir integralmente esta meta, foi preciso um trabalho organizado, unido com a colaboração de todo o equipe, sobretudo os agentes comunitários que ganharam destaque pela realização e organização de seu trabalho.

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.

Quanto a melhoria da qualidade da atenção aos diabéticos, para cumprir este objetivo, estabelecemos como meta realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos, com o trabalho da nossa equipe de saúde, conseguimos atingir a meta estabelecida em todos os meses da intervenção isso significa que no mês os 33 (100%) usuários diabéticos cadastrados estavam com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. No mês 2 foram os 36 (100%) diabéticos cadastrados e no mês 3 tivemos todos os 42(100%) diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo adotado.

Todos eles com exame do pé realizado, em busca de pé diabético, uma complicação muito comum nesta doença e que provoca invalidez parcial ou total do usuário.

Meta 2.3: Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Para melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes, tínhamos como meta realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade). Esse indicador desde o início da intervenção se manteve em 100%, pois os usuários com Diabetes Mellitus tinham examinados seus pés no momento da consulta. No primeiro mês tivemos 33(100%) dos usuários com Diabetes Mellitus com exame clínico dos pés realizados. No mês 2 foram os 36(100%) e finalizamos o mês 3 com os 42 (100%) usuários com DM que tiveram realizado o exame dos pés com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade.

Temos disponibilidade de HGT na UBS e sempre fazemos durante o grupo de Hipertensão, aos usuáridiabéticos, osusuários de mais de 60 anos e àqueles insulina-dependentes são fornecidos os aparelho de glicômetro para medir a glicemia em casa fornecidos pelas secretarias para essa faixa etária. Os usuários de difícil manejo são encaminhados ao serviço de endocrinologia através da central de marcação de consultas. Sempre tentamos à coordenação direta com a central de marcação, priorizar os casos de mais urgência. Nas contra referências sempre temos dificuldade. São poucos os serviços que enviam contra referências então isso muitas

vezes dificulta nosso acompanhamento, porque o usuário não sabemos tratamentos direitos e das condutas e estudos que foram feitos não são definidos os casos de retornos a nossos serviços, isso não acontece em todos os serviços mais, continua como uma grande dificuldade no acompanhamento e continuidade dos usuários.

Meta 2.4 Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo

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

Outra meta proposta para melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos foi garantir a 100% desses usuários a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Conseguimos cumprir com a meta estabelecida, em todos os meses de intervenção, garantindo a todos os hipertensos atendidos em cada mês, realizaram os exames complementares. No mês 1 foram 170 (100%), no segundo mês foram 196 (100%) e finalizamos no terceiro mês com os 218(100%) usuários hipertensos cadastrados com os exames complementares em dia. Com ajuda do laboratório foi garantida a coleta e avaliação dos resultados a todos os usuários diabéticos e hipertensos avaliados nas consultas.

Meta 2.5 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.5 Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Nos usuários diabéticos, para melhorar a qualidade da atenção aos mesmos, a meta foi garantir a 100% desta população a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo estabelecido pelo programa de atenção ao usuário diabético, também foi cumprida integralmente em todos os meses da intervenção. No mês 1 os 33(100%) diabéticos cadastrados estavam com exames complementares em dia, no mês 2 foram os 36 (100%) e no mês 3 todos os 42 (100%) diabéticos cadastrados estavam com os exames complementares em dia.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

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

Continuando com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos, outra meta foi priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Durante todos todas a semanas da intervenção conseguimos prescrever para todos os hipertensos as, medicações da farmácia popular, cumprindo com a meta ao 100%, só um usuário que não precisava de medicação anti-hipertensiva, que mantém controle de sua doença com regime e medicação ansiolítica. No primeiro mês foram 170 (100%) das pessoas com hipertensão cadastradas que estavam com a prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/HiperdiaNo segundo mês foram os 196 (100%) e ao terceiro Mês os 218 (100%) hipertensos cadastrados no programa tiveram a prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Meta 2.7 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Indicador 2.7Proporção de pessoas com diabetes com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular

OComportamento para os usuários diabéticos foi similar aos usuáriorhipertensos, porquetambém foi prescrito as medicações da farmácia popular para todos os avaliados, durante o projeto da intervenção.

Durante os três meses da intervenção conseguimos alcançar a meta onde 100% das pessoas com DM cadastradas que precisavam fazer uso de medicação tiveram prescritos medicamentos da farmácia popular.

No primeiro mês foram 33(100%) pessoas com DM cadastradas que precisavam fazer uso de medicação e que tiveram prescrito medicação da farmácia popular, No segundo mês foram 36(100%) e ao terceiro 42 (100%) diabéticos cadastrados no

programa tinham necessidade de uso de medicação e tiveram prescritos essencialmente medicamentos da farmácia popular/ Hiperdia

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 2.8 Proporção de pessoas hipertensas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Em quanto a meta de realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos, desde o primeiro mês, todos os usuários hipertensos e diabéticos que receberam atendimento no período da intervenção, foram avaliadas suas necessidades de atendimento odontológico e foi feita promoção sobre higiene bucal, e prevenção de doenças odontológicas, esta atividade feita pela parte medica e enfermagem, o problema acontece na falta de um serviço de saúde bucal estável dentro do posto de saúde, então dependemos do cronograma da unidade móvel que garante os atendimentos, mais são efetuados uma vez o duas ao mês dependendo do cronograma da secretaria, são priorizados os usuários portadores de diabetes e ou hipertensão que precisam da avaliação pelo odontólogo, mais ficam expostos ao triagem pelo equipe, pela falta de serviço fixo na UBS, também e necessária uma estrutura física adequada para manter um serviço continuo, que ainda não temos na UBS até terminar a obra construtiva, que estará previstas no mês de Maio. Temos muitos idosos com falta de próteses dental, mais tem dificuldade de material na secretaria, para conseguir garantir as necessidades.

Como nos mostra Figura 7 não conseguimos garantir a meta de realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão. No primeiro mês foram 169 (99,4%) das pessoas com hipertensão cadastradas que receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico porque já tinha feito atendimento odontológico recentemente no serviço privado. No segundo mês foram 196(100%) e ao terceiro 217 (99,5%) dos hipertensos cadastrados no programa que tiveram realizado na avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

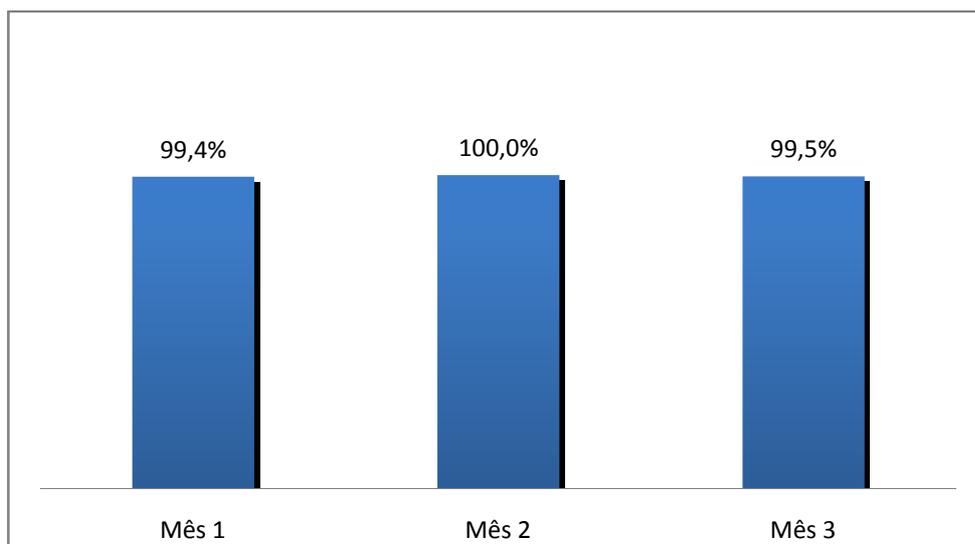


Figura 7 Gráfico Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Torotama, Rio Grande/RS. 2015

Meta 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 2.9 Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Conseguimos realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes em todos os meses da intervenção. No primeiro mês foram 33(100%) das pessoas com diabetes cadastradas que receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico. No segundo mês foram 36(100%) e ao terceiro 42(100%) das pessoas com DM cadastradas no programa que tiveram realizado na avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

Meta 3.1 Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1 Proporção de pessoas com hipertensão faltosa às consultas médicas com busca ativa.

O terceiro objetivo proposto foi melhorar a adesão dos hipertensos e/ou diabéticos ao programa. Para cumprir com o objetivo, uma de nossas metas foi

buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada. De acordo com a Figura 8, durante o período do primeiro mês não tivemos faltosos a consultas. No mês 2 tivemos 15 hipertensos faltosos à consulta clínica agendada e eles foram buscados conseguindo à cobertura de 100%. No terceiro mês finalizamos com 17 (100%) hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa realizada.

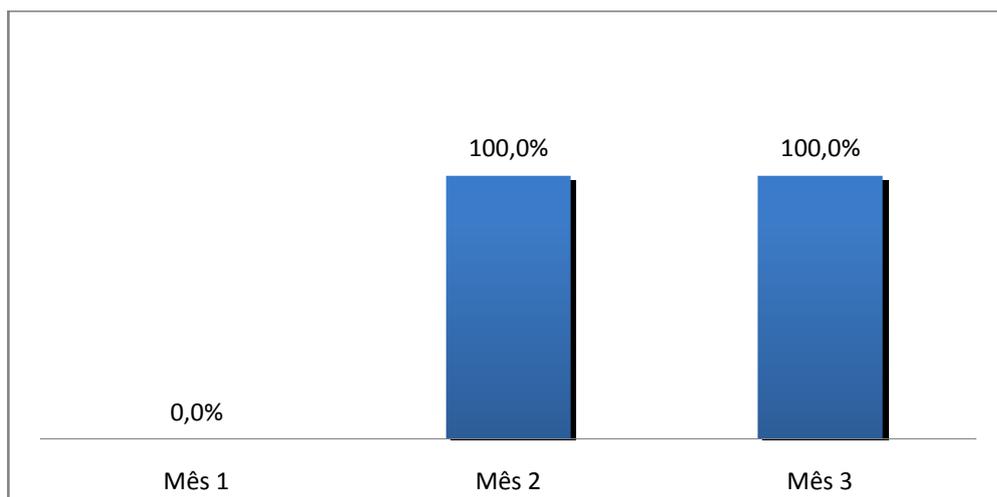


Figura 8 Gráfico Proporção de pessoas com hipertensão faltosas às consultas com busca ativa na UBS Torotama, Rio Grande/RS. 2015

Meta 3.2 Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2 Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa

Durante a intervenção, em todos os meses, os faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada foram buscados. Como nos mostra a Figura 9 no mês 1 da intervenção não tivemos diabéticos faltosos à consulta clínica agendada e foram buscados os 06 (100%). No segundo mês faltaram 2 e foram buscados e no terceiro mês finalizamos com 6 (100%) pessoas com DM faltosos às consultas médicas com busca ativa realizada.

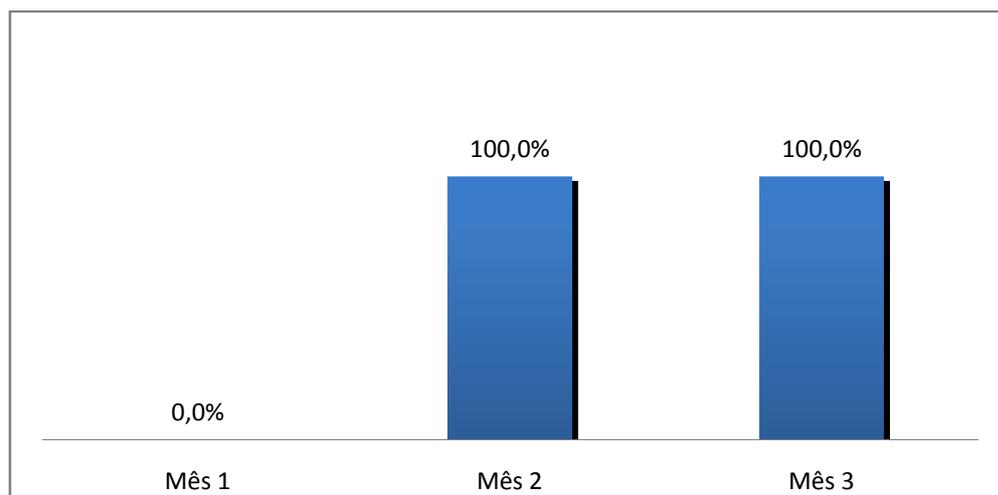


Figura 9 Gráfico Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas com busca ativa na UBS Torotama, Rio Grande/RS, 2015

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 4.1 Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

O quarto objetivo foi de melhorar os registros das informações. Para isso, uma das metas foi manter a ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde. Esta meta foi cumprida integralmente em todos os meses da intervenção, ou seja, 100% dos hipertensos tiveram seus registros atualizados nas fichas espelho e prontuários.

No primeiro mês foram 170 (100%) dos hipertensos cadastrados com registro adequado na ficha de acompanhamento e prontuário clínico, no segundo mês foram 196 (100%) e no terceiro mês foram 218 (100%) hipertensos cadastrados com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 4.2 Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Outra meta para este objetivo foi também de manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde. A

meta foi cumprida integralmente em todos os meses da intervenção. Em relação aos diabéticos no primeiro mês fora registrado adequadamente na Ficha espelho e prontuários os atendimentos das 33(100%) pessoas com DM cadastradas, no segundo mês foram 36(100%) e finalizamos o mês 3 com as 42 pessoas com DM cadastradas com registro adequado do atendimento em ficha espelho e prontuário clínico.

Objetivo 5 Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 5.1 Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Outro objetivo foi mapear hipertensos de risco para doença cardiovascular. Para atingir este objetivo a meta que estabelecemos foi realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Esta meta foi cumprida de forma integral em todos os meses da intervenção para os hipertensos e para os diabéticos, conforme o protocolo.

No primeiro mês foram 170(100%), no segundo mês foram 196(100%) e ao terceiro finalizamos com 218(100%) pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 5.2 Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

Durante a intervenção foram realizados avaliação do risco cardiovascular nos diabéticos em todos os meses, e alcançamos a meta estabelecida. No primeiro mês foram 33 (100%), no segundo mês foram 36(100%) e ao terceiro finalizamos com 42(100%) pessoas com diabetes cadastradas com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Objetivo 6 Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.1 Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.2 Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão. .

Indicador 6.3 Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.4 Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

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

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.6 Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pessoas com hipertensão

Indicador 6.7 Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.8 Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Na avaliação de hipertensos e diabéticos com orientações nutricionais sobre alimentação saudável, a prática de atividades físicas regulares, e sobre os riscos do tabagismo e da higiene bucal foi estimada uma meta de 100%, tanto para os hipertensos quanto para os diabéticos, da área de abrangência da nossa unidade básica de saúde. Ao final do período de intervenção, a nossa equipe conseguiu realizar as orientações a todos os usuários da população-alvo que foram atendidos, durante os grupos de atendimento priorizado, por conversas dinâmicas, participativas antes de iniciar cada consulta ou por conversas individuais a cada usuário segundo suas particularidades atingindo, a meta estimada de 100% para este indicador em hipertensos e diabéticos.

Desta forma obtivemos no primeiro mês foram os 170(100%) dos hipertensos cadastrados que receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, orientação em relação à prática regular de atividade física, orientação sobre os riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal. No segundo mês foram 196 (100%) e no terceiro mês foram 218 (100%) hipertensos cadastrados que foram orientados sobre alimentação saudável, em relação à prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal.

As pessoas com Diabetes Mellitus cadastradas, no primeiro mês foram os 33 (100%) cadastrados que receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, orientação em relação à prática regular de atividade física, orientação sobre os riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal. No segundo mês foram 36 (100%) e no terceiro mês foram os 218 (100%) diabético cadastrados que foram orientados sobre alimentação saudável, em relação à prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal

As ações que foram desenvolvidas para os satisfatórios resultados desses indicadores, foram as ações de promoção contínua, palestras sobre estilo e modo de vida na comunidade. A realização de atividade com o grupo de Hiperdia, sobre prevenção das complicações destas doenças e jeito de controle, a incorporação dos usuários diabéticos e ou hipertensos ao grupo de vida ativa com apoio do educador físico do NASF também com o apoio da nutricionista, psicóloga.

A atuação sobre os grupo de risco, como sedentarismo, tabagismo, obesidade, uso de drogas, com atividades de promoção foi outras das atividades realizadas para evitar o desenvolvimento destas doenças crônicas, como a vinculação ao grupo de vida ativa onde também são atividades de promoção.

4.2 Discussão

No processo de intervenção na UBS de Torotama,foifeita uma ampliação da cobertura da atenção na comunidade aos usuários portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Melhoramos o registro e a qualificação da atenção aos usuários. Realizamos oexame clinico apropriado e fizemos adequadamente o exame dos pés dos diabéticos onde buscamos detectar alterações neurológicas, ortopédicas, vasculares e infecciosas que podem ocorrer no pé do paciente portador de diabetes. Realizados também a classificação de risco dos usuários atendidos.

A importância da intervenção para a equipe, foi que a intervenção proporcionou a ampliação dos conhecimentos e experiência sobre estasdoenças crônicas relativos ao rastreamento, diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento, assim como o monitoramento contínuo da população para o diagnóstico precoce da hipertensão e diabetes. Com este projeto conseguimosrealizar um trabalho com a integração de toda a equipe, com destaque do trabalho dos ACSque são membros de muita importância para o desenvolvimento de nosso trabalho. Contamos também, como apoio dos membros do NASF. Cada membro da equipe foi capaz de identificar e realizar suas atribuições durante a intervenção de forma organizada e responsável. Com o projeto conseguimos unificar,organizar aoequipe, todos trabalhando com o objetivo, garantir uma maior qualidade da atenção medica integral na comunidade.

Para o serviço, a importância se deu devido à organização do processo de trabalhão onde as ações não ficaram somente centradas no médico e enfermeiro, tendo os demais membros da equipe participado das ações desde o acolhimento onde conseguimos uma melhora na atenção à demanda espontânea, acolhimentos e registros, também no agendamento das consultase no número de consultas diárias onde conseguimos responder adequadamente às necessidades do usuário ,

conhecendo e priorizando os riscos, a fim de dar respostas com um atendimento de melhor qualidade.

Para a comunidade foi de grande importância por conseguir uma equipe mais unida, organizada, e responsabilizada com os atendimentos, comprometida em melhorar os processos de acolhimento, atendimentos, e acompanhamento dos usuários, com melhor solução aos problemas de saúde da comunidade, teve um impacto muito positivo na comunidade, o desenvolvimento deste trabalho, com satisfação dos usuários, com a diminuição do tempo de espera na sala da recepção e melhora das respostas aos problemas apresentados, maior vinculação da associação de bairro, gestor de saúde da comunidade, gestor municipal de saúde, e comprometidos todos em melhorar a saúde para a comunidade e melhor qualidade de vida.

A intervenção está incorporada à rotina da UBS, mas vamos continuar tentando manter todas as ações e principalmente ampliar a cobertura do atendimento aos hipertensos e diabéticos até conseguir a totalidade dos usuários com estas e outras doenças que também provocam elevados índices de mortalidade. Vamos manter as ações de educação em saúde, com palestras sobre as doenças crônicas, referidas, conversas individuais para cada usuário, manter a vinculação aos grupos de Hipertensão e de Vida Ativa.

Para melhorar a cobertura precisamos cobrir a área que está sem ACS. Isto tornaria o nosso trabalho mais eficiente onde teríamos como melhorar o atendimento da micro área descoberta.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Gestor,

No período de outubro a dezembro de 2015, os profissionais de saúde da Unidade de Saúde da Ilha da Torotama desenvolveram um trabalho de intervenção encaminhado para a atenção aos usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM).

A Intervenção fez parte dos requisitos formativos do Curso de Especialização em Saúde da Família promovido pela da Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas- UFPEL, e só foram possíveis devido ao apoio da equipe e da gestão.

Antes de decidirmos sobre o tema da intervenção fizemos uma análise situacional e análise estratégica, onde levantamos os pontos positivos e fragilidades da Unidade Básica de Saúde tanto com relação à estrutura física bem como relativos ao processo de trabalho e acolhimento da população adstrita à UBS. Após essa análise foi decidido em equipe que realizaríamos uma Intervenção para a qualificação da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes da área de abrangência da Equipe.

Com o desenvolvimento deste trabalho, na área de abrangência da nossa unidade básica de saúde, conseguimos uma maior padronização e organização dos acolhimentos e atendimentos aos usuários da população-alvo. Inicialmente a equipe recebeu capacitação de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, para desenvolver um atendimento qualificado, capaz de levar ao melhor controle dessas doenças, tentando prevenir com estas ações o desenvolvimento de muitas

complicações graves, que tem influência negativa na qualidade de vida desses usuários.

Para a população de 1.200 pessoas vinculadas à equipe estimava-se que na área teríamos 228 usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica na nossa área adstrita e conseguimos realizar o cadastramento e atendimentos para 218, alcançando uma cobertura de 95,6%. Quanto aos usuários portadores de Diabetes Mellitus conseguimos cadastrar e fornecer atendimento aos 42 usuários estimados para a área alcançando assim a cobertura de 100% deste grupo.

Atualizamos as fichas para todos aqueles usuários que estavam já acompanhados pelo no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus e criamos novas para aqueles que não tinham acompanhamento, e facilitou a realização de um acompanhamento efetivo das ações realizadas de forma individual, também a identificação dos usuários faltosos às consultas e assim realizar a busca ativa ou visitas domiciliares àqueles com limitações motoras ou muito idoso, assim como aos usuários acamados. Conseguimos também realizar exame clínico integral e de laboratório a todos os usuários portadores de hipertensão e ou diabetes conforme o protocolo do Ministério da Saúde. Conseguimos garantir a prescrição dos medicamentos da farmácia popular, facilitando assim a disponibilidade da medicação. Atingimos o total destes usuários para estratificação de risco cardiovascular. Todos os usuários receberam orientações nutricionais sobre alimentação saudável, sobre práticas de atividades físicas regulares, sobre os riscos do tabagismo e sobre a importância da saúde bucal com apoio do NASF que facilitou nosso trabalho, com apoio da nutricionista, assistente social, educador físico e psicologista.

O processo de intervenção facilitou um maior engajamento da comunidade no serviço, porque foram realizadas ações de promoção à saúde educação da saúde, com planejamento de atividades coletivas, como conversas dinâmicas coletivas ou individualmente que ajudaram muito para uma maior unidade da comunidade com toda a nossa equipe, com maior participação da comunidade, da associação de bairro e do conselho de saúde.

A gestão municipal obteve um papel importante neste trabalho, pois disponibilizou parte dos materiais e instrumentos que solicitamos, disponibilizou as fichas-espelho, os protocolos do Ministério da Saúde. Também garantiu a comunicação e o apoio do NASF e trânsito dos usuários pelas redes de atenção

psicossocial naqueles casos de usuários portadores destas doenças associadas a processos depressivos.

O apoio dos gestores foi muito importante para os resultados alcançados, mas são necessárias algumas melhorias importantes, para que seja possível ampliar a intervenção e qualificar ainda mais o serviço. Dentre elas estão completar a equipe Doda UBS com outro ACS para cobrir área que atualmente está descoberta, melhorar a inter-relação com outros especialistas, melhorar a retroalimentação das informações, agilizar o término da obra da UBS que está em construção.

Para dar continuidade a este trabalho é preciso manter o cadastramento, atualização, acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos e também temos que manter o monitoramento dos usuários adultos de mais de 20 anos com medição frequente da pressão arterial. Devemos também implementar ações para adesão precoce do usuários ao Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus através da educação em saúde permanente da população.

Fica demonstrado a importância de realizarmos um trabalho em conjunto entre as equipes de saúde, gestão e comunidade onde é possível qualificar a assistência na saúde e melhorar a qualidade de vida da população, dessa forma, nós da equipe de saúde esperamos poder ter o permanente apoio da gestão para continuar o trabalho já iniciado e também realizar intervenção nas demais ações programáticas para conseguir uma melhor qualidade de vida na população.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

No período de Outubro de 2015 a Dezembro 2015, foi desenvolvido pela equipe de Estratégia de Saúde da Família da unidade básica de saúde familiar da Torotama um projeto de intervenção no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus, o que melhorou a qualidade dos atendimentos aos hipertensos e diabéticos. Esse programa trouxe muitos benefícios para a comunidade, principalmente para os usuários hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência, porque, não existia um atendimento organizado, contínuo, com um acompanhamento direcionado dos usuários, ficavam com suas doenças em estados de descompensação pela falta de continuidade, muitos desses usuários não procuravam a unidade básica de saúde, ou ficavam em espera de compridas filas para ser avaliados pelo cardiologista e o endocrinologista para controlar suas doenças.

Após o início da intervenção toda a comunidade foi beneficiada, pois as consultas dos hipertensos e diabéticos passaram a ser agendadas, o atendimento era feito diariamente, entre 8 a 10 usuários junto a aqueles que já estavam em acompanhamento por estados de descompensação. Isto trouxe um aumento na participação dos hipertensos e diabéticos nas consultas. Ao início do projeto poucos eram os usuários que agendavam, mas pelo sistema de divulgação realizado pelas agentes comunitárias de saúde e apoio da comunidade e associação de bairro conseguimos ir acrescentando o número de usuários que foram agendados. Esta nova forma de agendamento permitiu que não houvesse superlotação de hipertensos e diabéticos em um mesmo dia, e que outros usuários, de outros grupos também prioritários, tivessem seu acolhimento e acompanhamento, assim como aqueles usuários com risco de desenvolver doenças como a hipertensão e ou

diabetes, para não prejudicar nenhum morador da comunidade que precisasse de atendimento, e não estivesse dentro deste grupo.

Outro benefício que trouxe este projeto para o serviço de saúde foi a possibilidade de atualizar e registrar uma ficha de acompanhamento para cada pessoa que fosse atendida, onde foi possível relatar todos os dados importantes das consultas e saber todas as informações necessárias de cada participante do programa. As fichas de acompanhamento facilitou também, que a nossa equipe pudesse identificar aqueles usuários que não tinham acompanhamento, e realizar visitas domiciliares aos usuários muito idosos ou com limitação física e pudessem ser atendidas. As visitas foram realizadas orientações sobre estas doenças, seu manejo, sobre a melhoria da qualidade de vida, vinculamos ao familiar com atendimento, e manejo e acompanhamento do usuário doente. Realizamos encontro com a comunidade para divulgar o nosso trabalho e solicitar o apoio do conselho de saúde, da comunidade dos usuários doentes dos familiares dos grupos de risco e da associação de bairro de todos para que conseguir uma qualidade maior do processo.

Todos os hipertensos e diabéticos foram examinados integralmente clinicamente e com exames de laboratório com a conduta segundo seus resultados e foram ré marcadas as consultas para melhor acompanhamento, sempre que foi necessário, foi feito a estratificação do risco cardiovascular. Além disso, todos recebiam orientações em quanto a uma alimentação saudável, sobre a importância da prática regular de exercícios físicos diariamente, sobre a importância de parar de fumar e sobre os prejuízos do tabagismo, uso correto das medicações e as consequências de não cumprir com o tratamento adequadamente, sobre higiene bucal, e vinculação dos usuário a farmácia popular, outro dos benefícios que o projeto trouxe para a comunidade foi maior vinculação dos usuários com a nossa equipe e com a unidade básica de saúde. Fomos aceitados pela comunidade com apoio em nosso projeto, com participação ativa dos grupos prioritários, também ajudou a unir e organizar o trabalho em equipe na unidade básica.

Este trabalho vai gerar maior evolução a partir de agora, atingindo mais grupos, como gestantes, crianças, idosos, em fim todas os outros usuários que estão cadastradas na nossa área de abrangência para isso, é preciso que o equipe fique com o apoio da comunidade, conseguindo maior participação nos serviços de saúde, divulgação e comprometimento a ser efetivo este projeto como rotina da

unidade em todos os grupo de atendimento para garantir maior qualidade de vida da população.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O processo de aprendizagem, durante a realização do curso de especialização em intervenção, foi complexo. Tudo foi um desafio, principalmente pela necessidade de adaptação ao idioma. Algumas vezes não conseguia entender as orientações do curso. No início apresentei muitas dúvidas, principalmente no registro e na coleta de dados nas Fichas Espelho e na Planilha de Coleta de Dados fornecida pelo curso.

A expectativa inicial do curso foi conhecer os diferentes protocolos de atendimento, utilizados no serviço de atenção básica de saúde para manejo dos diferentes grupos e ações programáticas típicas da Atenção Primária em Saúde. Também queríamos conhecer a população da área de abrangência, seu estado de saúde, e conseguir atuar sobre ele, com ações de saúde planejadas para garantir um melhor estado de saúde da população, baseada na promoção e prevenção da população, utilizando o método de educação em saúde.

Com o desenvolvimento do curso fomos acrescentando os conhecimentos sobre atenção pré-natal, atenção à criança, nas diferentes idades, os programas de prevenção de câncer de colo de útero, de mama, manejo do usuário diabético e/ou hipertenso, manejo do usuário idoso, conforme os protocolos brasileiros, que ajudou no desenvolvimento de nosso trabalho na comunidade.

O jeito de fazer o “processo de intervenção”, é muito diferente dos projetos que são feitos em Cuba, com estrutura e realização diferentes, mas a grande paciência dos orientadores do curso, e apoio da equipe de saúde foram de grande ajuda para fazer efetivo este projeto.

Atualmente, este processo de intervenção, faz parte de nossa rotina de trabalho, porque facilita a adesão, acompanhamento, estudo e controle dos usuários, que deu como resultado, uma melhoria do estado de saúde da população.

Além das dificuldades, foi uma nova experiência interagir com a equipe de trabalho e com a comunidade. Foi possível desenvolver um trabalho com maior comprometimento com a equipe e com a saúde da comunidade da área de abrangência. Geramos um acolhimento humanizado, conseguimos conhecer a comunidade e realizar atividades de educação em saúde junto à população. O trabalho em equipe, a possibilidade de fazer diagnósticos precocemente e adotar condutas oportunas, foi muito satisfatório para toda a equipe de trabalho, com resultados que hoje já podemos visualizar.

Referente ao processo pessoal de aprendizagem foi uma experiência, nova, única, primeiro porque não tive anteriormente a possibilidade de fazer um curso virtualmente, com profissionais de uma cultura diferente, com métodos e protocolos diferentes. Mais, foi interessante, gratificante, construtivo, interativo, dinâmico, com o objetivo de oferecer um intercâmbio de experiências, enriquecer nossos conhecimentos, para conseguir manejar integralmente e adequadamente a população conforme protocolos, e políticas de saúde brasileiras.

Os diferentes instrumentos de interagir com professores e colegas de outras nacionalidades, também foi uma grande experiência pelo intercâmbio de reflexões, critérios, conhecimentos, como ocorreram nos Fóruns de Clínica e Saúde Coletiva e no ambiente de diálogo entre orientador e especializando. Estas interações ofereceram a oportunidade, de debater sobre doenças que não eram por mim conhecidas, pelas características particulares do país. Estes debates favoreceram a possibilidade de novos conhecimentos, vivências entre todos os colegas que participaram, onde também eram esclarecidas muitas dúvidas, isto ajudou no desenvolvimento do nosso trabalho e na realização do projeto de intervenção.

Referências

ANS-Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). **Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar** / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). – 3. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: ANS, 2009.244 p. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_Manual_Tecnico_de_Promocao_da_saude_no_setor_de_SS.pdf> Acesso em 05/02/2015.

ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. **Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde** (Projeto ICSAP – Brasil). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 2009. .

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. –Brasília: Ministério da Saúde, 2011.160 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel-Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, 2012.

BRASIL 2013 a. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il.

BRASIL 2013 b. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il.

Habana2001.Temas de Medicina Geral integral :Roberto AlvaresSintes

Anexos

Anexo B Planilha de Coleta de Dados_ Hipertensos E Diabéticos Aba Dados da UBS.

<p>Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)</p>		<p>Considere o total de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao hipertenso na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACSISF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.</p>
<p>Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)</p>		<p>Considere o total de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao diabético na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACSISF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.</p>

HIPERTENSOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	OBSERVAÇÕES
Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção					
DIABÉTICOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada					<p>Considere as pessoas que são APENAS DIABÉTICOS residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao diabético.</p>

*Estimativa no território	
População total	
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da população total)	0
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22,7% (WIGTEL, 2011))	0
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (5,6% (WIGTEL, 2011))	0

Digite a **população total** nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.

Este seria o número total estimado de **hipertensos** com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitar-lo na célula C5.

Este seria o número total estimado de **diabéticos** com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitar-lo na célula C6.

Anexo D Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo E Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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